



JOINT LEARNING NETWORK

For Universal Health Coverage

ÉVALUATION DES COÛTS DES SERVICES DE SANTÉ POUR LE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

*Un manuel pratique basé sur les défis,
les compromis et les solutions des
pays pour le calcul des coûts*

ÉTAPE 1. ÉTABLIR LE BUT ET LES OBJECTIFS

- ✓ FORMER un groupe de travail composé de représentants de tous les groupes de parties prenantes clés afin de superviser la conception et la mise en œuvre de l'exercice de calcul des coûts et l'utilisation des résultats.
- ✓ CONVOQUER un atelier participatif animé pour parvenir à un consensus sur le but, les objectifs et la portée de l'exercice de calcul des coûts.

ÉTAPE 2. DÉFINIR LA PORTÉE

- ✓ DÉTERMINER la portée de l'exercice de calcul des coûts - la perspective, les types de prestataires, les objets de coûts et les éléments de coûts.
- ✓ S'ASSURER que les éléments de la portée sont adaptés au système de paiement du prestataire sélectionné, aux objectifs et au délai de l'exercice d'évaluation des coûts.

ÉTAPE 3. CHOISIR LA MÉTHODE DE CALCUL DES COÛTS

- ✓ DÉTERMINER si l'exercice de calcul des coûts aura une orientation rétrospective ou prospective.
- ✓ DÉRIVER la période de données pour l'exercice de calcul des coûts.
- ✓ COMPRENDRE les avantages et les inconvénients des méthodologies de calcul des coûts ascendante et descendante et leurs compromis par rapport aux objectifs de l'exercice de calcul des coûts, à la disponibilité des données et au système de paiement.
- ✓ CHOISIR une méthodologie ascendante, une méthodologie descendante ou une combinaison des deux.
- ✓ COMPRENDRE les techniques de mesure et d'évaluation des coûts et le processus de comptabilité analytique utilisé pour la méthodologie choisie.

ÉTAPE 4. DÉVELOPPER LA GESTION DES DONNÉES

- ✓ ÉTABLIR des dispositions institutionnelles, des rôles et des responsabilités clairs pour la supervision et la mise en œuvre de la collecte, du traitement et de l'analyse des données.
- ✓ IDENTIFIER la base de données minimale requise pour obtenir des résultats valables, en utilisant des sources de données facilement accessibles.
- ✓ EXAMINER les exercices de calcul des coûts précédents et consulter les prestataires, les experts en systèmes d'information sur la gestion de la santé et d'autres experts techniques au sujet des sources de données existantes.
- ✓ VISITER les établissements des prestataires, les bureaux, les services sanitaires et les autres lieux où les données peuvent être stockées afin de déterminer où les données sont disponibles et de comprendre les caractéristiques clés des données.
- ✓ ÉLABORER des stratégies pour résoudre les éventuels défis liés aux données, tels que les données inaccessibles, incomplètes ou inexacts.
- ✓ ÉVALUER la faisabilité du plan de gestion des données compte tenu des contraintes budgétaires et temporelles.

ÉTAPE 5. DÉVELOPPER DES OUTILS ET DES MODÈLES DE DONNÉES

- ✓ DÉVELOPPER des instruments de calcul des coûts pour guider la collecte et la vérification des données.
- ✓ CRÉER des diagrammes de flux de données, des modèles de saisie de données et des tableaux virtuels.
- ✓ CHOISIR et se procurer le logiciel, le matériel et l'équipement appropriés pour le traitement et l'analyse des données.
- ✓ CONFIRMER que les instruments de collecte et les outils de traitement des données fournissent les données nécessaires pour alimenter les tableaux virtuels, et procéder aux révisions nécessaires.
- ✓ DÉVELOPPER le modèle comptable des coûts pour l'analyse.
- ✓ ÉVALUER les capacités, le temps et les besoins budgétaires du personnel pour la gestion des données.
- ✓ DÉTERMINER le profil de l'équipe chargée des données, y compris le nombre de superviseurs de la gestion des données, d'enquêteurs, de responsables du traitement des données, de vérificateurs de données et d'analystes.
- ✓ ELABORER des manuels de formation sur les instruments de collecte des données, les outils de saisie des données et les processus associés.
- ✓ EMBAUCHER et former l'équipe chargée des données.



JOINT
LEARNING
NETWORK

For Universal Health Coverage

ÉVALUATION DES COÛTS DES SERVICES DE SANTÉ POUR LE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

*Un manuel pratique basé sur les défis,
les compromis et les solutions des
pour le calcul des coûts.*

SOMMAIRE

ÉDITEURS TECHNIQUES

Annette Özaltın, Editrice technique en chef, Résultats pour l'Institut de développement, USA

Cheryl Cashin, Résultats pour l'Institut de développement, USA

AUTEURS

(PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Osei B. Acheampong, Autorité nationale d'assurance maladie, Ghana

Francis Asenso-Boadi, Autorité nationale d'assurance maladie, Ghana

Kyle Beaulieu, Résultats pour l'Institut de développement, USA

Susmita Chatterjee, Fondation indienne pour la santé publique, Inde

Firdaus Hafidz, Université Gadjah Mada, Indonésie

Rozita Halina Tun Hussein, Ministère de la santé, Malaisie

Stephanus Indradjaya, Association pour la coopération internationale (GIZ), Indonésie

Rusilawati Jaudin, Ministère de la santé, Malaisie

Santhosh Kraleti, ACCÈS Santé International, Inde

Yevgeniy Kutanov, Abt Associates Inc., Kazakhstan

Hoang Van Minh, Université de médecine de Hanoi, Vietnam

Somil Nagpal, La Banque mondiale : Pratique mondiale pour la santé, la nutrition et la population, Inde

Israel Francis A. Pargas, Société philippine d'assurance maladie, Philippines

Nguyen Khanh Phuong, Institut de stratégie et de politique de santé, Vietnam

Jennifer Raca, Société philippine d'assurance maladie, Philippines

Ramli Zainal, Ministère de la santé, Malaisie

Jameela Zainuddin, Ministère de la santé, Malaisie

AVANT-PROPOS vii

PRÉFACE ix

REMERCIEMENTS xi

INTRODUCTION

Le but de ce Manuel xiv

Aperçu du calcul des coûts pour le paiement des prestataires xiv

Dix étapes pour planifier et mettre en œuvre un exercice de calcul des coûts xvi

Exemples de cas présentés dans ce Manuel xvi

Comment ce Manuel est structuré xxiv

PARTIE 1.

DÉFINIR LES BUTS, LA PORTÉE ET LA MÉTHODOLOGIE 1

Pour commencer 3

Session de planification et de conception participatives 3

ÉTAPE 1 : DÉFINIR LE BUT ET LES OBJECTIFS 5

ÉTAPE 2: DÉFINIR LA PORTÉE 7

Perspective 7

Type de prestataires 10

Objets de coût 11

Éléments de coût 15

Résumé de la portée 19

ÉTAPE 3: SÉLECTION DE LA MÉTHODE DE CALCUL DES COÛTS 25

Orientation rétrospective ou prospective 25

Période de données 25

Méthodologie de calcul des coûts 26

Approche ascendante 28

Approche descendante 29

Compromis de la méthode de calcul des coûts 31

Avantages et inconvénients des méthodes 32

Méthodologies mixtes 35

CE MANUEL A ÉTÉ RÉALISÉ par le Réseau d'Apprentissage Conjoint pour la Couverture Sanitaire Universelle (JLN), une plateforme d'apprentissage innovante où les praticiens et les décideurs politiques du monde entier co-développent des connaissances globales qui se concentrent sur le "comment" pratique de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Pour toute question concernant ce manuel ou d'autres activités du JLN, veuillez contacter le JLN à l'adresse suivante : jln@r4d.org.

© 2014 PAR RESULTATS POUR L'INSTITUT DE DÉVELOPPEMENT (R4D). Tous droits réservés. Le contenu de ce document peut être utilisé librement à des fins éducatives ou non commerciales, à condition qu'il soit accompagné d'une mention de reconnaissance. En cas de traduction ou d'utilisation à des fins éducatives, veuillez contacter le JLN à l'adresse jln@r4d.org afin que nous puissions disposer d'une trace de cette utilisation.

Ce travail a été financé en tout ou en partie par une subvention de la Fondation Rockefeller. Les opinions exprimées ici sont uniquement celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de la fondation.

RÉFÉRENCIEMENT RECOMMANDÉ :

Özaltın, A., et C. Cashin, éd.. *Estimation des coûts des services de santé pour le paiement des prestataires : Un manuel pratique basé sur les défis, les compromis et les solutions des pour le calcul des coûts*. Réseau d'Apprentissage Conjoint pour la Couverture Universelle de Santé, 2014.

Les noms de produits et d'entreprises mentionnés dans le présent document peuvent être des marques déposées de leurs propriétaires respectifs.

PARTIE 2

GÉRER LES DONNÉES : PLANIFIER, COLLECTE ET ANALYSE 39

Dispositions institutionnelles pour la gestion des données 41
Mesure et évaluer les coûts : Le cœur du plan de gestion des données.....44

ÉTAPE 4 : ÉLABORER LE PLAN DE GESTION DES DONNÉES47

Identifier la base de données minimale requise47
Collecter des données sur les sources de dépenses et de revenus49
Déterminer le niveau de ventilation des données49
Identifier les sources de données existantes 51
Anticiper les défis liés aux données 51

ÉTAPE 5 : DÉVELOPPER DES OUTILS ET DES MODÈLES DE DONNÉES 57

Concevoir des instruments de calcul des coûts 57
Développer des outils d'analyse et de traitement des données 57
Choisir un logiciel pour le traitement des données 60
Identifier et former l'équipe du traitement des données 60
Planifier la supervision et l'assurance qualité..... 65

ÉTAPE 6 : CHOISIR L'ÉCHANTILLON 67

Choisir les critères d'échantillonnage 67
Sélectionner l'échantillon 68

ÉTAPE 7 : MENER UN PRÉ-TEST73

Concevoir le pré-test 74
Réviser le plan de données suite au pré-test 74

ÉTAPE 8 : COLLECTER, TRAITER ET VÉRIFIER LES DONNÉES 77

Estimer le temps et les efforts nécessaires à la collecte des données.....77
Obtenir la coopération des prestataires 77
Collecter des données sur les coûts de personnel 79
Collecter des données sur les coûts d'investissement 83
Traitement et dépouillement des données 85
Gérer les questions de disponibilité et de qualité des données 85

ÉTAPE 9 : ANALYSER ET VALIDER LES DONNÉES 93

Défis et leçons tirées de l'analyse des données 93
Formuler des hypothèses, des estimations et des extrapolations 95
Analyser les coûts agrégés 95
Amortir les actifs immobilisés 97
Ajuster en fonction de l'inflation 98
Répartir les coûts 98
Mener une analyse de sensibilité 99
Comparer et valider les résultats 99

PARTIE 3. DU CALCUL DES COÛTS AU PAIEMENT DES PRESTATAIRES.. 101

Rôle de l'information sur les coûts dans la politique de paiement des prestataires et la fixation des taux 103

ÉTAPE 10 : RAPPORTER ET UTILISER LES RÉSULTATS105

Communiquer les résultats de l'évaluation des coûts aux parties prenantes 105
Utiliser les informations sur les coûts pour éclairer la politique de paiement des prestataires et fixer les taux..... 113
Utiliser les informations sur les coûts pour recouper les taux de paiement obtenus à partir d'autres sources 118
Le processus de négociation 123
Lier le tout 126

VERS UN SYSTÈME DURABLE D'ÉTABLISSEMENT DES COÛTS DE ROUTINE131

Éléments clés d'un système de calcul des coûts de routine 131

ANNEXE : COMPTABILITÉ DES COÛTS - MODE D'EMPLOI.....133

ANNEXE : PROCÉDURE DE COMPTABILITÉ DES COÛTS 135

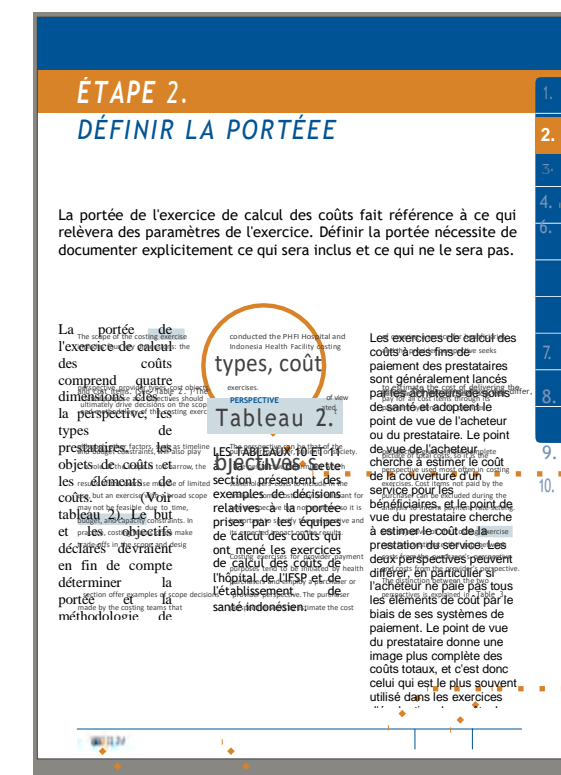
LISTE DES RESSOURCES DE LA BOÎTE À OUTILS149

GLOSSAIRE..... 152

BIBLIOGRAPHIE..... 156

PDF
INTERACTIF

DES FONCTIONS
INTERACTIVES SONT
INTÉGRÉES À CETTE
VERSION ÉLECTRONIQUE
DE LA BOÎTE À OUTILS.



3.
4.
5.

Cliquez sur l'un des onglets d'étape pour passer d'une étape à l'autre.

Cliquez sur le texte en surbrillance pour accéder directement au tableau, à la figure ou à l'encadré correspondant.

PARTIE 1 | ÉTAPE 2

Cliquez sur "Partie 1" ou "Étape 2" pour revenir au début de la partie ou de l'étape.

Cliquez sur le logo JLN pour revenir à la couverture.

Cliquez sur le titre du document pour revenir au sommaire.

AVANT-PROPOS

CET IMPORTANT MANUEL représente l'engagement profond des pays participants à fournir des soins de santé de qualité et abordables à leurs populations par le biais de la **Couverture Sanitaire Universelle (CSU)**. Il est le fruit des efforts collectifs d'un groupe très motivé de participants au Réseau d'Apprentissage Conjoint pour la Couverture Sanitaire Universelle (JLN), que la Fondation Rockefeller est fière d'aider à organiser et à soutenir depuis ses débuts en 2009. Le JLN fait partie de l'initiative de la Fondation Rockefeller visant à travailler avec les pays et les leaders mondiaux de santé pour atteindre la CMU. Comme le montre ce manuel pratique, le JLN rassemble une communauté innovante de praticiens et de décideurs des pays à revenu faible et intermédiaire afin de partager les connaissances et l'apprentissage, et d'entreprendre une résolution commune des problèmes pour faire progresser la santé publique universelle. Nous pensons que cette publication est un excellent exemple de cet effort.

Le groupe a d'abord exprimé la nécessité et l'absence d'une compréhension commune de la façon de recueillir, d'analyser et de mettre à jour les informations sur les coûts des services de santé dans leur pays, dans le but spécifique de payer les prestataires de soins de santé. Si les principes théoriques de la collecte et de l'analyse des données sur les coûts sont bien compris, il existe beaucoup moins d'informations sur le "comment" de l'analyse des coûts dans des contextes plus délicats. Nous nous réjouissons vivement que ce manuel mette en évidence non seulement les défis auxquels de nombreux pays ont été confrontés, mais aussi qu'il propose des moyens d'améliorer les données sur les coûts afin qu'elles soient plus précises, actualisées et complètes, ce qui constitue une ressource importante pour les pays qui entreprennent des réformes de la rémunération des prestataires. Depuis l'élaboration d'objectifs communs et d'une feuille de route pour les activités jusqu'à la réalisation d'études de coûts individuelles dans leurs pays, en passant par la rédaction conjointe de ce manuel

et l'élaboration conjointe de solutions communes, ces efforts ont abouti à un recueil de travaux de grande qualité qui peuvent être adaptés et utilisés dans de nombreux pays.

Un certain nombre d'enseignements clairs ont été tirés lors de l'élaboration de cette publication. Tout d'abord, la formation d'un réseau latéral d'apprentissage entre pairs est pertinente pour relever les défis futurs que représente la réalisation de la CSU dans une grande partie du monde. La CSU repose sur une réforme des systèmes de santé nationaux qui nécessite un leadership politique national pour créer l'architecture institutionnelle appropriée. Afin de soutenir ces efforts, les pays peuvent collaborer en tirant parti de leurs expériences respectives pour aider à réaliser la réforme de manière plus rapide et plus efficace. Ensuite, les donateurs constatent que le coût de la fourniture d'un ensemble de prestations de santé, même très basique, dépasse de loin ce qu'ils peuvent offrir dans la plupart des pays.

Ce manuel offre une autre voie par laquelle les donateurs peuvent contribuer- en facilitant les processus analytiques conjoints qui aboutissent aux résultats concrets et de grande valeur. Enfin, alors que la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire ont considérablement évolué au cours de ces 60 dernières années en termes de compétences, de réalisations et de revenu par habitant, l'architecture de base de l'aide internationale des donateurs a relativement peu changé au cours de cette période. Le JLN et le présent manuel d'évaluation des coûts reflètent un effort visant à combler cette lacune et à évoluer vers un modèle qui reflète mieux les nouvelles réalités et à tirer parti des connaissances et de l'expérience acquises dans un large éventail de pays.

STEFAN NACHUK
Directeur associé
Fondation Rockefeller

PRÉFACE



LE RÉSEAU D'APPRENTISSAGE CONJOINT POUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE accueille depuis 2012 un Collectif sur le calcul des coûts des services de santé pour le paiement des prestataires (Collectif JLN sur le calcul des coûts) afin de permettre aux pays de partager leurs expériences et relever des défis communs liés au calcul des coûts pour le paiement des prestataires.

Le forum, qui était à l'origine une initiative modeste, a conduit les pays à identifier la nécessité de disposer d'une ressource permettant de faire le lien entre la théorie et l'expérience pratique en ce qui concerne l'utilisation du calcul des coûts dans le cadre de la politique de paiement des prestataires et de la fixation des tarifs. Pour combler ce manque de connaissances, le Collectif JLN sur le calcul des coûts a réuni un groupe d'experts nationaux du JLN et des facilitateurs internationaux afin de synthétiser la riche expérience des pays membres du JLN et de développer conjointement un manuel pour documenter les principales méthodologies de calcul des coûts, partager des exemples d'outils et de modèles, et utiliser des exemples de cas pour illustrer les efforts de calcul des coûts dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Ce manuel a été élaboré au cours de sessions virtuelles et en présentiel qui se sont déroulées sur une période de 18 mois. Au cours des sessions de développement du contenu, les membres du groupe ont partagé leurs expériences passées et présentes dans la réalisation d'exercices de calcul des coûts. Grâce à ce processus, ils ont pu tirer des leçons communes pour illustrer la manière dont les options sont sélectionnées, des compromis effectués et des solutions créatives trouvées en vue d'établir les coûts d'une politique de paiement des prestataires lorsque les conditions ne sont pas idéales. Même lorsqu'il faut faire des compromis, le fait de disposer d'informations imparfaites sur les coûts pour éclairer la politique de paiement des

prestataires est préférable à l'alternative, qui est souvent l'absence totale d'informations sur les coûts.

Ce manuel va au-delà des lignes directrices traditionnelles sur l'analyse des coûts en proposant des options pratiques pour surmonter les défis réels associés au calcul des coûts dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Parmi ces défis, citons la limitation des ressources, les contraintes liées aux données, les préoccupations différentes des prestataires publics et privés et la faible collaboration interinstitutionnelle.

Le manuel comprend aussi des outils et des modèles utilisés par les auteurs que les praticiens d'autres pays peuvent adapter à leur propre contexte.

Ce manuel est une ressource publique dont les auteurs espèrent que les pays pourront s'inspirer afin d'améliorer l'efficacité de leurs systèmes de santé. Il se veut à la fois un guide et un outil de renforcement des capacités pour améliorer les informations sur les coûts et le processus de fixation des taux de paiement des prestataires.

REMERCIEMENTS



LES AUTEURS REMERCIENT ÉGALEMENT la Fondation Rockefeller pour le financement généreux de l'*Initiative technique sur les mécanismes de paiement des prestataires du JLN*, grâce auquel ce manuel a pu voir le jour.

CONTRIBUTEURS

Alice Garabrant

École de gestion de Kellogg, Université de Northwestern, États-Unis

Kalsum Komaryani

Ministère de la santé, Indonésie

Jack Langenbrunner

Banque mondiale (retraité), États-Unis

Mazura Mahat

Ministère de la santé, Malaisie

Ric Marshall

Centre national de classification sanitaire, Université de Sydney, Australie

Idris A. Mohammed

Régime national d'assurance maladie, Nigéria

Kazeem Mustapha

Union Médicale Int. Ltd, Nigéria

Stefan Nachuk

Fondation Rockefeller, Thaïlande

Sheila O'Dougherty

Abt Associates Inc., USA

Daniel Osei

Service de santé du Ghana, Ghana

Ryan Shain

École de gestion Kellogg, Université Northwestern, États-Unis

Siok Swan Tan

Université Erasme de Rotterdam, Hollande

Lara Wilson

École de médecine de l'Université de Washington, États-Unis

D'AUTRES PARTENAIRES ONT APPORTÉ UNE EXPERTISE TECHNIQUE PRÉCIEUSE et ont créé des opportunités d'échanges mondiaux qui ont grandement enrichi le contenu de ce manuel.

Tout au long du processus, la Banque mondiale a notamment apporté son expertise technique par le biais de sa pratique mondiale sur la santé, la nutrition et la population. L'Organisation mondiale de la santé a organisé un forum mondial qui a permis de discuter des enseignements pratiques contenus dans ce manuel dans le contexte des meilleures pratiques mondiales actuelles pour le calcul des coûts des services de santé.

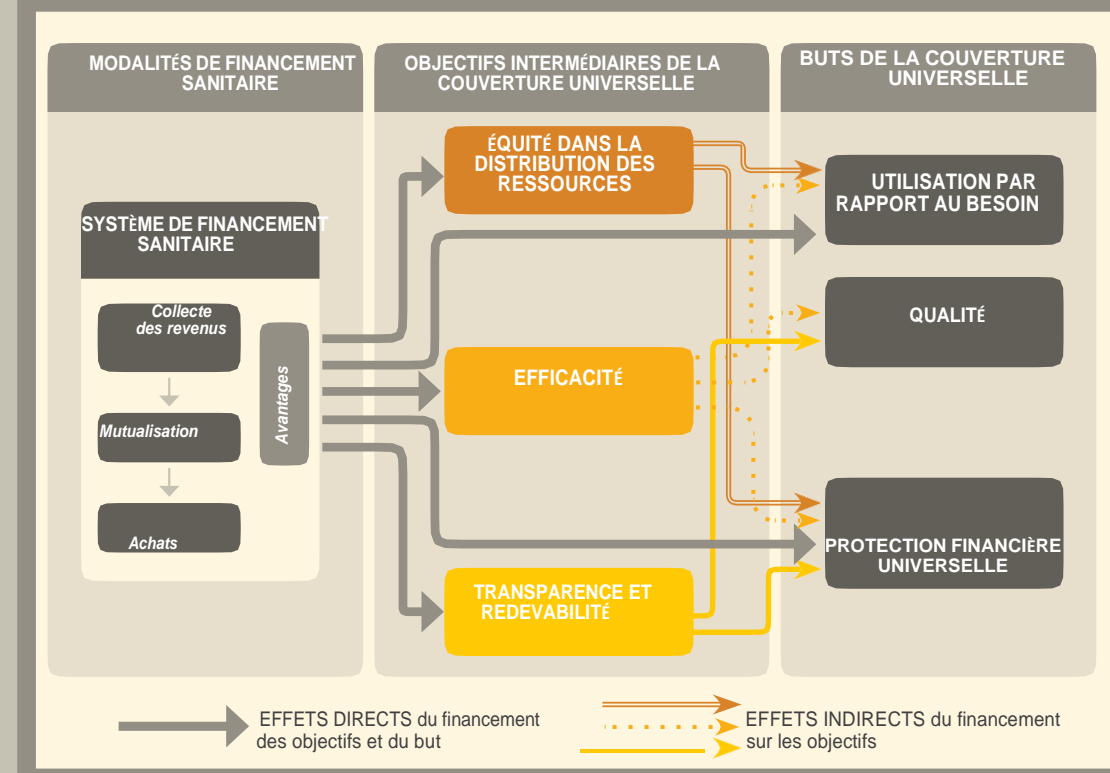
Les auteurs souhaitent remercier de nombreuses personnes des pays membres du JLN et des organisations internationales partenaires qui ont apporté des contributions spécifiques lors de l'élaboration du manuel, notamment en participant aux sessions de développement du contenu, en rédigeant des contenus spécifiques sur des sujets techniques ou des détails pour les exemples de pays, et en fournissant des révisions techniques des versions antérieures. (Voir la liste des contributeurs ci-jointe).

Enfin, les auteurs souhaitent remercier les nombreux décideurs politiques et les professionnels du calcul des coûts, ainsi que les prestataires de soins de santé des pays cités en exemple, qui ont conçu et réalisé le travail de calcul des coûts à la base de ce manuel. Leurs expériences et leurs solutions créatives pour surmonter les nombreux défis liés au calcul des coûts des services de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont contribué à enrichir le corpus de connaissances pratiques et d'outils disponibles. En définitive, de meilleures informations sur les coûts pour la politique de paiement des prestataires de soins de santé et la fixation des tarifs peuvent aider les pays à mieux utiliser les ressources disponibles pour atteindre leurs objectifs de couverture sanitaire universelle.

INTRODUCTION

Parvenir à une couverture sanitaire universelle - garantir l'accès aux services de santé de base à l'ensemble de la population sans risque de difficultés financières ou d'appauvrissement - est un défi auquel sont confrontés de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour atteindre et maintenir la couverture sanitaire universelle, les gouvernements doivent générer des ressources visant à étendre la couverture, distribuer les ressources de manière équitable et les utiliser de façon efficace afin d'obtenir les meilleurs résultats en termes de satisfaction des besoins sanitaires, de garantie de la qualité des soins et de protection des utilisateurs contre tout préjudice financier dû à des frais à la charge des patients (Voir [FIGURE 1.](#))

FIGURE 1. Effets des modalités de financement sanitaire sur la couverture sanitaire universelle



Source: Kutzin, 2013

Bon nombre de pays se focalisent d'abord sur la mobilisation de fonds suffisants pour parvenir à une couverture universelle, mais à mesure que la couverture s'étend, les questions de viabilité financière, d'efficacité et de qualité des soins se posent rapidement. L'achat stratégique de produits sanitaires est essentiel pour tirer le meilleur parti des fonds limités alloués à la santé. La manière dont les acheteurs de soins de santé (par ex. les ministères de la santé, les caisses d'assurance sociale ou les caisses d'assurance privée) paient les prestataires de soins de santé pour qu'ils fournissent les services couverts est un élément essentiel de la stratégie d'achat de soins de santé. Ces systèmes de paiement des prestataires comprennent les méthodes de paiement et tous les systèmes d'appui, tels que les contrats et les mécanismes de notification. La mise en œuvre de systèmes stratégiques de paiement des prestataires est une priorité politique de presque tous les pays qui s'efforcent d'atteindre la couverture universelle.

En concevant les systèmes de paiement des prestataires, les pays sont confrontés au défi d'établir une base de coûts pour les taux qu'ils paient aux prestataires de soins de santé pour divers services et paquets de services. De nombreux pays constatent que leurs systèmes de financement sanitaire existants n'ont pas généré les données nécessaires à l'utilisation de nombreuses méthodologies de calcul des coûts bien établies. Les pays se tournent souvent vers des études de coûts pour obtenir ces informations, mais la plupart de ces études ne sont pas conçues pour éclairer la politique de paiement des prestataires et les taux. Ce manuel a été créé pour combler cette lacune en fournissant des conseils étape par étape sur la collecte et l'utilisation d'informations sur les coûts pour informer la politique de paiement et calculer les taux de paiement des prestataires.

LE BUT DE CE MANUEL

Ce manuel est destiné à fournir aux décideurs politiques, aux analystes politiques et aux professionnels du calcul des coûts dans les pays à revenu faible et intermédiaire, des conseils techniques et des exemples pratiques pour la planification et la mise en œuvre d'un exercice de calcul des coûts pour le paiement des prestataires de soins. Il fournit des instructions étape par étape pour concevoir un exercice de calcul des coûts, développer des outils de collecte de données, collecter et analyser les résultats pour façonner la politique de paiement des prestataires et fixer les taux de paiement.

Ce manuel diffère des autres ressources de calcul des coûts disponibles sur quelques points essentiels :

- De nombreuses ressources fournissent des conseils méthodologiques sur le calcul des coûts des services sanitaires, mais peu d'entre elles traitent spécifiquement du calcul des coûts pour le paiement des prestataires, contrairement à ce que fait le présent manuel.
- Ce manuel a été élaboré par un groupe de décideurs, d'analystes politiques et de professionnels du calcul des coûts issus de sept pays à revenu faible ou intermédiaire. Des exemples tirés de leur expérience directe en termes de calcul des coûts pour le paiement des prestataires apparaissent tout au long du manuel afin d'illustrer la manière dont ils ont sélectionné des options, fait des compromis et trouvé des solutions créatives face aux contraintes de la vie réelle.
- La clé USB qui accompagne le manuel fournit des outils et des modèles développés et utilisés par les auteurs, que les équipes de calcul des coûts peuvent adapter à leurs besoins spécifiques pour la collecte et l'analyse des données.

Cette boîte à outils comprend des exemples de termes de référence pour la commande d'un exercice de calcul des coûts, des exemples d'instruments et de modèles de calcul des coûts, des manuels de formation, des analyses de simulation et d'autres ressources.

Ce manuel n'est pas conçu à des fins de recherche ou à d'autres fins politiques telles que l'analyse coût-efficacité ou le calcul des coûts des prestations de santé ou des stratégies du secteur de la santé.

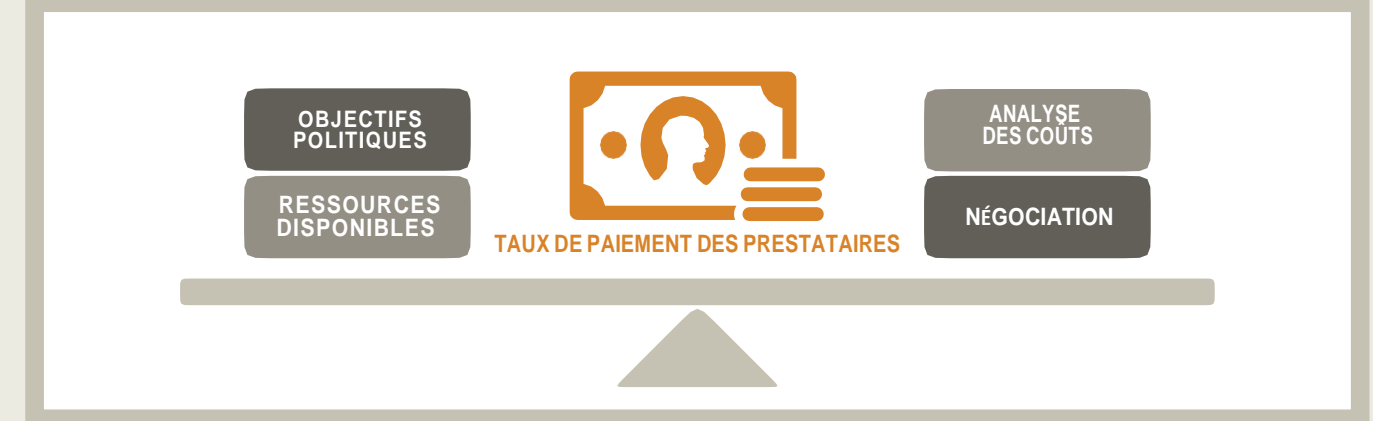
APERÇU DU CALCUL DES COÛTS POUR LE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

Fixer les taux de paiement des prestataires est un exercice d'équilibre pour l'acheteur de soins de santé. L'acheteur a trois buts essentiels :

- Maintenir le total des paiements aux prestataires dans les limites des ressources disponibles
- Payer les prestataires suffisamment pour qu'ils soient satisfaits et qu'ils fournissent des services de bonne qualité.
- Créer des incitations qui amènent les prestataires à améliorer l'efficacité, la qualité et la réceptivité aux patients.

Les taux de paiement dépendent tout un éventail de facteurs, mais il s'agit en fin de compte d'une décision politique. Comme l'illustre la FIGURE II, les taux de paiement sont influencés par quatre considérations : les objectifs politiques, les ressources disponibles, le coût de la prestation des services et la négociation avec les prestataires. Les méthodes de paiement des prestataires et les taux auxquels ils sont payés influencent tous deux leur comportement. Ils créent des signaux économiques, ou des incitations qui affectent les décisions des prestataires quant aux services qu'ils fournissent, à la manière dont ils fournissent ces services et à la combinaison d'entrées qu'ils utilisent

FIGURE II. Considérations sur la Fixation des Taux de Paiement des Prestataires



(telles que le personnel, les médicaments et l'équipement). Les bonnes incitations peuvent orienter le comportement des prestataires vers la réalisation des buts du système de santé, tels que l'amélioration de la qualité des soins, l'élargissement de l'accès aux services prioritaires, une plus grande réactivité vis-à-vis des patients et une utilisation plus efficace des ressources. Les décideurs politiques devraient donc adopter des méthodes de paiement et fixer des taux de paiement de manière à ce que les incitations soient alignées sur les principaux buts du système sanitaire.

La caractéristique déterminante d'une méthode de paiement est l'unité de paiement - par service, par visite, par cas, par jour-lit ou par personne par an.¹ Quelle que soit l'unité de paiement, les prestataires sont incités à augmenter le nombre d'unités pour lesquelles ils sont payés tout en diminuant leur coût par unité, afin de réaliser un bénéfice ou de générer un excédent. Les méthodes de paiement à l'acte, par exemple, incitent les prestataires à fournir davantage de services tout en réduisant le coût par service.

Les méthodes de capitation, qui versent au prestataire un montant fixe par assuré pour un éventail défini de services, incitent les prestataires à recruter davantage de patients tout en réduisant le coût total par patient.

Les taux de paiement des différents services créent des incitations surtout par le biais des prix relatifs. Les prestataires fournissent généralement plus de services qui leur rapportent une marge bénéficiaire relativement plus élevée, c'est-à-dire des services qui sont payés à des taux plus élevés par rapport au coût de leur prestation.

Le choix de la méthode de paiement peut souvent modifier le coût moyen de la prestation de services. Par exemple, si les prestataires sont payés à un taux fixe par cas d'hospitalisation, ils modifieront souvent leur comportement afin de réduire leurs coûts en dessous du taux de paiement et de générer ainsi un profit ou un excédent. Ils utiliseront moins d'intrants par cas, en réduisant les examens inutiles, par exemple.

Aussi longtemps que les entrées ne sont pas réduites au point de compromettre la qualité des soins, l'efficacité s'améliore. Quand les hôpitaux fournissent des soins plus efficaces, le coût moyen par cas diminue.

L'objectif de la fixation des taux de paiement des prestataires n'est donc pas simplement de couvrir les coûts actuels des prestataires. Le coût de la prestation de services n'est pas un point unique qui peut être mesuré - il est plutôt fonction des décisions prises par les prestataires, lesquelles pourraient se traduire par des inefficacités. En d'autres termes, malgré l'utilisation fréquente de ces termes par les prestataires et d'autres personnes, il n'existe pas de "coût réel" ou de "vrai coût".

¹ Le concept d'unité de service peut également s'appliquer à la méthode de paiement par poste budgétaire basée sur les entrées, dans laquelle l'unité de service est l'établissement prestataire, mais le terme s'applique davantage aux méthodes de paiement basées sur les résultats, qui sont l'objet principal de ce manuel.

Le coût de la prestation des services de santé n'existe pas dans le vide et il est affecté par des facteurs et des décisions constants et concrets, dont certains favorisent l'efficacité et d'autres non. Lorsque l'acheteur utilise les coûts moyens pour déterminer les taux de paiement, ces derniers reflètent les pratiques cliniques actuelles du système de santé sans récompenser les comportements inefficaces de la part des prestataires individuels. Ces derniers, qui sont en mesure de fournir des services à des coûts inférieurs à la moyenne, peuvent bénéficier d'une plus grande efficacité.

Mais il arrive que l'acheteur veuille fixer des taux de paiement supérieurs au coût de la prestation de service. Par exemple, si l'augmentation des soins primaires et des services de prévention est un objectif politique, la fixation de taux de paiement supérieurs aux coûts de ces services encouragera les prestataires à les fournir plus souvent.

Le TABLEAU I résume les principales méthodes de paiement des prestataires de soins de santé, les incitations qu'elles créent et les cas dans lesquels ces méthodes peuvent être utiles. Pour en savoir plus sur la manière de concevoir, de mettre en place et d'exploiter de nouveaux systèmes de paiement des prestataires, voir " *Concevoir, mettre en place et exploiter de nouveaux systèmes de paiement des prestataires : Manuel pratique* " (Langenbrunner, Cashin et O'Dougherty, 2009), qui examine les avantages et les inconvénients de diverses méthodes de paiement et contient des études de cas sur des pays qui ont mis en œuvre de nouvelles méthodes.

Pourquoi effectuer un exercice de calcul des coûts pour le paiement des prestataires ?

Afin de fixer des taux de paiement réalistes et de créer les bonnes incitations, les décideurs politiques se doivent de comprendre les structures de coûts en vigueur.

L'objectif de la fixation des taux de paiement des prestataires est d'établir des taux de paiement adéquats pour couvrir le coût des services fournis par des prestataires efficaces, de créer les bonnes incitations et d'être viables dans le cadre de l'enveloppe totale des ressources de l'acheteur de soins de santé.

Les coûts des prestataires ne sont pas le seul facteur à prendre en compte dans la fixation des barèmes, mais le fait de comprendre ce qu'il en coûte aux prestataires pour fournir différents services peut contribuer à garantir que ceux-ci soient payés de manière adéquate pour les services prioritaires et qu'ils soient motivés pour les fournir.

Un exercice de calcul des coûts pour le paiement des prestataires peut engendrer les éléments suivants :

- Une estimation des coûts unitaires moyens entre prestataires pour la fourniture des services couverts
- Des coûts relatifs pour obtenir des incitations correctes
- Des informations sur les facteurs de coût et les domaines où des gains d'efficacité sont possibles.

Il convient de noter que les exercices de calcul des coûts pour la recherche ont un objectif différent, qui est d'obtenir des estimations ponctuelles précises (ou des estimations par intervalle) des coûts unitaires. Les considérations relatives à leur conception sont donc différentes et l'approche utilisée est généralement légèrement différente.

Un exercice de calcul des coûts permet de calculer les coûts unitaires, c'est-à-dire le coût moyen par unité de service fournie. Les coûts unitaires sont utilisés pour calculer les taux de paiement de base, qui sont ensuite modifiés en fonction d'autres facteurs

(considérations politiques, contraintes de ressources et négociations). Les coûts unitaires sont estimés sur la base des coûts moyens des prestataires. Le TABLEAU II énumère les données nécessaires pour les calculs de base et les coûts unitaires dans les principaux systèmes de paiement des prestataires utilisés dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Nous avons omis les systèmes de paiement par poste budgétaire car ils sont basés sur les coûts d'entrée plutôt que sur les coûts de sortie.

DIX ÉTAPES POUR PLANIFIER ET METTRE EN ŒUVRE UN EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS

Pour s'assurer qu'un exercice de calcul des coûts génère les informations requises, il est important de suivre un plan clair. Ce manuel décrit en 10 étapes essentielles la planification et la mise en œuvre d'un exercice d'évaluation des coûts pour le paiement des prestataires. (Voir la FIGURE III).

Bien que nous présentions les étapes de manière séquentielle, en pratique, le processus est dynamique et itératif et pourrait ressembler davantage à celui décrit dans la FIGURE IV, avec quelques étapes linéaires suivies d'étapes répétées et simultanées avant l'étape finale.

EMPLES DE CAS DANS CE MANUEL

Ce manuel utilise des exemples de cas provenant de plusieurs pays pour illustrer les concepts techniques et mettre en évidence les recommandations, les défis et les leçons apprises. Les pays contributeurs sont énumérés dans le TABLEAU III, accompagnés d'informations générales sur leurs exercices de calcul des coûts.

FIGURE III. Plan en Dix Étapes d'un Exercice de Calcul des Coûts

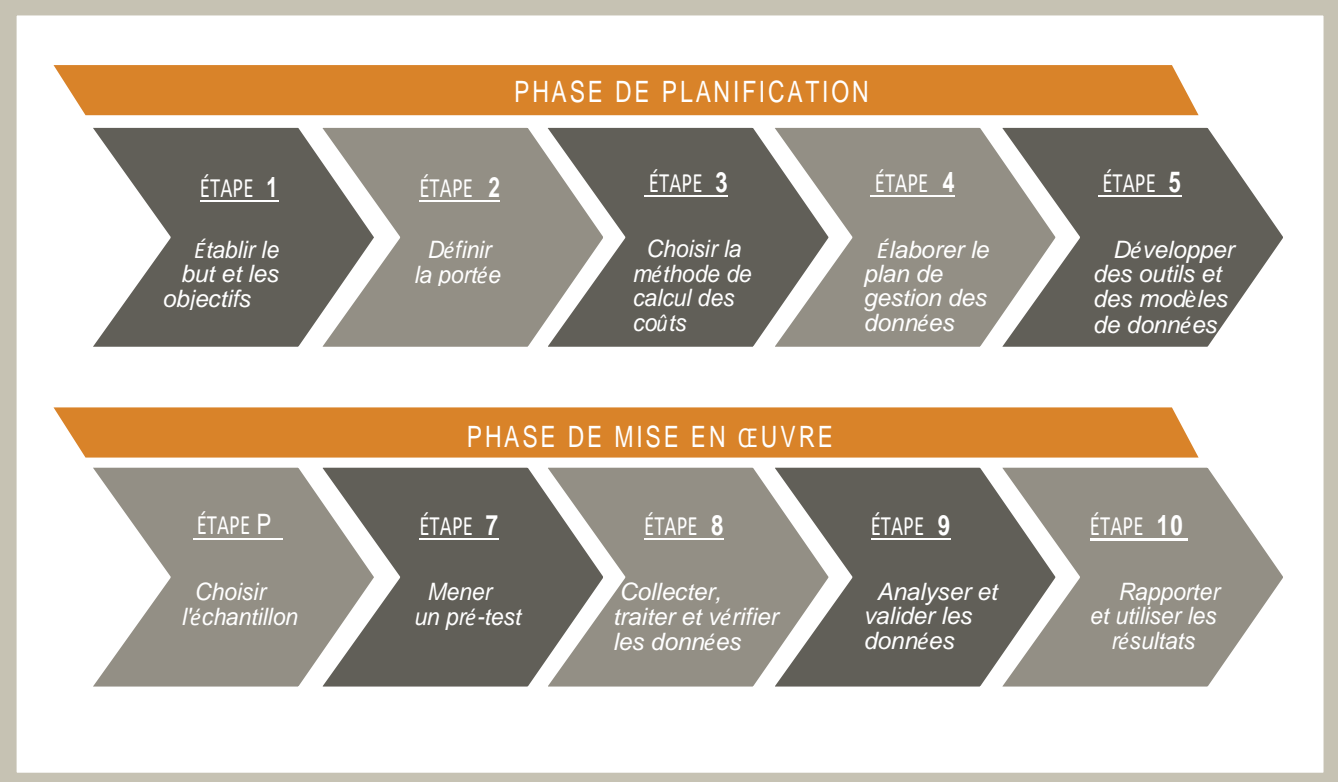
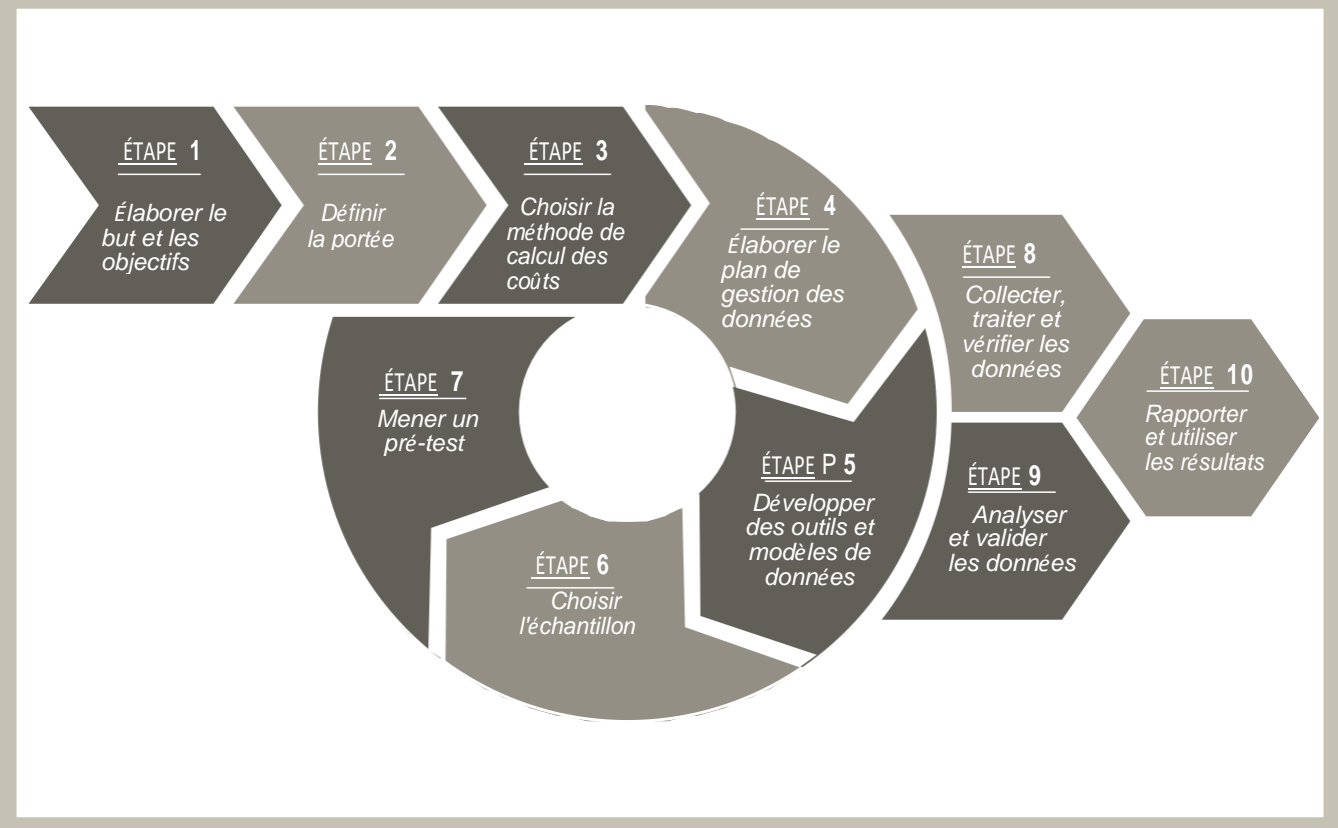


FIGURE IV. Séquence d'un Exercice de Calcul des Coûts typique



Les Méthodes de Paiement des Prestataires et les Incitations qu'elles créent








MÉTHODE DE PAIEMENT	DÉFINITION		INCITATIONS POUR LES PRESTATAIRES	CAS OÙ LA MÉTHODE PEUT ÊTRE UTILE
Budget par poste	Les prestataires reçoivent un montant fixe pour une période déterminée afin de couvrir les dépenses d'entrées spécifiques (par ex. le personnel, les médicaments, les services publics).		Fournir des services insuffisants, augmenter les transferts vers d'autres prestataires, augmenter les entrées, dépenser tous les fonds restants à la fin de l'année budgétaire ; pas d'incitation ou de mécanisme pour améliorer l'efficacité.	La capacité de gestion de l'acheteur et des prestataires est faible ; la maîtrise des coûts est une priorité absolue.
Budget global	Les prestataires reçoivent un montant fixe pour une période déterminée afin de couvrir l'ensemble des dépenses liées à la fourniture d'un éventail de services convenu. Le budget est flexible et n'est pas lié à des postes budgétaires.		Augmenter les transferts vers d'autres prestataires, dépenser tous les fonds restants avant la fin de l'année budgétaire ; il existe un mécanisme pour améliorer l'efficacité, mais il peut être nécessaire de le combiner avec d'autres incitations.	La capacité de gestion de l'acheteur et des prestataires est au moins modérée ; la concurrence entre les prestataires n'est pas possible ou n'est pas un objectif ; la maîtrise des coûts est une priorité absolue.
Per diem	Les hôpitaux reçoivent un montant fixe par jour pour chaque patient admis. Le taux journalier peut varier en fonction du service, du patient, des caractéristiques cliniques ou d'autres facteurs.		Augmenter le nombre de journées-lits, ce qui peut entraîner des admissions et des durées d'hospitalisation excessives ; réduire les entrées par journée-lit, ce qui peut améliorer l'efficacité de la combinaison d'entrées.	La capacité de gestion de l'acheteur et des prestataires est moyenne ; l'amélioration de l'efficacité et l'augmentation de l'occupation des lits sont des priorités ; l'acheteur souhaite passer à un paiement basé sur les résultats ; le contrôle des coûts est une priorité modérée.
Basé sur le cas (par exemple, groupes liés au diagnostic)	Les hôpitaux reçoivent un montant fixe par admission ou sortie en fonction du patient et des caractéristiques cliniques, qui peuvent englober le service d'admission, le diagnostic et d'autres facteurs.		Augmenter les admissions, y compris à des niveaux excessifs ; réduire les entrées par cas, ce qui peut améliorer l'efficacité de la combinaison des entrées ; réduire la durée des séjours hospitaliers ; déplacer les soins de réadaptation vers le milieu externe.	La capacité de gestion de l'acheteur est moyennement élevée ; la capacité et/ou l'utilisation de l'hôpital est excédentaire ; l'amélioration de l'efficacité est une priorité ; la maîtrise des coûts est une priorité modérée.
Paiement à l'acte (barème fixe)	Les prestataires sont payés pour chaque service individuel fourni. Les frais sont fixés à l'avance pour chaque service ou groupe de services.		Augmenter le nombre de services, y compris au-delà du niveau nécessaire ; réduire les entrées par service, ce qui peut améliorer l'efficacité de la combinaison d'entrées.	L'augmentation de la productivité, de l'offre de services et de l'accès sont des priorités absolues ; il est nécessaire de conserver ou d'attirer davantage de prestataires ; le contrôle des coûts n'est pas une priorité.
Par habitant (capitation)	Les prestataires sont payés à l'avance pour fournir un éventail défini de services à chaque personne inscrite pendant une période déterminée.		Améliorer l'efficacité de la combinaison des entrées, attirer de nouveaux inscrits, diminuer les entrées, ne pas fournir suffisamment de services, augmenter les transferts vers d'autres prestataires, améliorer la combinaison des sorties (se concentrer sur la promotion de la santé et la prévention, moins coûteuses), essayer de sélectionner des inscrits en meilleure santé (moins coûteux).	Management La capacité de gestion de l'acheteur est moyennement élevée ; le choix et la concurrence sont possibles ; le renforcement des soins primaires et la maîtrise des coûts sont des priorités absolues ; une stratégie plus large est en place pour accroître la promotion de la santé.

Source : Adapté de Langenbrunner et al. 2009

TABLEAU II. Calcul des Taux de Paiement pour les Diverses Méthodes de Paiement des Prestataires

MÉTHODE DE PAIEMENT	BASE DE PAIEMENT	CALCUL DE BASE	UNITÉ	DONNÉES REQUISES POUR CALCULER LES TAUX DE PAIEMENT
Budget global	Paiement fixe pour un volume estimé ou historique de services (sorties ou visites de patients extérieurs)	<p>ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ = coût moyen par sortie x nombre total de sorties par an <i>(pour les services d'hospitalisation)</i></p> <p>ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ = coût moyen par visite en ambulatoire x nombre total de visites par an <i>(pour les services ambulatoires)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par sortie Coût moyen par visite externe 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par sortie Coût unitaire par visite externe Total des sorties par an Total des visites externes par an
	Paiement fixe pour un volume de services estimé ou historique, ajusté en fonction de cas mixtes (patient hospitalisé uniquement)	<p>BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ = coût moyen par sortie dans chaque groupe de diagnostic x nombre total de sorties dans chaque groupe de diagnostic par an.</p> <p><i>(Coût moyen par sortie dans le groupe de diagnostic = coût moyen par jour-lit dans le service de sortie x durée moyenne de séjour pour le groupe de diagnostic)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par jour-lit dans chaque service 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par jour-lit dans chaque service Département de sortie typique pour chaque groupe de diagnostic Durée moyenne de séjour pour les cas de chaque groupe de diagnostic Total des sorties dans chaque groupe de diagnostic
Per diem	Paiement variable par cas en fonction de la durée du séjour du patient	<p>PAIEMENT PAR CAS = coût moyen par jour-lit x durée du séjour pour le cas en question</p>	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par jour-lit 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par jour-lit
	Paiement variable par cas en fonction de la durée du séjour et du service de sortie pour le cas.	<p>PAIEMENT PAR CAS = coût moyen par jour-lit dans le service de sortie x durée du séjour pour le cas en question</p>	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par jour-lit dans chaque service 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par jour-lit dans chaque service
Basé sur des cas	Paiement fixe par cas dans un département	<p>PAIEMENT PAR CAS = coût moyen par sortie dans le département</p>	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par sortie dans chaque service 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par sortie dans chaque service
	Paiement fixe par cas dans un groupe de diagnostic	<p>PAIEMENT PAR CAS = coût moyen par sortie dans le groupe de diagnostic <i>(Coût moyen par sortie dans le groupe de diagnostic = coût moyen par jour-lit dans le service de sortie x durée moyenne de séjour pour le groupe de diagnostic)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par jour-lit dans chaque service 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par jour-lit dans chaque service Durée moyenne de séjour pour les cas de chaque groupe de diagnostic
Paiement à l'acte	Paiement fixe pour chaque service particulier	<p>COÛT MOYEN PAR SERVICE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par service 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire de chaque service figurant dans la grille tarifaire
	Paiement fixe pour une gamme de services	<p>SOMME DU COÛT MOYEN PAR SERVICE pour chaque service de la gamme de services</p>	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par service compris dans le paquet de services 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire de chaque service dans chaque paquet de services
Par habitant (capitation)	Paiement fixe par assuré et par an pour tous les services du paquet défini	<p>COÛT MOYEN PAR ASSURÉ ET PAR AN</p>	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par service dans le paquet 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire de chaque service du paquet Utilisation de chaque service de l'offre par assuré et par an

TABLEAU III. EXEMPLES DE CAS UTILISÉS DANS CE MANUEL

EXEMPLE DE CAS NOM DE RÉFÉRENCE	EXEMPLE DE CAS NOM COMPLET	ORGANISME DE MISE EN SERVICE	ORGANISME DE MISE EN ŒUVRE	BUT	OBJECTIFS	DATES	COMMENT LES RÉSULTATS ONT ÉTÉ UTILISÉS	
 G-DRG Ghana	Calcul des coûts de l'indice G-DRG au Ghana	Autorité Nationale d'Assurance Maladie (NHIA)	NHIA et équipe de consultants		Revoir le système de tarification à l'acte et élaborer un nouveau tarif pour le système national d'assurance maladie (NHIS) basé sur des groupes de diagnostics qui seraient acceptables pour toutes les parties prenantes.	Estimer les coûts totaux des services indépendamment du payeur (par ex. NHIA, ministère de la santé, patient ou autre) ou de la forme de propriété de l'établissement de santé afin d'établir des tarifs pour chaque diagnostic principal qui reflètent la durée moyenne du séjour, les coûts des investigations, les coûts indirects moyens, etc.	2007	Élaborer des tarifs pour le système de paiement des prestataires G-DRG de la NHIA.
 Hôpital Aarogyasri	Coût des Services et Prestations de l'Hôpital d'Aarogyasri	Fonds de soins de santé Aarogyasri sous l'égide du ministère indien de la santé	Équipe de calcul des coûts des services du Fonds de soins de santé Aarogyasri et de l'École des études de gestion de l'Université centrale d'Hyderabad		Comprendre et fournir des informations fondées sur des données probantes en vue de la restructuration, de la refonte des prix, de l'allocation budgétaire et de la rationalisation des systèmes de paiement pour 938 paquets de prestations d'Aarogyasri.	Estimer et comprendre les coûts unitaires des services et des procédures à haut volume et à haute valeur ajoutée dans les hôpitaux de petite, moyenne et grande taille. Renforcer les capacités et les connaissances pour permettre au payeur (Aarogyasri) de négocier le paiement des prestataires.	2011-2012	Les coûts unitaires ont été utilisés pour l'étalonnage lors des négociations sur le paiement des prestataires. Les résultats ont permis de sensibiliser les décideurs politiques aux facteurs de coût, au coût et au prix des services, et aux écarts. Une méthodologie standard a été créée pour rationaliser le mécanisme de paiement des prestataires, y compris des outils et des modèles.
Hôpital PHFI	Coûts hospitaliers de la Fondation indienne pour la santé publique	Fondation indienne pour la santé publique	Fondation indienne pour la santé publique		Comprendre les coûts hospitaliers et contribuer à une compréhension générale des informations sur les coûts hospitaliers.	Estimer les coûts unitaires des visites et des sorties d'hôpital, des interventions en salle d'opération et des interventions chirurgicales les plus fréquentes.	2010	Disséminer les résultats aux hôpitaux participants et au MdS.
 Casemix Indonésie	Calcul des coûts de Casemix en Indonésie	Ministère indonésien de la santé	Centre national Casemix, ministère de la santé		Développer des pondérations pour les paiements aux hôpitaux des groupes de diagnostics (DRG), d'abord pour les services fournis aux patients de Jamkesmas (régime d'assurance pour les pauvres) en 2008, puis pour le déploiement aux patients de BPJS (régime pour les pauvres, les fonctionnaires et le secteur privé) en 2014.	Estimer les coûts hospitaliers afin d'élaborer des tarifs pour les groupes de cas indonésiens (INA-CBG).	2006 (premier exercice), 2010 (deuxième exercice), 2012 (troisième exercice)	Les résultats des premier et deuxième exercices de calcul des coûts ont été utilisés pour payer les hôpitaux qui servent les patients de Jamkesmas. Les résultats du troisième exercice de calcul des coûts sont utilisés pour payer les hôpitaux qui desservent les patients de la BPJS.
Établissement de santé en Indonésie	Exercice de calcul des coûts de l'établissement de santé en Indonésie	Ministère indonésien de la santé	GIZ, Université Gadjah Mada et Gestion des politiques d'Oxford		Estimer le coût de production des services dans les hôpitaux et les établissements de soins primaires.	Mieux comprendre le coût de la prestation des services dans les établissements de santé et examiner les facteurs de variation des coûts entre les prestataires.	2010-2011	Estimer les taux de capitalisation pour les centres de santé, comparer les résultats avec les coûts des DRG indonésiens dans les hôpitaux, et sensibiliser les décideurs politiques aux facteurs de coûts et à leurs implications pour le paiement des prestataires.
 COMPHEC Malaisie	Calcul des coûts des soins de santé primaires en Malaisie (COMPHEC)	Ministère de la santé de Malaisie	Institut de recherche sur les systèmes de santé et clinique de Putrajaya, Ministère de la santé		Obtenir des données plus fiables sur la consommation des ressources dans le Centre de Santé de Putrajaya.	Estimer le coût des services de soins primaires dans un centre de santé autonome basé sur les technologies de l'information.	2008-2009	Informers les décideurs et les parties prenantes sur le coût des services fournis, du point de vue du MdS.
DRG de Malaisie	Calcul des coûts des DRG en Malaisie	Ministère de la santé de Malaisie	Hôpitaux publics		Établir un tarif national de santé pour les services de soins secondaires.	Estimer les coûts unitaires pour calculer les pondérations des groupes de cas.	2012 et 2014	Orienter l'allocation des fonds aux hôpitaux.
Hôpital MNHA	Projet de comptabilité analytique de l'hôpital NHA de Malaisie	Ministère de la santé de Malaisie	Ministère de la santé de Malaisie		Répondre aux exigences du cadre des Comptes nationaux de la santé (CNS) et du Système des comptes de la santé (SCS) de la Malaisie en matière de résultats de coûts.	Obtenir les dépenses moyennes des hôpitaux du MdS pour les patients hospitalisés, les patients externes et les gardes d'enfants.	2002	Informers les décideurs politiques sur les dépenses hospitalières du MdS par catégories fonctionnelles et planifier la réforme des paiements des prestataires.
 Taux de cas PhilHealth	Taux de cas PhilHealth	Société philippine d'assurance maladie (PhilHealth)	PhilHealth		Passer du paiement à l'acte au paiement hospitalier basé sur les cas.	Développer des taux de paiement par cas pour des groupes de procédures et de cas médicaux.	2012	Développer les procédures et/ou les cas médicaux remboursés par PhilHealth.
 Soins primaires au Vietnam	Coût des services de santé au niveau du district et de la commune au Vietnam MOH, HMU, et HSPI	Département de la planification et des finances, Ministère vietnamien de la santé	Université de médecine de Hanoi, Institut de stratégie et de politique sanitaires		Fournir des estimations de coûts pour éclairer la révision du système de paiement par capitation de la sécurité sociale vietnamienne.	Estimer les coûts de fonctionnement des hôpitaux de district et des postes de santé communaux, en se concentrant sur le coût unitaire des sorties et des visites de patients externes.	2012-2013	Utiliser les coûts historiques des services de soins primaires pour calculer les taux de capitation.
 Central Asian Republics DRG	Républiques d'Asie centrale : calcul des coûts des DRG (à partir de l'expérience de plusieurs pays)	Ministères nationaux de la santé et fonds d'assurance	Projet de soins de santé ZdravPlus financé par l'USAID		Développer des coefficients de pondération pour les DRG.	Estimer le coût des journées-lits dans les services cliniques des hôpitaux.	2008	Calculer les coefficients de pondération des DRG pour le paiement par cas.

COMMENT CE MANUEL EST STRUCTURÉ

Ce manuel se compose des éléments suivants :

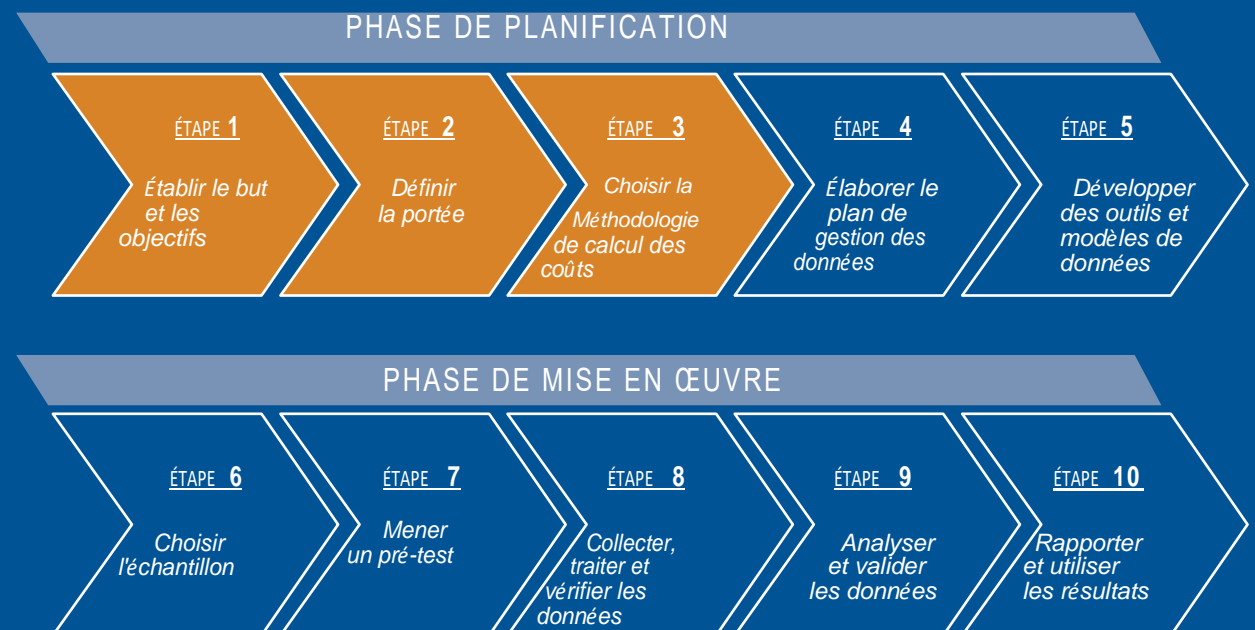


PARTIE 1.

DÉFINIR LES BUTS, LA PORTÉE ET LA MÉTHODOLOGIE

La PARTIE 1 de ce manuel couvre les étapes 1 à 3 de l'exercice de calcul des coûts : établir le but et les objectifs de l'exercice, définir sa portée et Choisir la méthodologie de calcul des coûts.

PLAN EN DIX ÉTAPES POUR UN EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS



POUR COMMENCER

Peu après la commande du travail de calcul des coûts et avant le début de la planification, l'équipe de calcul des coûts doit élaborer une stratégie visant à impliquer les principales parties prenantes. L'implication de toutes les parties prenantes dans la conception de l'exercice de calcul des coûts peut donner de meilleurs résultats, même si cela peut compliquer le processus de conception. L'implication des parties prenantes doit commencer dès la phase de planification et se poursuivre tout au long de la mise en œuvre, de la validation et de l'utilisation des résultats. Ce processus peut aider les analystes, les professionnels et les prestataires à tirer le meilleur parti de leur temps et de leurs ressources lors de la mise en œuvre et à fournir aux décideurs politiques et aux acheteurs des résultats opportuns sous la forme souhaitée.

Plusieurs pays ont jugé utile de mettre en place un groupe de travail composé des principales parties prenantes, ainsi qu'un processus permettant d'impliquer périodiquement un groupe plus large de parties prenantes. Sans ce groupe de travail, la collaboration peut s'avérer difficile en raison des différentes dispositions institutionnelles des parties intéressées. Les décideurs politiques et les acheteurs représentent généralement les ministères de la santé et les institutions d'assurance, tandis que les professionnels du calcul des coûts et les analystes travaillent généralement dans des universités, des bureaux techniques des ministères de la santé ou des finances, ou des organisations

partenaires du développement. Les prestataires peuvent être publics, privés ou confessionnels.

SESSION DE PLANIFICATION ET DE CONCEPTION PARTICIPATIVES

Les parties prenantes clés doivent être impliquées dans une session de planification et de conception participative afin de définir le but, les objectifs et la portée de l'exercice de calcul des coûts et d'identifier les données existantes et les lacunes à cet égard. La session doit clarifier ce que l'exercice de calcul des coûts vise à réaliser, établir des objectifs spécifiques et s'assurer qu'ils peuvent être communiqués efficacement. Les analystes devront peut-être rester flexibles au fur et à mesure

que l'exercice d'évaluation des coûts progresse, car les changements de politique et les nouvelles priorités politiques peuvent modifier les objectifs. La session initiale peut également servir à identifier les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes à l'exercice et à élaborer un plan de travail initial.

LES ENCADRÉS 1 et 2 décrivent les processus participatifs utilisés par le Viêt Nam et l'Indonésie, respectivement, pour concevoir et mettre en œuvre leurs exercices de calcul des coûts de paiement des prestataires.

ENCADRÉ 1. Un processus participatif au Vietnam

Dans son effort pour parvenir à une couverture sanitaire universelle, le Viêt Nam s'est engagé dans un processus pour affiner les systèmes de paiements des prestataires utilisés par la sécurité vietnamienne en vertu de la loi nationale sur l'assurance-maladie.

L'un des volets de la réforme de paiement des prestataires comprenait un exercice

de calcul des coûts commandé par le ministère vietnamien de la santé (MOH), qui visait à fournir une base de coûts pour informer les accords de paiement par capitation des hôpitaux de district et des postes de santé communaux (centres de santé).

Avant de lancer l'exercice d'évaluation des coûts, le ministère de la santé a convoqué les décideurs politiques et les experts techniques en calcul des coûts des institutions ci-après à une session de planification et de conception participative afin de déterminer conjointement le but, les objectifs et la portée de l'exercice de calcul des coûts :

- Département de l'assurance maladie du MdS

- Département de la planification et des finances du MdS
- Sécurité sociale du Viêt Nam
- Institut de stratégie et politique de santé
- Université de médecine de Hanoi
- Départements provinciaux de la santé
- Hôpitaux
- Partenaires de développement

Ces acteurs clés ont participé à toutes les phases de planification et de mise en œuvre, et ont finalement examiné et accepté les résultats de l'évaluation des coûts et contribué aux discussions sur leurs implications politiques.

ENCADRÉ 2. Un processus participatif en Indonésie

En réponse à une demande du Centre d'analyse des politiques de santé du MdS, les partenaires du développement en Indonésie ont conçu un exercice de calcul des coûts afin de contribuer à l'élaboration d'une formule d'allocation de budget géographique pour les prestataires et les bureaux de santé de district, de fixer des normes de service minimales et d'identifier les facteurs de variation des coûts entre les prestataires.

Les partenaires de développement ont organisé un atelier de conception inclusive auquel ont participé les institutions suivantes :

- Centre d'analyse des politiques de santé du MdS
- Bureau de la planification et de la budgétisation du MdS
- Direction générale des services médicaux du MdS
- Institut national pour la recherche et le développement sanitaires
- Partenaires de développement

Le processus participatif visait à obtenir un engagement fort de la part de toutes les parties prenantes. Bien que le Ministère des Finances et le Ministère de l'Intérieur n'aient pas été directement impliqués dans la conception de l'exercice de calcul des coûts, l'équipe de recherche a tenu ces ministères informés et a obtenu leur soutien pour la collecte des données, car ils pouvaient influencer les autorités locales et les prestataires à participer au projet.

Après l'atelier de conception, l'équipe de recherche a invité les autorités nationales des ministères concernés et les autorités provinciales au lancement de l'exercice et leur a expliqué les principaux objectifs du projet et les informations qui seraient mises à leur disposition à l'issue du projet.

Les directeurs d'hôpitaux ont également été invités au lancement du projet afin d'obtenir leur engagement à participer à l'exercice et à fournir des données.

Forts de cette expérience, les chercheurs impliqués soulignent l'importance d'inclure les principales parties prenantes dans les discussions afin qu'elles comprennent les objectifs de l'exercice de calcul des coûts. Ils mettent également en garde contre l'implication d'un trop grand nombre de parties prenantes, car les objectifs du projet peuvent s'étendre de manière incontrôlée en raison de perspectives concurrentes, d'agendas divergents et d'une compréhension limitée des complexités d'un exercice de calcul des coûts.



ÉTAPE 1.

ÉTABLIR LE BUT ET LES OBJECTIFS

Le but de l'exercice de calcul des coûts est la raison politique générale pour laquelle l'exercice est mené ; les objectifs sont ce que l'exercice vise spécifiquement à produire pour éclairer la politique.

Le processus de définition du but et des objectifs constitue une occasion de rapprocher toutes les parties prenantes intéressées. Les décideurs politiques et les acheteurs qui commandent l'exercice doivent comprendre comment les informations sur les coûts peuvent éclairer la politique de paiement des prestataires, et ils doivent connaître et communiquer le type et le format des résultats dont ils ont besoin. Les analystes, les professionnels et les prestataires doivent savoir comment les résultats répondront à des besoins politiques et programmatiques plus larges.

Même si l'objectif principal de l'exercice de calcul des coûts est d'éclairer la politique de paiement des prestataires et la fixation des taux, les pays ont souvent des objectifs multiples, certains directement liés au paiement des prestataires et d'autres liés plus généralement à la planification et à la gestion.

Le TABLEAU 1 énumère quelques objectifs typiques d'un exercice de calcul du coût des services de santé.

Les questions clés pour guider l'effort de fixation des objectifs incluent:

- Quel est le but de l'exercice de calcul des coûts ?
- Quelles sont les informations déjà disponibles pour l'exercice de calcul des coûts ?
- Quelles nouvelles informations recherchons-nous et pourquoi ?
- Quels sont les obstacles à l'obtention d'informations ?
- Quelle est la dynamique politique et celle des parties prenantes ?
- Comment utiliserons-nous les informations pour réformer le paiement des prestataires ?

TABLEAU 1. Objectifs typiques d'un exercice de calcul des coûts

BUT DE L'EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	OBJECTIFS TYPES
Planification et budgétisation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les besoins en ressources et prévoir les coûts futurs des plans stratégiques du secteur de la santé à des fins de politique, de gestion et de budgétisation. • Estimer les coûts de l'extension de la couverture sanitaire ou de la fourniture d'un éventail de prestations dans le contexte de la couverture sanitaire universelle.
Fixation des taux de paiement des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir une base de coût pour les services de santé payés par le biais d'un système de paiement des prestataires. • Éclairer les décisions de couverture et les politiques de paiement. • Comparer les coûts avec les taux de paiement • Informers les négociations contractuelles entre les prestataires et les acheteurs et guider le suivi et la réévaluation des contrats. • Mettre en place des modalités de financement basées sur la performance.
Améliorer la gestion interne et les performances des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> • Comparer les coûts et les performances des différents départements ou services au sein des établissements. • Établir des normes et des critères de référence pour renforcer la redevabilité. • Éclairer les décisions concernant les opérations ou les investissements infrastructurels. • Fournir des données pour une prise de décision éclairée afin d'améliorer la gestion et les activités des prestataires.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

VERIFICATION

ETABLIR LE BUT ET LES OBJECTIFS

- ✓ **FORMER** un groupe de travail composé de représentants de tous les groupes de parties prenantes clés afin de superviser la conception et la mise en œuvre de l'exercice d'évaluation des coûts et de l'utilisation des résultats.
- ✓ **CONVOQUER** un atelier participatif animé pour parvenir à un consensus sur l'objet, les objectifs et la portée de l'exercice d'évaluation des coûts.

RESSOURCES

Finkler, Steven A., David M. Ward et Judith J. Baker. *Principes essentiels de comptabilité analytique pour les organismes de soins de santé*. 3e éd. Sudbury, MA : Jones & Bartlett Publishers, 2007.

Langenbrunner, Jack, Cheryl Cashin et Sheila O'Dougherty. *Conception et mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires de soins de santé : Manuels pratiques*. Washington, D.C : Banque mondiale, 2009

Mogyorosy, Zsolt, et Peter Smith. "Les principales questions méthodologiques dans l'évaluation des coûts des services de soins de santé : Une revue de la littérature". Document de recherche CHE 7. York, Royaume-Uni : Université de York, Centre pour l'économie de la santé, 2005.

Newbrander, William C., et Elizabeth Lewis. *HOSPICAL : Un outil de répartition des coûts hospitaliers. Guide de l'utilisateur, version 3.1*. Boston, MA : Sciences de gestion de la santé, 2001

LEÇONS TIRÉES

“Reconnaitre que l'exercice de calcul des coûts est une étape intermédiaire ; c'est l'une des nombreuses contributions importantes au développement du système de paiement.”

“ANALYSEZ LA FAISABILITE DU TRAVAIL. SI CE N'EST PAS POSSIBLE, VOUS POUVEZ ABANDONNER OU COMPROMETTRE CERTAINS ASPECTS DE L'EXERCICE DE CALCUL DES COUTS.”

“Les chercheurs doivent consulter toutes les parties prenantes lors de la définition des objectifs, et ces dernières doivent examiner et accepter les objectifs.”

“LORSQUE VOUS FIXEZ VOS OBJECTIFS, TENEZ COMPTE DES LIMITES DE VOTRE EXERCICE DE CALCUL DES COUTS, DE LA DISPONIBILITE DES DONNEES ET DE LA FAISABILITE DE LA COLLECTE DES DONNEES.”

“La connaissance de la situation politique est importante lors de la définition des objectifs afin d'établir une orientation claire et un environnement favorable à l'étude.”

ÉTAPE 2.

DÉFINIR LA PORTÉE

La portée de l'exercice de calcul des coûts fait référence à ce qui entrera dans les paramètres de l'exercice. Définir la portée nécessite de documenter explicitement ce qui sera inclus et ce qui ne le sera pas.

La portée de l'exercice de calcul des coûts comprend quatre dimensions clés: la perspective, les types de prestataires, les objets de coûts et les éléments de coûts. (Voir le **TABLEAU 2**). Le but et les objectifs énoncés devraient en fin de compte déterminer la portée et la méthodologie de l'exercice d'évaluation des coûts, même si d'autres facteurs, tels que les contraintes de temps et de budget, joueront également un rôle. Si la portée est trop étroite, les résultats de l'exercice risquent d'être d'une utilité limitée, mais un exercice à large portée peut ne pas être réalisable en raison de contraintes de temps, de budget et de capacité. En pratique, les équipes de calcul des coûts font souvent des compromis en ce qui concerne la portée et la conception de leurs exercices de calcul des coûts.

Les **TABLEAUX 10 ET 11** à la fin de cette section présentent des exemples de décisions relatives à la portée prises par les équipes de calcul des coûts qui ont mené les exercices de calcul des

coûts de l'hôpital de l'IFSP et de l'établissement de santé indonésien.

PERSPECTIVE

La perspective est le point de vue à partir duquel les coûts sont calculés. Il peut s'agir du point de vue de l'acheteur, du prestataire, du patient ou de la société. La perspective détermine les coûts des parties prenantes à inclure dans l'analyse. Certains coûts peuvent être pertinents pour une perspective mais pas pour une autre. Il est donc important de préciser la perspective et son impact attendu sur les résultats.

Les exercices de calcul des coûts à des fins de paiement des prestataires sont généralement lancés par les acheteurs de soins de santé et adoptent le point de vue de l'acheteur ou du prestataire. La perspective de l'acheteur cherche à estimer le coût de la couverture d'un

service pour les bénéficiaires, et le point de vue du prestataire cherche à estimer le coût de la prestation du service. Les deux perspectives peuvent différer, en particulier si l'acheteur ne paie pas tous les éléments de coût par le biais de ses systèmes de paiement. Le point de vue du prestataire donne une image plus complète des coûts totaux, et c'est donc celui qui est le plus souvent utilisé dans les exercices de calcul des coûts. Les éléments de coût non payés par l'acheteur peuvent être exclus au cours de l'analyse afin d'éclairer la fixation des taux de paiement.

L'un des objectifs de l'exercice de calcul des coûts peut être d'estimer l'écart entre les coûts du point de vue de l'acheteur et les coûts du point de vue du fournisseur. La distinction entre les deux perspectives est expliquée dans le **TABLEAU 3**.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

TABLEAU 2. Dimensions clés de la portée

DIMENSION	DÉFINITION	ÉLÉMENTS
Perspective	Le point de vue à partir duquel les coûts seront mesurés	<ul style="list-style-type: none"> • Acheteur • Prestataire • Patient • Organisme
Type de prestataire	Les établissements de santé concernés	<p>PROPRIÉTÉ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publique - gouvernement • Publique - entreprise • Privée - à but non lucratif • Privée recevant des subventions publiques (par ex. confessionnelle) • Privée - à but lucratif <p>TYPE D'ETABLISSEMENT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinique • Hôpital • Établissement spécialisé <p>NIVEAU DE SERVICE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaire • Secondaire • Tertiaire <p>TAILLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de lits (hôpital) • Personnel (clinique) • Charge de travail (clinique)
Objets de coût	La ou les entités dont le coût sera déterminé	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation • Département/spécialité • Service • Patient
Éléments de coût	Les entrées, ou ressources, auxquelles les coûts seront attachés	<p>ÉLÉMENTS DE COÛTS RÉCURRENTS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel • Médicaments/fournitures médicales • Services publics • Autres coûts récurrents <p>ÉLÉMENTS DE COÛTS DU CAPITAL :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bâtiment • Équipement médical • Équipement non médical

TABLEAU 3. Perspective de l'acheteur versus perspective du prestataire

PERSPECTIVE DE L'ACHETEUR	PERSPECTIVE DU FOURNISSEUR
<p>OBJECTIF : DETERMINER LES COÛTS ENCOURUS POUR COUVRIR UN SERVICE</p> <p><i>Cette perspective est utile</i> pour établir les taux de paiement des prestataires. Les résultats peuvent également contribuer à améliorer les pratiques d'achat et la gestion des soins entre les prestataires afin de maximiser les résultats sanitaires dans le cadre d'un budget donné.</p> <p><i>Cette perspective ne concerne pas</i> les coûts qui ne sont pas payés par l'acheteur (tels que les salaires dans certains systèmes d'assurance maladie sociale, le capital dans certains cas, les dons de médicaments ou les terrains).</p>	<p>OBJECTIF : DÉTERMINER LES COÛTS ENCOURUS FOURNIR UN SERVICE</p> <p><i>Cette perspective s'intéresse</i> à tous les coûts liés à la prestation de services, qu'ils soient (ou non) payés par les acheteurs ou non.</p> <p><i>Cette perspective est utile</i> pour éclairer les négociations sur les taux de paiement avec les acheteurs, estimer les écarts entre les coûts et les taux de paiement, éclairer les taux de partage des coûts et améliorer l'efficacité technique (c'est-à-dire garantir une combinaison efficace d'intrants pour fournir un service).</p>

Le calcul des coûts des services de santé peut également être effectué du point de vue du patient ou de la société. La perspective du patient s'intéresse aux dépenses qu'il doit effectuer de sa poche pour les services de soins de santé. S'il est prioritaire d'étendre la couverture pour réduire les dépenses personnelles, il peut être utile de comprendre les coûts dans la perspective du patient. Par exemple, si un acheteur prévoit d'inclure des médicaments actuellement non couverts dans l'ensemble des prestations, les informations sur les dépenses des patients relatives aux médicaments peuvent aider à déterminer le budget supplémentaire dont l'acheteur aurait besoin pour couvrir ces coûts.

Un exercice de calcul des coûts effectué selon la perspective du patient peut également aider à déterminer les taux de partage des coûts de la population

(copaiement formels ou frais d'utilisation). Il peut également servir à déterminer les coûts non liés à la santé qui sont associés à l'obtention de services de santé, tels que les frais de déplacement et de soins, voire la perte de salaire due à la maladie. La mesure des coûts dans cette perspective peut toutefois s'avérer difficile, car les enquêtes auprès des ménages ou à la sortie des établissements sont les principaux moyens de recueillir des informations auprès des patients. Il est important de mettre en balance les avantages liés à l'obtention de ces informations supplémentaires et les coûts de la collecte de données.

Un exercice de calcul des coûts dans une perspective sociétale analyse les coûts pour la société dans son ensemble - y compris le secteur de la santé et d'autres secteurs - plutôt que

pour les seuls acheteurs, prestataires ou patients directement concernés. Souvent utilisée dans les évaluations économiques ou les analyses coût-efficacité et coût-bénéfice, la perspective sociétale nécessite une collecte et une analyse de données plus approfondies et est généralement plus large que ce qui est nécessaire pour déterminer les taux de paiement des prestataires.

Certains exercices de calcul des coûts adoptent des perspectives multiples et mesurent les coûts par source de financement et par type de dépense afin de permettre une analyse pour différentes parties prenantes (par exemple, acheteur public, acheteur privé, prestataire, donateur, patient, etc.). Le **TABLEAU 4** présente les perspectives adoptées par les exemples d'exercices de calcul des coûts, ainsi qu'un aperçu de leurs objectifs politiques et de leur but.

TABLEAU 4 . Perspectives de l'exercice de calcul des coûts

EXEMPLE DE CAS	OBJECTIF POLITIQUE	BUT DE L'EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	ORGANISME DE MISE EN SERVICE	PERSPECTIVE
Hôpital Aarogyasri	Fournir des informations fondées sur des données probantes pour fixer les tarifs de 938 nouveaux paquets de prestations et rationaliser les prix des paquets précédemment élaborés.	Estimer le coût des nouveaux régimes de prestations et comprendre les coûts des régimes actuels afin de rationaliser les prix par la négociation avec les prestataires.	Fonds de soins de santé Aarogyasri	Acheteur et prestataire
Casemix Indonésie	Contenir l'escalade des coûts , redresser les hôpitaux endettés et améliorer la qualité des services hospitaliers pour les patients de Jamkesmas en passant d'un paiement à l'acte à un paiement par cas (INA-CBG).	Estimer le coût des services de santé et établir des pondérations de coûts pour le système de paiement hospitalier basé sur les cas (cas mixtes) en cours d'élaboration.	Centre national Casemix, Ministère indonésien de la santé	Acheteur et prestataire
Établissement de santé Indonésie	Fournir des informations fondées sur des données probantes pour l'élaboration de systèmes de paiement des soins primaires et des soins hospitaliers.	Estimer le coût de production des services dans les établissements de soins primaires et les hôpitaux, ainsi que les facteurs de variation des coûts entre les prestataires.	Ministère indonésien de la santé	Prestataire et patient
DRG des Républiques d'Asie	Passer d'une méthode de paiement basée sur les entrées à une méthode de paiement basée sur les sorties ou les performances sans mettre en péril le budget de la santé.	Déterminer le coût des journées d'hospitalisation dans les centres de ou les services de recettes afin de définir les coefficients de pondération DRG.	Ministères nationaux de la santé	Acheteur
DRG de Malaisie	Informé un système budgétaire global avec ajustement du nombre de cas (cas mixtes)	Évaluer le coût de la prestation des services de santé dans les hôpitaux publics et estimer les besoins budgétaires.	Ministère malaisien de la santé	Acheteur
Taux des cas de PhilHealth	Passer d'une méthode de paiement à l'acte à une méthode de paiement par cas.	Estimer le coût des services de santé et des catégories de maladies spécifiques.	Société philippine d'assurance maladie (PhilHealth)	Acheteur, prestataire et patient (membre)
Soins primaires au Vietnam	Informé les calculs des taux par tête pour les services de soins primaires afin de réformer les politiques de financement de la santé, y compris la révision de la loi sur l'assurance maladie.	Estimer le coût unitaire des sorties, des journées d'hospitalisation et des consultations externes pour les patients assurés et non assurés.	Département de la planification et des finances et département de l'assurance maladie, Ministère vietnamien de la santé	Acheteur et prestataire

TYPE DE PRESTATAIRE

La dimension "type de prestataire" de la portée identifie les catégories de prestataires qui seront incluses dans l'exercice en termes de statut de propriété, de type d'établissement, de niveau de service et de la taille.

L'exercice de calcul des coûts doit inclure une sélection représentative d'établissements. Idéalement, tous les types de prestataires qui seront payés

par le système de paiement devraient être inclus dans l'exercice. Par exemple, un exercice de calcul des coûts destiné à éclairer un système de paiement par habitant devrait inclure tout type de prestataire de soins primaires qui sera payé par le biais du système. Il peut s'agir de centres de santé publics, de cliniques privées et de services de consultation externe d'hôpitaux de district (mais pas

d'hôpitaux de transfert). En outre, si un acheteur prévoit une approche progressive dans le cadre duquel le système paie les prestataires publics dans un premier temps et inclut les prestataires privés par la suite, il est acceptable d'exclure les prestataires privés de l'exercice initial d'évaluation des coûts. Toutefois, un exercice de suivi incluant les prestataires privés doit être mené à une date plus proche de celle de l'expansion du système.

Le contexte unique du pays et le système de paiement dicteront en fin de compte les types de prestataires à inclure dans l'exercice de calcul des coûts. Le TABLEAU 5 présente les types de prestataires inclus dans certains des exemples de cas, ainsi que la justification des inclusions et des exclusions.

OBJETS DE COÛTS

La dimension "objet de coût" de la portée se réfère à la ou aux entités pour

les coûts unitaires seront estimés. L'objet de coût correspond généralement au niveau auquel les données sur les coûts peuvent être collectées : organisation, département/ spécialité, service ou patient. En pratique, l'objet de coût doit correspondre à la structure organisationnelle des prestataires, et le choix de l'objet de coût est influencé par la question de savoir si les objets de coût des prestataires sont comparables, de

sorte qu'une comparaison équitable des coûts unitaires puisse être effectuée. Par exemple, si l'objet de coût est le service/la spécialité, le profil clinique et opérationnel d'un service dans un hôpital peut différer de celui du même service dans un autre hôpital.

T TABLEAU 5 .Types de prestataires de l'exercice de calcul des coûts

EXEMPLE DE CAS	TYPES DE PRESTATAIRES INCLUS	MOTIF DES INCLUSIONS ET DES EXCLUSIONS
Hôpital Aarogyasri	<ul style="list-style-type: none"> Établissements privés à but lucratif et à but non lucratif Hôpitaux disposant d'installations spécialisées et surspécialisées (par exemple, chirurgie cardiothoracique, chirurgie pédiatrique, chirurgie générale ORL) Niveaux secondaire et tertiaire 	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires privés ont été inclus dans l'exercice de calcul des coûts parce qu'ils se plaignaient de la faiblesse des taux de remboursement.
Casemix Indonésie	<p>PREMIER EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux publics (appartenant au MdS) Niveau tertiaire <p>DEUXIÈME EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux publics (appartenant au MdS) Niveau tertiaire Niveaux primaire, secondaire et tertiaire Hôpitaux publics, privés et spécialisés Niveaux primaire, secondaire et tertiaire 	<ul style="list-style-type: none"> Seuls les hôpitaux appartenant au ministère de la santé ont été inclus dans le premier exercice en raison de la facilité d'accès, de la faisabilité et de la disponibilité des données du fait de la relation de gestion directe avec l'acheteur. Élargissement de la portée des hôpitaux dans le deuxième exercice pour inclure tous les hôpitaux publics qui ont servi le régime d'assurance Jamkesmas. Les hôpitaux privés ont été inclus dans le troisième exercice afin que les paiements par DRG puissent être mis en œuvre dans ces établissements.
Établissement de Santé en Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Cliniques publiques de soins primaires Hôpitaux publics et privés Niveaux primaire, secondaire et tertiaire 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les établissements ont été inclus, à l'exception des cliniques privées de soins primaires en raison des difficultés d'accès à la base d'échantillonnage. Les cliniques et les hôpitaux de tous niveaux ont été inclus, à l'exception des hôpitaux spécialisés, car ils présentaient des caractéristiques de fonctionnement différentes et n'étaient pas comparables aux autres hôpitaux de l'échantillon.
DRG des Républiques d'Asie centrale	<ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux publics Niveau secondaire 	<ul style="list-style-type: none"> Seuls les établissements publics ont été pris en compte, car la plupart des hôpitaux sont publics et les prestataires privés sont rares dans les républiques d'Asie centrale. Seuls les hôpitaux de niveau secondaire ont été pris en compte, parce qu'ils offraient la plus grande variété de services, étaient généralement les prestataires les plus efficaces et que l'objectif de la réforme était de réduire la surcapacité et d'intégrer les hôpitaux spécialisés dans les hôpitaux généraux.
DRG de Malaisie	<ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux publics Niveaux primaire, secondaire et tertiaire 	<ul style="list-style-type: none"> N'ont été inclus que les hôpitaux publics pour tester les paiements au cas par cas et garantir que les mesures de l'utilisation des ressources et des coûts reflétaient avec précision les services fournis avant de les étendre aux établissements privés. Tous les niveaux d'hôpitaux du MdS ont été inclus, mais pas les établissements d'enseignement, afin de tester les paiements basés sur les cas dans les établissements non enseignants avant de les étendre aux établissements d'enseignement.
Taux de cas PhilHealth	<ul style="list-style-type: none"> Établissements publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif Cliniques, hôpitaux et établissements spécialisés (maternités, cliniques de chirurgie ambulatoire et autres cliniques spécialisées) Niveaux primaire, secondaire et tertiaire 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les établissements agréés et accrédités par PhilHealth sont inclus.

De même, un bilan de diabète dans une clinique peut être très différent de celui d'une autre clinique. Pour déterminer si les objets de coûts sont comparables, les équipes chargées du calcul des coûts doivent tenir compte des facteurs suivants :

- Dispositions institutionnelles
- Propriété des installations (publique/privée) et ramifications fiscales
- Structure organisationnelle et administration
- Systèmes de paiement/financiers
- Portée des services

- Contenu du service clinique
 - Cadre
 - Cas mixtes des patients
 - Normes/protocoles de traitement
 - Environnement juridique et de conformité
 - Qualité
 - Autres caractéristiques uniques
- Organisation comme objet de coût**

L'organisation est l'objet de coût approprié lorsque l'on ne dispose pas de données désagrégées sur les types de cas traités dans les établissements.

Dans ce cas, l'estimation des coûts unitaires au niveau de l'organisation est généralement la meilleure option à moyen terme jusqu'à ce que des données d'utilisation plus complètes soient disponibles pour le calcul des coûts par département ou par service.

L'organisation est également un objet de coût approprié lorsque les prestataires sont payés au même taux pour tous les cas, quelles que soient les différences cliniques ou de caractéristiques des patients.

L'ENCADRÉ 3 décrit l'utilisation par l'hôpital MNHA de l'organisation comme objet de coût.

ENCADRÉ 3 . Organisation comme objet de coût : Hôpital MNHA

Pour répondre à une exigence du Système des Comptes de la Santé, le Ministère de la Santé malaisien a dû désagréger les données de dépenses des Comptes Nationaux de la Santé en dépenses d'hospitalisation, d'ambulatoire et de soins de jour.

L'équipe de calcul des coûts s'est d'abord appuyée sur les données de dépenses au niveau de l'organisation, mais le format des données disponibles n'a pas permis d'analyser les dépenses pour les services hospitaliers, ambulatoires et de garde d'enfants. Pour calculer le coût des sorties d'hôpital, des consultations externes

et des visites en crèche, l'équipe a recueilli des données à l'aide de questionnaires destinés aux prestataires et a estimé la proportion des dépenses au niveau de l'organisation par département.

Calculer les coûts unitaires au niveau de l'organisation est simple car les seules données requises sont les coûts totaux de l'établissement et le nombre total d'unités de service. Pour le calcul des coûts des centres de santé en vue du paiement des soins primaires, l'objet de coût de l'organisation est généralement adéquat car les unités de service sont relativement standard. Toutefois, pour les hôpitaux et certains centres de santé qui fournissent différents types de services, il est important de séparer les coûts totaux de l'établissement en portions pertinentes pour les services hospitaliers, externes et autres, et de les séparer encore davantage par département. Les données sur les coûts peuvent ne pas être suffisamment subdivisées pour permettre ce type d'analyse sans calcul des coûts au niveau du département (décrit ci-dessous).

Département/spécialité comme objet de coût

Un objet de coût de type département/spécialité génère des coûts unitaires pour les divisions des établissements qui admettent ou font sortir des patients dans un cadre hospitalier (comme un service d'obstétrique/gynécologie) ou traitent des patients dans un cadre externe (comme une clinique d'hôpital externe). Les données à ce niveau de désagrégation sont souvent relativement faciles à collecter. Le calcul des coûts unitaires au niveau du département /spécialité est nécessaire pour les méthodes de paiement qui paient les prestataires à des taux différents pour les patients vus dans des départements ou des spécialités différents.

L'ENCADRÉ 4 décrit l'utilisation du département/spécialité comme objet de coût par le DRG des républiques d'Asie centrale.

L'objet de coût département/spécialité est généralement limité à l'établissement des coûts hospitaliers parce que l'exercice exige un suivi de l'utilisation et de certaines données sur les dépenses par département ou spécialité. Les centres de santé n'ont souvent pas de structure organisationnelle claire pour faciliter ce type d'analyse. Cependant, cet objet de coût peut être utilisé pour les cliniques de consultation externe spécialisées qui utilisent un suivi des données basé sur le département. Les coûts unitaires obtenus grâce à ce niveau de calcul des coûts sont utilisés au mieux pour informer les systèmes de paiement par cas, per diem ou budget global, par le biais de paiements par département ou par groupe fondé sur le diagnostic. Les conditions requises pour les données sur les coûts sont les mêmes pour les méthodes de paiement basées sur les départements et sur les diagnostics. La principale différence entre le calcul des coûts pour les deux méthodes de paiement est que les méthodes basées sur le diagnostic nécessitent une ventilation plus poussée des données d'utilisation.

Le service comme objet de coût

Un objet de coût de service génère des coûts pour chaque service individuel ou chaque paquet de services fournis. Parmi les exemples de services individuels, citons la césarienne, l'opération de la cataracte, l'analyse de sang, la radiographie pulmonaire et l'injection d'un vaccin.

Parmi les exemples de paquets de services, on peut citer les tests de laboratoire, les jours-lits en médecine interne et les pontages coronariens avec tous les tests de diagnostic. Le coût d'un paquet de services, tel qu'un paquet générique d'analyses de laboratoire, est la somme des coûts unitaires des services individuels, tels que les analyses de sang et d'urine.

Un objet de coût de service est utilisé lorsque la méthode de paiement paie les prestataires à des taux différents pour des services individuels ou des gammes prédéfinies de services. Cet objet de coût est généralement le mieux adapté à l'établissement des grilles tarifaires, car les coûts totaux de l'établissement ne sont pas pris en compte et, souvent, seul un sous-ensemble de tous les services est chiffré. L'ENCADRÉ 5 décrit l'utilisation de l'objet "coût du service" dans le cadre d'un exercice de calcul des coûts réalisé par le MdS au Viêt Nam.

Le patient comme objet de coût

Un objet de coût patient est utilisé pour déterminer le coût de tous les services fournis à un patient présentant des caractéristiques particulières (par exemple, un diagnostic spécifique). Tous les services fournis aux patients d'une catégorie particulière sont regroupés pour calculer un coût moyen par patient de cette catégorie. L'exercice de calcul des coûts peut également inclure le coût des services individuels au cours d'une série de visites du patient afin de parvenir à un coût de traitement pour un épisode de soins complet.

ENCADRÉ 4. Département/spécialité comme objet de coût : DRG des républiques d'Asie centrale

La plupart des exemples de cas dans ce manuel utilisent le département/spécialité comme objet de coût. Le DRG des républiques d'Asie centrale a sélectionné ces départements :

DÉPARTEMENTS ADMINISTRATIFS:
Finances & Approvisionnement
Blanchisserie
Cuisine
Transport Sécurité
Autres services administratifs

DÉPARTEMENTS AUXILIAIRES :
Pharmacie
Imagerie
Laboratoires
Physiothérapie
Bloc opératoire
Soins d'urgence
Admission

SERVICES CLINIQUES POUR LES MALADES HOSPITALISÉS :
Soins intensifs
Chirurgie
Ophtalmologie
Thérapie (médecine interne)
Gynécologie
Néonatalogie
Maternité
Santé mentale

SERVICES CLINIQUES EXTERNES :
Dentaire
Pédiatrie
Maladies infectieuses
Accouchement
Oto-laryngologie (ORL)
Consultation externe

ENCADRÉ 5. Le service comme objet de coût : Calcul du coût de paiement à l'acte au Vietnam

Le MdS du Vietnam a lancé un exercice d'évaluation des coûts pour déterminer le coût par service dans la grille tarifaire. (Cet effort est différent de l'exemple de cas des soins primaires au Vietnam.) Les hôpitaux publics ont été invités à remplir un questionnaire pour estimer le coût de plus de 700

services individuels y compris le coût médicaments/fournitures médicales, des services publics, des réparations/de l'entretien et d'autres coûts récurrents associés à chaque service. Les services allaient d'un simple test de pH urinaire à un diagnostic par imagerie PET/CT, en passant par une opération cardiaque.

Les données de cette enquête, ainsi que les normes de consommation, ont été utilisées pour établir une grille tarifaire standard.



Le coût moyen par patient d'un type particulier peut être utile pour calculer les ajustements qui peuvent être appliqués aux taux de paiement, tels que les ajustements âge/sexe aux taux de capitation (voir l'étape 10 de la partie 3).

L'ENCADRÉ 6 décrit l'utilisation du patient comme objet de coût par l'équipe de calcul des coûts du COMPHEC Malaisie.

ÉLÉMENTS DE COÛTS

La dimension "éléments de coût" de la portée définit les coûts à inclure dans l'exercice de calcul des coûts. L'exercice de calcul des coûts doit inclure tous les coûts qui sont pertinents pour le système

de paiement ou qui peuvent le devenir au cours de la période couverte par l'exercice. Le but et la perspective de l'exercice de calcul des coûts aideront à déterminer les coûts qu'il est pertinent de mesurer. Tout coût non lié au système de paiement des prestataires sera moins pertinent pour l'exercice de calcul des coûts, mais il peut être important de l'inclure pour déterminer le coût total de la prestation de services.

La première décision concernant les éléments de coût est de savoir s'il faut inclure à la fois les coûts d'investissement et les coûts de fonctionnement. Ces catégories de coûts sont définies dans l'ENCADRÉ 7.

La plupart des pays incluent les coûts du capital et les coûts récurrents dans leurs exercices de calcul des coûts, même si les coûts du capital ne sont pas payés par le système de paiement des prestataires. L'inclusion des coûts d'investissement permet d'obtenir un profil de coûts plus complet et d'effectuer des analyses plus souples. Cependant, certains pays choisissent d'exclure les coûts du capital parce que les données peuvent être difficiles à collecter et à analyser et parce qu'ils ne seront pas un facteur dans les taux de paiement des prestataires sur l'horizon temporel couvert par l'exercice d'évaluation des coûts.

ENCADRÉ 5. Le service comme objet de coût : Calcul du coût de paiement à l'acte au Vietnam

La clinique de santé de Putrajaya (Malaisie) a lancé un exercice de calcul des coûts afin de déterminer le coût par visite pour les patients souffrant de pathologies spécifiques dans un environnement de soins qui utilise des dossiers médicaux électroniques. L'équipe a élaboré un modèle de calcul des coûts pour chaque service de la clinique, couvrant le coût du personnel, des médicaments, des produits consommables médicaux et non médicaux, ainsi que du matériel et des appareils. L'équipe a calculé le coût de

310 services distincts regroupés en 11 catégories de visites. Les coûts des services de chaque catégorie ont été additionnés pour obtenir un coût moyen par visite de patient pour chacune des 11 catégories.

Les catégories de visites incluent :

- Infection aiguë des voies respiratoires supérieures
- Examen et test de grossesse
- Examen de routine de la santé de l'enfant

- Hypertension (primaire) dite "essentielle".
- Diabète sucré non insulino-dépendant
- Examen dentaire
- Fièvre
- Caries dentaires
- Gestion des contraceptifs
- Avulsion d'ongle
- Test rapide de la dengue



TABLEAU 6. Catégories et exemples d'éléments de coûts

Catégories de coûts	Exemples d'éléments de coûts
Coût récurrent	
PERSONNEL: Le coût de tous les salaires versés au personnel permanent, contractuel et temporaire. Peut également inclure les salaires de remplacement locaux pour le travail donné, bénévole ou gratuit.	<ul style="list-style-type: none"> • Salaires • Avantages et indemnités (logement, famille, lieu de travail, risques, etc.) • Heures supplémentaires • Frais (conseil, etc.) • Incitations et primes • Impôts sur les salaires
FOURNITURES MÉDICALES/MÉDICAMENTS: Le coût de tous les médicaments et produits médicaux consommables utilisés pour les soins directs et auxiliaires (paracliniques) prodigués aux patients.	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments (produits pharmaceutiques) • Fournitures médicales/consommables • Fournitures chirurgicales/consommables • Fournitures de diagnostic/consommables • Vaccins • Oxygène et gaz médicaux • Produits sanguins
PRODUITS D'UTILISATION : Le coût des services utilitaires consommés par l'établissement.	<ul style="list-style-type: none"> • Électricité • Eau • Carburant du générateur • Chauffage • Climatisation
AUTRES COÛTS RÉCURRENTS : Le coût de tous les autres entrées récurrentes qui ne peuvent pas être classées comme personnel, médicaments/fournitures médicales, ou coûts utilitaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Frais administratifs généraux (impression, divertissements officiels, publicité, etc.) • Papeterie/fournitures de bureau • Fournitures ménagères • Autres fournitures non médicales/consommables (uniformes, linge de maison, etc.) • Carburant, huile et autres lubrifiants • Télécommunications (téléphone, Internet) • Nourriture pour les patients et le personnel • Petites réparations/entretien • Déplacements • Formation • Services externalisés • Loyers
Coût du capital	
BÂTIMENT : Total des coûts d'amortissement des bâtiments.	<ul style="list-style-type: none"> • Construction de bâtiments • Rénovation de bâtiments
ÉQUIPEMENT MÉDICAL: Total des coûts d'amortissement des actifs médicaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Matériel médical • Matériel chirurgical • Matériel de diagnostic
ÉQUIPEMENT NON MÉDICAL: Total des coûts d'amortissement des actifs non médicaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Matériel de bureau • Mobilier • Ordinateurs • Logiciels • Climatiseurs • Générateurs • Véhicules (ambulances, trucks, motorcycles)

ENCADRÉ 7. Coûts du capital vs coûts récurrents

Les coûts sont classés soit en capital, soit en coûts récurrents, en fonction de la durée de vie des entrées nécessaires à la réalisation d'une activité.

Les coûts en capital sont les coûts des actifs qui ont une durée de vie d'un an ou plus. Les bâtiments, les équipements médicaux, les ordinateurs, les climatiseurs, les véhicules et le mobilier sont des exemples des actifs en capital. Les pays établissent un plancher ou un seuil raisonnable et de bon sens, au-delà duquel un élément peut être considéré

comme un bien en capital. Par exemple, un trombone a une durée de vie supérieure à un an, mais inventorier des milliers de trombones ne serait pas raisonnable. Le coût des biens d'équipement est déterminé par l'estimation de leur dépréciation, comme expliqué dans la partie 2 de ce manuel. Le coût seuil varie selon les pays et est généralement fixé par les règles du ministère des finances. Par exemple, la Malaisie a fixé le montant plancher à 1000 ringgits malaisiens (environ 325 dollars américains).

Les coûts récurrents, aussi appelés coûts de fonctionnement, s'appliquent aux ressources qui sont consommées dans l'année ou dont la durée de vie est inférieure à un an et qui doivent être régulièrement remplacées. Les salaires, les médicaments et l'électricité sont des exemples de coûts récurrents. Tout article qui n'est pas consommé dans l'année mais dont le prix est inférieur au prix plancher est également considéré comme un élément de coût récurrent.

TABLEAU 7. Inclusion d'un élément de coût

CRITÈRES D'INCLUSION	CONSIDÉRATIONS
Horizon du temps	Inclure les éléments de coût qui seront payés par le biais du système de paiement au cours de la période couverte par la politique du pays ou au cours de la période pendant laquelle les estimations de coûts sont censées être pertinentes.
Contexte du pays	Inclure les éléments de coût en fonction de leur pertinence dans un contexte national particulier. (Par exemple, le coût des terrains, de la recherche et du développement et de la formation financée par les donateurs peut être pertinent dans certains contextes, mais pas dans d'autres).
Consultation du prestataire	Inclure les éléments de coût que les fournisseurs estiment devoir être inclus. (Par exemple, si un exercice d'évaluation des coûts se fait uniquement du point de vue de l'acheteur, les prestataires peuvent suggérer d'inclure des éléments de coûts supplémentaires qu'ils jugent pertinents).
Consultation du secteur privé	Inclure les éléments de coût qui peuvent être plus pertinents pour les prestataires privés, tels que le coût du capital ou les investissements dans les technologies de l'information. Veillez aussi à ce que les catégories budgétaires et les définitions soient comparables entre les prestataires publics et privés.
Contribution au coût	Inclure les éléments de coût qui devraient avoir un impact plus important sur le coût total.
Disponibilité des données	Inclure les éléments de coût pour lesquels les données sont facilement disponibles, accessibles et de préférence automatisées (ou déterminer si des méthodes d'extraction innovantes peuvent fournir des données pour des éléments de coût importants).
Faisabilité de mise en œuvre	Inclure les éléments de coût qui peuvent être mesurés et évalués dans les délais et les contraintes budgétaires de l'exercice de calcul des coûts.
Capacités de l'équipe	Inclure les éléments de coût que l'équipe technique est en mesure de mesurer et d'évaluer par la collecte et l'analyse de données.

La deuxième décision concernant les éléments de coût consiste à déterminer les éléments de coût à mesurer dans les catégories des coûts du capital et des coûts récurrents. Le TABLEAU 6 donne des exemples d'éléments entrant dans ces catégories.

Les équipes de calcul des coûts classent généralement les coûts en utilisant une série de catégorie budgétaire standard que les prestataires utilisent à des fins de comptabilité et de rapport. La série de catégories budgétaires du secteur public - également connue sous le nom de *classifications économiques ou de plan comptable* - est généralement déterminée par le ministère des finances pour tous les secteurs du pays. Par exemple, le MdS malaisien utilise les catégories budgétaires suivantes : Salaires, Services et fournitures, Actifs, Subventions et charges fixes, Bâtiments et Terrains. Un tableau de concordance peut s'avérer nécessaire pour mettre en correspondance les définitions des catégories budgétaires afin de s'assurer qu'elles sont comparables entre les prestataires publics et privés.

Pour calculer le coût total des services, un bon point de départ consiste à inclure tous les éléments de coût dans les différentes sources de revenus, puis à supprimer des éléments de coût le cas échéant. Toutefois, en pratique, cela peut s'avérer difficile. Le TABLEAU 7 propose quelques critères pour aider à décider quels éléments de coût inclure ou exclure.

Dans la mesure du possible, il est préférable d'inclure tous les coûts qui seront finalement couverts par le système de paiement. Certains systèmes de paiement auront un déploiement progressif dans lequel la couverture des coûts augmentera par la suite. Par exemple, un acheteur public peut être enclin à exclure les salaires des agents de santé de l'exercice de calcul des coûts parce que ce poste de coût continuera à être payé directement par le budget général au moment du lancement de l'exercice. L'acheteur peut également exclure le coût des médicaments fournis par les programmes verticaux parce qu'ils sont financés en dehors du système de paiement.

Toutefois, si l'acheteur peut devenir responsable de certains coûts salariaux par la suite ou si la durabilité des programmes verticaux est une préoccupation et que les coûts des médicaments peuvent finalement être inclus dans le système de paiement, la saisie des coûts salariaux et des coûts des médicaments donnés dès le départ peut être importante pour l'analyse des tendances en vue d'établir les futurs taux de paiement.

Les éléments de coût doivent être répartis entre les catégories de services hospitaliers, de consultations externes et d'autres services. Les hôpitaux et les centres de santé produisent des unités de service qui ne sont pas comparables (comme les jours-lits et les consultations externes), de sorte que les coûts totaux de l'établissement doivent être séparés en portions pour les patients hospitalisés, les patients externes et les autres services afin d'allouer les coûts. Voir l'étape 9 de la partie 2 de ce manuel pour une description des difficultés liées à l'analyse des coûts globaux, ainsi que pour des solutions potentielles à mettre en place au cours de la phase d'analyse.

La séparation de ces coûts dès le départ facilite le processus de calcul des coûts.

Le TABLEAU 8 explique les exclusions d'éléments de coût de certains exemples de cas.

RÉSUMÉ DE LA PORTÉE

L'équipe de calcul des coûts peut juger utile de documenter les inclusions et les exclusions dans chaque élément de la portée afin de guider ses discussions. Le TABLEAU 9 peut servir de modèle pour documenter les décisions relatives à la portée.

Les TABLEAUX 10 ET 11 expliquent les décisions relatives à la portée prises par les équipes de calcul des coûts de l'hôpital PHFI et de l'Établissement de Santé d'Indonésie, respectivement.

TABLEAU 9. Modèle d'inclusion et d'exclusion de la portée

ÉLÉMENT DE PORTÉE	INCLUSIONS	EXCLUSIONS	MOTIF
PERSPECTIVE <ul style="list-style-type: none"> Acheteur Prestataire Patient Société 			
TYPE DE PRESTATAIRE <ul style="list-style-type: none"> Propriétaire : <ul style="list-style-type: none"> Gouvernement central, Public corporatisé, Privé à but non lucratif, Privé subventionné, Privé à but lucratif Type d'établissement: <ul style="list-style-type: none"> Clinique, hôpital, établissement spécialisé Niveau de service: <ul style="list-style-type: none"> Primaire, secondaire, tertiaire Taille: <ul style="list-style-type: none"> Nombre de lits (hôpital), personnel (clinique), charge de travail (clinique) 			
OBJETS DE COÛT <ul style="list-style-type: none"> Organisation Département/spécialité Service Patient 			
ÉLÉMENTS DE COÛTS <ul style="list-style-type: none"> Coûts récurrents: <ul style="list-style-type: none"> Personnel, médicaments/fournitures médicales, utilités, autres coûts récurrents. Coût du capital: <ul style="list-style-type: none"> Bâtiment, équipement médical, équipement non médical. 			

TABLEAU 8. Exclusions des éléments de coût

EXEMPLE DE CAS	EXCLUSIONS D'ÉLÉMENTS DE COÛT	MOTIF DE L'EXCLUSION
Hôpital Aarogyasri	<ul style="list-style-type: none"> Terrain 	<ul style="list-style-type: none"> Les règles financières indiennes stipulent que le coût des terrains s'apprécie toujours, de sorte que le coût du terrain a été exclu.
Casemix Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Terrain Amortissement des bâtiments (pour les deux premiers exercices de calcul des coûts; inclus pour le troisième exercice) Programme vertical médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> Ces coûts étaient difficiles à déterminer pour les hôpitaux publics.
DRG des Républiques d'Asie centrale	<ul style="list-style-type: none"> Amortissement des bâtiments et du matériel 	<ul style="list-style-type: none"> Ces coûts ont été financés par différentes sources et il n'était pas prévu qu'ils soient couverts par le système de paiement.
Hôpital PHFI	<ul style="list-style-type: none"> Objets donnés et inventaire 	<ul style="list-style-type: none"> Les données n'étaient pas disponibles car la plupart des hôpitaux ne tenaient pas ces registres.
Soins Primaires au Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> Terrains Capital périmé Articles donnés Formation à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> Les données n'étaient pas disponibles et, dans le cas des terrains, les prestataires appartenaient à l'État et n'avaient donc pas besoin d'acheter des terrains.

TABLEAU 10. Inclusions et exclusions de la portée : Hôpital IFSP

	INCLUSIONS DANS LA PORTÉE			EXCLUSIONS DE LA PORTÉE		MOTIFS ET RÉFLEXIONS
Perspective	<ul style="list-style-type: none"> Prestataire 					<ul style="list-style-type: none"> Acheteur Patient Organisation <p>Nous avons choisi la perspective des prestataires pour aider les administrateurs d'hôpitaux à comprendre leurs dépenses de fonctionnement et le coût unitaire des services de santé de base fournis. Cette perspective était importante car les prestataires, qu'ils soient publics ou privés, n'étaient généralement pas conscients de leurs coûts.</p>
Type de prestataire	STATUT DE PROPRIÉTÉ: <ul style="list-style-type: none"> Public - gouvernement Privé - sans but lucratif Privé - à but lucratif 	TYPE D'ETABLISSEMENT: <ul style="list-style-type: none"> Hôpital NIVEAU DE SERVICE: <ul style="list-style-type: none"> Secondaire Tertiaire 	TAILLE: <ul style="list-style-type: none"> Hôpital de 57 lits Hôpital de 200 lits Hôpital de 400 lits Hôpital de 655 lits Hôpital de 778 lits 			<p>Nous avons sélectionné cinq types d'hôpitaux afin d'inclure au moins un hôpital de chaque catégorie de propriété et de niveau de service. En ce qui concerne la taille de l'échantillon, nous avons dû nous limiter à ces cinq hôpitaux en raison de contraintes de temps et de budget. Compte tenu de la taille et de la diversité du pays et des variations entre les hôpitaux et les budgets, il était difficile d'obtenir un échantillon représentatif.</p> <p>Le coût unitaire des services de santé dans un hôpital secondaire n'est pas comparable à celui d'un hôpital tertiaire, car les deux types d'établissements accueillent des types de patients différents. De même, les hôpitaux privés ne sont pas comparables aux hôpitaux publics de taille et de taux d'occupation des lits similaires dans quatre zones géographiques. Nous aurions alors pu déterminer des coûts unitaires plus représentatifs des hôpitaux secondaires publics du pays. Des études similaires pourraient être réalisées pour les hôpitaux privés et/ou les hôpitaux tertiaires.</p>
Objets de coût	DÉPARTEMENTS: <ul style="list-style-type: none"> Administration générale Comptabilité/secrétariat Blanchisserie Administration des soins infirmiers Transport Lab – Microbiologie Lab. – Biochimie Lab. – Pathologie Stérilisation centrale 	<ul style="list-style-type: none"> Bloc opératoire IPD – Médecine IPD – Chirurgie IPD – Ophtalmologie IPD – Orthopédie OPD – Médecine/ Cardiologie OPD – Chirurgie OPD – Ophtalmologie OPD – Orthopédie Urgences USI 	SERVICES: <ul style="list-style-type: none"> Les interventions chirurgicales les plus fréquentes (césarienne par voie basse, hystérectomie, cure d'hernie, appendicectomie) 			<p>Nous avons essayé d'estimer le coût de différents types d'interventions chirurgicales dans les hôpitaux sélectionnés. Nous avons choisi plusieurs des procédures les plus fréquemment pratiquées et n'avons calculé que le coût de la procédure. En raison de contraintes de temps et de budget, nous n'avons pas été en mesure d'évaluer le coût d'autres procédures ou de calculer les coûts pré- et post-chirurgicaux.</p>
Éléments de coût	COÛTS RÉCURRENTS <ul style="list-style-type: none"> Personnel Médicaments/fournitures médicales Services utilitaires Autres dépenses récurrentes 	COÛT EN CAPITAL: <ul style="list-style-type: none"> Bâtiment Équipement médical Équipement non médical 			COÛTS RÉCURRENTS: <ul style="list-style-type: none"> Aucun COÛTS DU CAPITAL: <ul style="list-style-type: none"> Articles donnés et inventaire 	<p>Les données sur la valeur des stocks et des articles donnés n'étaient pas disponibles car la plupart des hôpitaux ne tenaient pas ces registres.</p>

TABEAU 11. Inclusions et exclusions de la portée : Établissement de Santé d'Indonésie

	INCLUSIONS DANS LA PORTÉE	EXCLUSIONS DE LA PORTÉE	MOTIF ET RÉFLEXIONS
Perspective	<ul style="list-style-type: none"> • Prestataire • Patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Acheteur • Société 	<p>Le MdS souhaitait connaître le coût de production des services dans les centres de santé et les hôpitaux afin d'informer les allocations budgétaires dans les établissements publics et de fixer les frais/tarifs des utilisateurs. Il est communément admis que la compagnie d'assurance paie moins que le coût de production, ce qui peut mettre en péril la qualité des services.</p> <p>Nous avons mené une enquête auprès des patients afin de mieux comprendre combien ils dépensaient dans les établissements de santé et en dehors pour des produits tels que les médicaments, et s'ils effectuaient des paiements non officiels directement au personnel de santé.</p>
Type de prestataire	<p>STATUT DE PROPRIÉTÉ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Public - gouvernement • Privé - sans but lucratif • Privé - à but lucratif <p>TYPE D'ÉTABLISSEMENT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinique • Hôpital <p>NIVEAU DE SERVICE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaire • Secondaire • Tertiaire <p>Taille:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux >50 lits 	<p>STATUT DE PROPRIÉTÉ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établissements privés de soins primaires exclus (cliniques et cabinets individuels) <p>TYPE D'ÉTABLISSEMENT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établissements spécialisés exclus 	<p>L'exercice de calcul des coûts a été réalisé dans 15 provinces, 30 districts, 234 centres de santé publiques, 119 hôpitaux publics et 81 hôpitaux privés (à but lucratif et non lucratif). Les cliniques privées de soins primaires et les cabinets individuels ont été exclus car il n'y avait pas de base de référence pour l'échantillonnage.</p>
Objets de coût	<p>SOINS PRIMAIRES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation clinique générale • Consultation de santé maternelle et infantile • Consultation dentaire • Hospitalisation <p>HOSPITAL CARE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation externe • Consultation d'urgence • Admission • Journée d'hospitalisation • Coût par sortie pour un diagnostic spécifique <p>Coût moyen pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacie - Laboratoire - Radiologie - USI - Salle d'opération 		<p>DÉPARTEMENTS:</p> <p>Aucun (a suivi la structure organisationnelle de l'établissement de santé)</p> <p>Les données recueillies nous ont permis de calculer le coût unitaire du service. Nous avons calculé le coût par consultation externe et par séjour hospitalier.</p> <p>Nous nous sommes focalisés sur les 13 admissions les plus courantes dans les hôpitaux, d'après les statistiques nationales. Parmi ces admissions, 6 étaient des conditions médicales (conditions qui ne nécessitaient pas d'intervention chirurgicale) et 7 étaient des conditions qui nécessitaient une intervention chirurgicale. Les premières étaient la diarrhée, la dengue, l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance cardiaque, la cardiopathie ischémique et la gastrite. Les conditions chirurgicales comprenaient l'appendicite, l'hernie inguinale, l'urolithiase, la fracture du fémur, la césarienne, la cataracte et le cancer du sein.</p>
Éléments de coût	<p>COÛTS RÉCURRENTS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel • Médicaments/fournitures médicales • Services utilitaires • Autres coûts récurrents <p>COÛTS DU CAPITAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bâtiment • Équipement médical • Équipement non médical 		<p>COÛTS RÉCURRENTS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun <p>COÛTS DU CAPITALS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terrain <p>Nous avons recueilli des informations sur les terrains, mais comme l'impact sur le calcul des coûts était faible, nous n'avons pas inclus les coûts des terrains dans le calcul des coûts unitaires.</p> <p>Nous avons établi une liste standard d'équipements médicaux et non médicaux dans notre instrument de collecte de données. Comme référence, nous avons utilisé les estimations de la durée de vie utile des équipements médicaux de l'Association Américaine des Hôpitaux). Nous avons eu des difficultés à déterminer le prix payé et l'année d'achat, c'est pourquoi nous avons établi des prix standard pour l'équipement. Si nous ne pouvions pas déterminer l'année d'achat, nous avons utilisé le prix actuel pour calculer la dépréciation.</p>

VÉRIFICATION

LEÇONS TIRÉES

ÉTAPE 2 : DÉFINIR LA PORTÉE

- ✓ **DÉTERMINER** la portée de l'exercice de calcul des coûts - la perspective, les types de prestataires, les objets de coûts et les éléments de coûts.
- ✓ **S'ASSURER** que les éléments de la portée sont appropriés pour le système de paiement des prestataires sélectionnés, les objectifs de l'exercice de calcul des coûts et la durée de l'exercice de calcul des coûts.

“DANS LA MESURE DU POSSIBLE, IL EST PRÉFÉRABLE D'INCLURE TOUS LES COÛTS QUI SERONT FINALEMENT COUVERTS PAR LE SYSTÈME DE PAIEMENT.”

“L'exercice de calcul des coûts doit inclure tous les prestataires et les coûts qui sont pertinents pour le système de paiement en cours d'élaboration ou qui pourraient le devenir dans un horizon temporel couvert par...”

RESSOURCES

Finkler, Steven A., David M. Ward, and Judith J. Baker. *Principes essentiels de la comptabilité analytique pour les organisations de soins de santé*. 3e éd. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2007.

Mogyorosi, Zsolt, and Peter Smith. “Les principales questions méthodologiques dans le calcul des coûts des services de soins de santé : Une revue de la littérature.” Document de recherche CHE 7. York, Royaume-Uni : University of York Centre for Health Economics, 2005.

ÉTAPE 3.

CHOISIR LA MÉTHODOLOGIE DE CALCUL

Outre la portée, un exercice de calcul des coûts comporte trois autres éléments principaux : l'orientation, la période de données et la méthode de calcul des coûts.

ORIENTATION RÉTROSPECTIVE OU PROSPECTIVE

Un exercice de calcul des coûts peut avoir une orientation rétrospective ou prospective. Dans un exercice de calcul des coûts rétrospectif, les ressources ont déjà été utilisées et l'objectif est de regarder en arrière pour estimer leurs coûts. Dans un exercice de calcul des coûts prospectif, les ressources n'ont pas encore été utilisées et l'objectif est de mesurer ces coûts au fur et à mesure qu'ils se produisent au cours d'une période définie.

Les deux orientations diffèrent également en ce qui concerne les besoins en matière de collecte de données. Dans un exercice rétrospectif, les données relatives à l'utilisation et aux dépenses ont déjà été générées et éventuellement collectées. Dans un exercice prospectif, les données n'ont pas encore été générées et doivent être collectées ultérieurement, généralement par le biais de méthodes de collecte de données primaires.

Une orientation rétrospective est généralement plus facile à mettre en œuvre parce que les données existent déjà, mais des lacunes dans la disponibilité, la qualité et la transparence des données peuvent affecter la précision et la fiabilité des résultats de l'exercice de calcul des coûts.

Une orientation prospective permet davantage le contrôle et la flexibilité en ce qui concerne la mesure de l'utilisation des ressources, mais les exigences relatives à la mise en œuvre peuvent être plus contraignantes, de sorte que la portée et la taille de l'échantillon sont généralement plus faibles.

PÉRIODE DE DONNÉES

Un exercice de calcul des coûts peut être basé sur les données d'une semaine, d'un mois, d'un trimestre ou d'une année. Le choix d'une orientation rétrospective ou prospective contribuera à déterminer la période des données. Parmi d'autres facteurs importants figurent les cycles de décaissement et de déclaration des sources de financement et la structure des données relatives à l'utilisation et aux dépenses. Les équipes de calcul des coûts doivent également se demander si la période de données choisie reflète les technologies médicales, les pratiques cliniques et les schémas d'utilisation actuels.

Pour un exercice de calcul des coûts rétrospectif, une année est généralement la période de données idéale. Une période de données d'un an permet de saisir un cycle budgétaire complet et d'égaliser les fluctuations saisonnières.

Le choix de l'année civile ou de l'année fiscale doit être basé sur le contexte budgétaire et comptable du pays. Il n'est pas conseillé de choisir une période de données qui s'étend sur plusieurs années civiles ou fiscales, car un horizon temporel plus long augmente le risque de changements réglementaires importants, de modifications des exigences liées à la déclaration et de changements dans les pratiques cliniques. Si la période de données s'étend sur plus d'un an, les coûts doivent être actualisés et exprimés en valeur courante.

Pour un exercice de calcul des coûts prospectif, la période de données est souvent inférieure à un an pour des raisons de faisabilité. La collecte de données prospectives demande plus de temps et de ressources que l'utilisation de données historiques, de sorte qu'une période plus courte est généralement plus réalisable. Toutefois, les changements dans les schémas d'utilisation dus aux variations saisonnières doivent être pris en considération.

Le TABLEAU 12 présente les orientations et les périodes de données utilisées pour les exemples de cas.

TABLEAU 12. Orientation et période de données

EXEMPLE DE CAS	ORIENTATION/RAISON	PÉRIODE DE DONNÉES
<i>Hôpital Aarogyasri</i>	<ul style="list-style-type: none"> Orientation rétrospective en raison de contraintes de temps dues à la pression exercée par les hôpitaux pour augmenter les prix 	<ul style="list-style-type: none"> 6 mois pour un hôpital ; 1 année civile pour trois hôpitaux
<i>Établissement de Santé d'Indonésie</i>	<ul style="list-style-type: none"> Orientation rétrospective pendant 3 mois Orientation prospective pendant 9 mois pour permettre aux établissements d'améliorer leurs rapports financiers et de mieux saisir les informations nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 mois rétrospectifs et 9 mois prospectifs
<i>DRG des Républiques d'Asie centrale</i>	<ul style="list-style-type: none"> Orientation rétrospective afin que l'équipe de recherche puisse utiliser les dépenses historiques réelles pour l'analyse 	<ul style="list-style-type: none"> 1 année civile pour éviter les fluctuations saisonnières et couvrir l'ensemble de la période
<i>COMPHEC Malaisie</i>	<ul style="list-style-type: none"> Orientation prospective pour l'étude des mouvements de temps afin de documenter le temps de travail du personnel et l'équipement utilisé Orientation rétrospective des coûts récurrents et des coûts du capital 	<ul style="list-style-type: none"> 1 année fiscale
<i>DRG de Malaisie</i>	<ul style="list-style-type: none"> Orientation rétrospective parce que la plupart des données requises étaient déjà disponibles et que les techniques de collecte de données primaires n'ont pas été utilisées. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 année fiscale
<i>Hôpital PHFI</i>	<ul style="list-style-type: none"> Orientation rétrospective en raison de contraintes de temps et de budget 	<ul style="list-style-type: none"> 1 année fiscale pour éviter les variations saisonnières
<i>Soins Primaires du Vietnam</i>	<ul style="list-style-type: none"> Orientation rétrospective pour économiser les ressources 	<ul style="list-style-type: none"> 1 année civile pour tenir compte des coûts périodiques et ponctuels (primes de personnel) et des variations saisonnières dans les schémas pathologiques.

MÉTHODOLOGIE DE CALCUL DES COÛTS

Les domaines de la comptabilité et de l'économie offrent de nombreuses méthodologies de mesure et d'évaluation des ressources pour le calcul du coût des services de santé. Il s'agit notamment du calcul des coûts par activité, du calcul des coûts moyens, de l'analyse coûts-avantages, de l'analyse coût-efficacité, du calcul des coûts nominaux, du calcul des coûts standard, etc. Il peut être difficile de décider de la méthodologie à utiliser.

Aucune méthodologie n'est idéale pour chaque contexte national ou perspective d'analyse des coûts, mais certaines approches sont mieux adaptées à certains objectifs. Les méthodes de calcul des coûts, comme leur nom l'indique, utilisent des principes comptables pour classer et mesurer tous les coûts encourus dans l'exercice d'une activité. Les méthodes économiques, quant à elles, se concentrent souvent sur l'analyse statistique des coûts marginaux pour

comprendre l'évolution des coûts à la suite d'un changement d'activité.

Pour le paiement des prestataires, les méthodes de calcul des coûts sont préférables. La prise de décision en matière de paiement par le prestataire repose généralement sur des informations relatives au coût total ou moyen, résultat d'analyses utilisant des méthodes de calcul des coûts.

Deux méthodes de comptabilité analytique sont le plus souvent utilisées pour fournir des résultats en matière de coûts en vue de la fixation des taux de paiement des prestataires : la méthode descendante et la méthode ascendante. En fin de compte, le choix entre la méthode descendante, la méthode ascendante ou une combinaison des deux dépend de l'objectif de paiement du prestataire, de la portée de l'exercice de calcul des coûts et des objets de coûts sélectionnés. La précision souhaitée des résultats des coûts et la faisabilité de l'obtention de ces résultats sont également des facteurs à prendre en considération.

La principale différence entre les deux méthodes est que l'approche ascendante repose sur un calcul détaillé des coûts au niveau du service ou du patient, tandis que l'approche descendante repose sur un calcul des coûts moyens. Le calcul des coûts ascendants documente les ressources spécifiques utilisées pour fournir un service étroitement défini ou pour traiter un type de patient. Cette méthode calcule un coût total par service ou par patient puis, grâce à des mesures répétées des coûts, construit un coût moyen pour le service ou le type de patient. L'approche descendante, quant à elle, documente d'abord le coût total de l'établissement, puis répartit le coût total entre les services et enfin entre les patients sortis en divisant les coûts totaux

des services par le nombre de patients sortis.

L'une ou l'autre méthode peut être employée pour un exercice de calcul des coûts rétrospectif ou prospectif. Les exercices descendants sont généralement rétrospectifs par nature, car ils s'appuient principalement sur des données globales d'utilisation des ressources provenant de comptes, d'états financiers et de rapports de gestion. Les exercices ascendants sont soit rétrospectifs, soit prospectifs. Un exemple d'exercice rétrospectif de calcul des coûts ascendants est celui qui mesure l'utilisation des ressources soit par le biais d'une enquête sur les coûts de l'établissement, soit par la collecte de données déjà enregistrées dans les dossiers médicaux et les systèmes de facturation. Un exemple d'exercice prospectif de calcul des coûts ascendants est celui qui mesure l'utilisation des ressources à l'aide de données recueillies lors de l'examen des dossiers médicaux ou de l'observation directe pendant une période spécifique au cours de l'exercice de calcul des coûts (connu sous le nom d'étude "temps-mouvement").

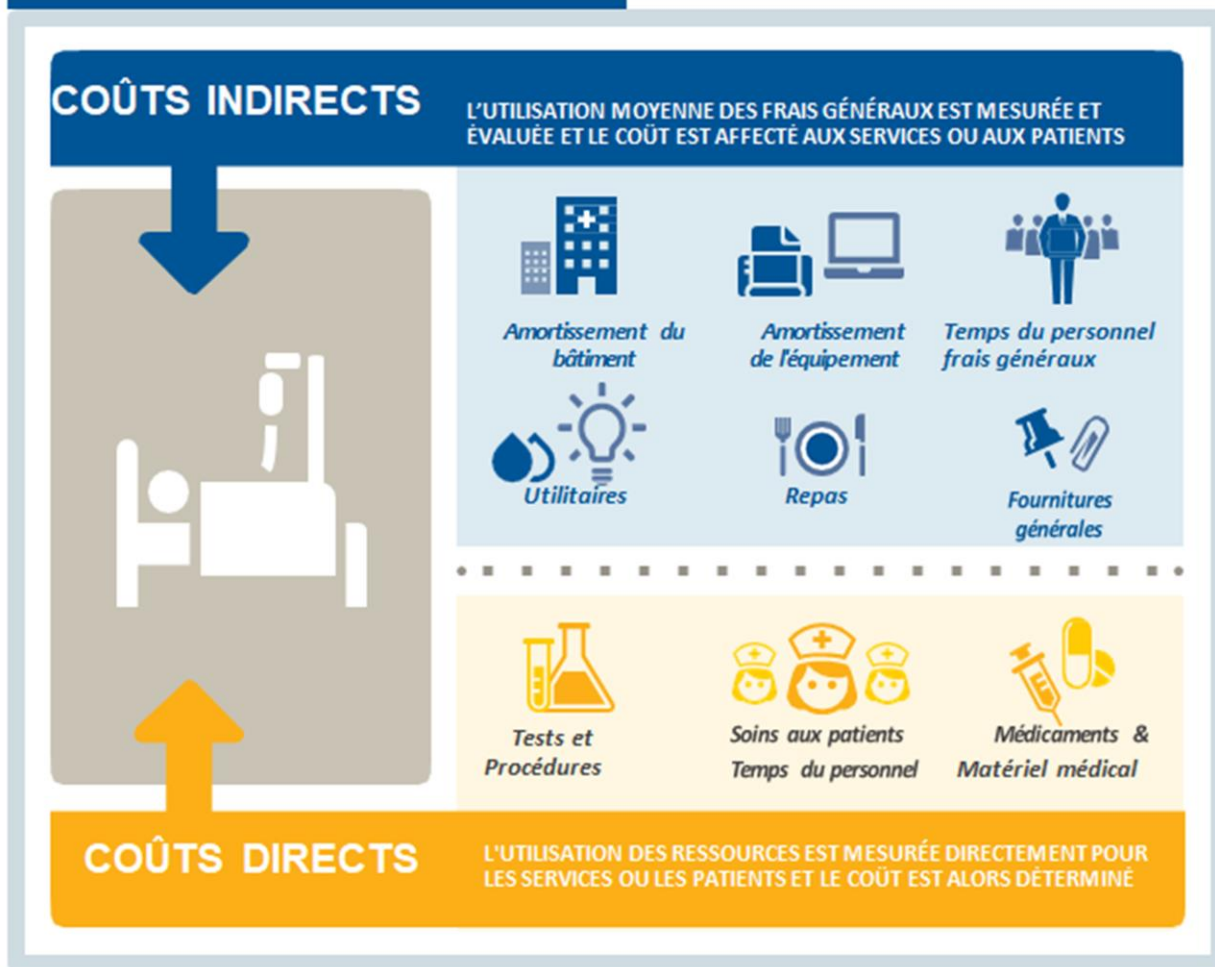
Le TABLEAU 13 explique en quoi ces deux approches sont typiquement différentes.

La technique utilisée pour répartir les frais généraux peut différer selon que la répartition se fait au niveau du département (approche descendante) ou au niveau du service de santé (approche ascendante). Dans le premier cas, les frais généraux sont répartis entre les départements sur la base de l'utilisation estimée des frais généraux par chaque département. Pour les seconds, différentes techniques d'allocation sont utilisées, notamment l'allocation pondérée des services, l'allocation des jour-lit et l'allocation de la marge bénéficiaire (énumérées dans l'ordre de la plus précise à la moins précise et de la moins à la plus réalisable). L'allocation de jour-lit est utilisée le plus souvent dans les pays à revenu faible et moyen. Les coûts indirects sont répartis uniformément entre toutes les journées-lits, quels que soient les services de santé fournis. Le coût indirect total est divisé par le nombre total de jour-lit pour obtenir un coût indirect moyen par jour-lit, puis multiplié par la durée moyenne de séjour pour un service particulier ou le nombre de jour-lit pour un patient afin d'obtenir les frais généraux alloués. Cette technique n'est pas applicable aux consultations externes ou à d'autres services.

TABLEAU 13. Approches ascendante et descendante du calcul des coûts

CATÉGORIE DE COUT	APPROCHE ASCENDANTE	APPROCHE DESCENDANTE
<i>Personnel (par ex. temps de travail)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Le temps consacré par le personnel aux différents services ou patients est directement mesuré Le coût du temps du personnel est déterminé pour les services ou les patients. 	<ul style="list-style-type: none"> Le temps du personnel est mesuré au niveau de l'établissement ou du service (par ex. l'effectif ou l'équivalent à temps plein), et un coût total est calculé. Le coût moyen par sortie, par jour-lit ou par consultation est calculé.
<i>Matériel (par ex. médicaments/fournitures médicales, fournitures générales)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Les matériaux utilisés par les différents services ou les patients sont directement évalués. Le coût des matériaux utilisés par les services ou les patients est déterminé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les matériaux utilisés par les établissements ou les départements sont évalués et un coût total est calculé. Le coût moyen par sortie, par jour-lit, ou par consultation est calculé.
<i>Frais généraux (par ex. temps du personnel administratif, services utilitaires)</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation des frais généraux pour des services ou des patients individuels est généralement estimée à l'aide d'une répartition pondérée des services, d'une répartition des jours-lits ou d'une répartition de la marge marginale. 	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation moyenne des frais généraux pour l'établissement ou le service est mesurée et évaluée, et le coût associé est attribué aux sorties, aux jours-lits ou aux consultations.

FIGURE 1. Calcul des coûts ascendants



(Les détails de ces techniques de répartition des frais généraux dépassent le cadre de ce manuel et peuvent être trouvés dans d'autres ressources ; les méthodes d'allocation descendante sont expliquées plus en détail dans l'annexe).

La FIGURE 1 présente les éléments clés du coût et leur affectation directe ou indirecte aux services/patients dans le cadre d'une approche ascendante. La FIGURE 2 illustre la séquence de l'affectation des coûts directs et l'affectation des coûts indirects aux départements dans le cadre d'une approche descendante.

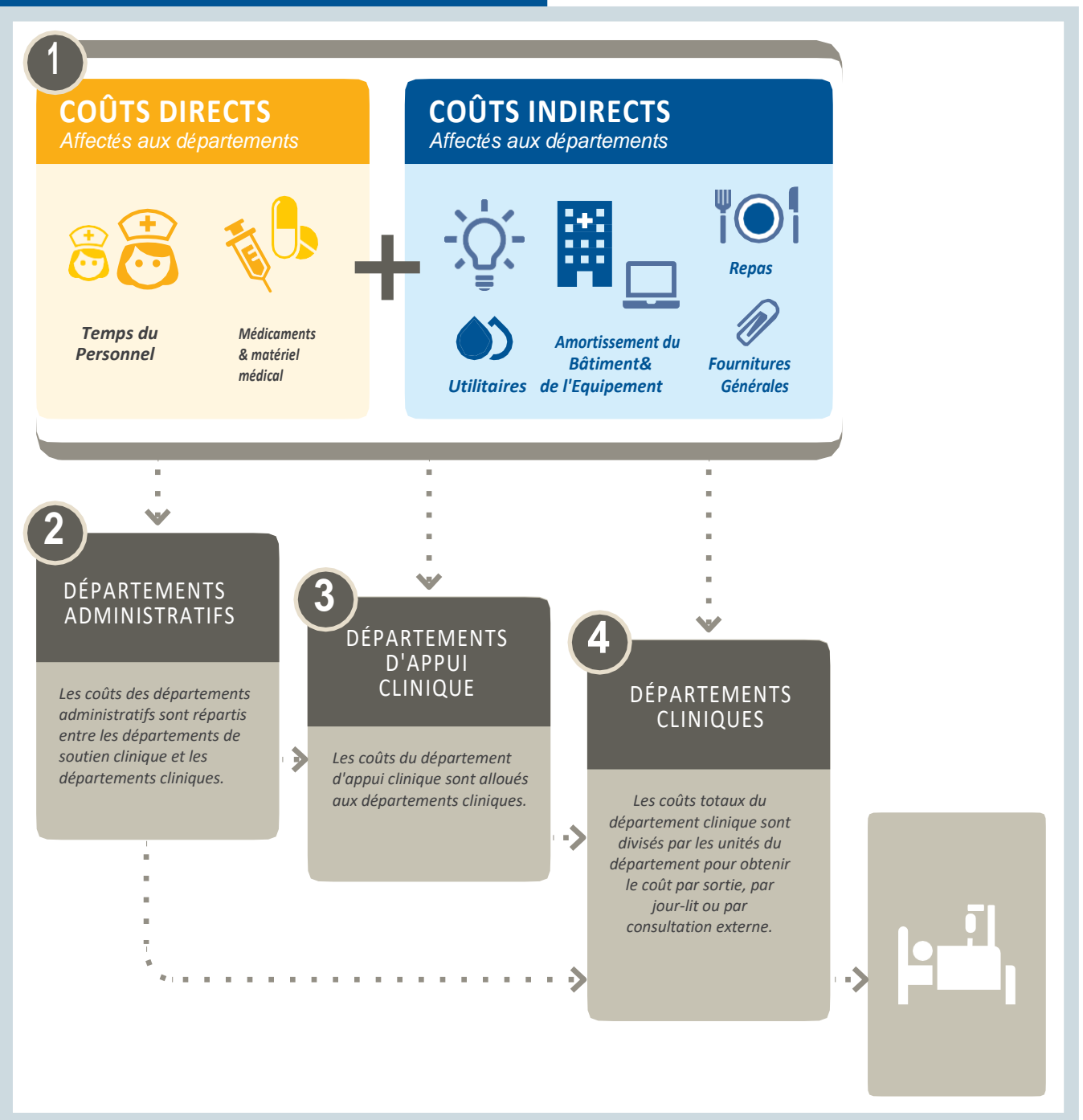
APPROCHE ASCENDANTE

L'approche ascendante - également connu sous le nom de *micro-coût* ou *coût détaillé* - vise à déterminer aussi précisément que possible le coût observé

d'un service de santé ou d'un patient en mesurant directement l'utilisation des ressources. Les estimations des coûts unitaires sont établies à partir du niveau du service ou du patient individuel, puis le coût moyen d'un service ou d'un groupe de patients particulier est calculé. Cette approche est dite « ascendante » parce qu'elle mesure la quantité réelle de ressources consommées par le service/patient, attribue une valeur à chacune de ces ressources et additionne ensuite les coûts unitaires pour calculer le coût total du service/patient. La mesure des ressources au niveau du service/patient nécessite souvent la collecte de données primaires (par ex. au moyen de questionnaires, d'examens des dossiers médicaux, d'observations directes et/ou d'entretiens avec des experts).

L'exemple simplifié de la FIGURE 3 illustre l'utilisation de l'approche ascendante pour estimer le coût du traitement d'une patiente admise dans un service d'obstétrique et de gynécologie. Il s'agit de documenter le temps passé à traiter le patient, ainsi que tous les tests effectués, les médicaments et les produits médicaux utilisés. La valeur de chacune de ces ressources (temps du personnel, examens, médicaments, fournitures) est identifiée et multipliée par le volume des ressources pour calculer le coût total des ressources directement consommées par le patient. Les frais généraux sont ensuite estimés ou attribués au patient, généralement à l'aide de l'une des approches mentionnées précédemment (allocation pondérée des services, allocation par jour-lit ou allocation par marge marginale).

FIGURE 2. Calcul des coûts descendant



Le résultat est une estimation du coût total du traitement du patient en gynécologie-obstétrique. La mesure des coûts peut être répétée pour une série de patients en gynécologie-obstétrique afin de construire un coût moyen par patient en gynécologie-obstétrique. Le coût moyen peut être utilisé pour estimer les coûts totaux de l'établissement pour traiter les patients en gynécologie-obstétrique en multipliant le coût unitaire moyen par le volume de patients.

L'ENCADRÉ 8 à la fin de la section sur l'étape 3, décrit le calcul des coûts normatifs, une approche ascendante qui peut être utile dans certaines circonstances, mais qui n'est généralement pas recommandée pour le calcul des coûts.

APPROCHE DESCENDANTE

L'approche descendante - également connue sous le nom de *macro-coût*, *coût brut* ou *coût moyen* - commence par documenter le coût total des ressources consommées par un établissement de santé.

Ce coût total est ensuite réparti vers le bas, d'abord entre les départements de l'établissement, puis entre les services et les patients au sein de ces départements. L'analyse des coûts s'appuie sur des données régulièrement collectées à des fins de comptabilité et de gestion. Dans ce processus, les coûts sont soit directement affectés, soit répartis proportionnellement entre les services en fonction de leur consommation de ressources.

Les coûts totaux des services sont ensuite divisés par le volume de services dans ces services pour estimer les coûts unitaires. Le résultat est le coût moyen des ressources utilisées pour fournir des services ou traiter les patients dans le département. Les coûts unitaires des patients sont présentés sous la forme d'un coût moyen par sortie, par jour-lit ou par consultation externe. Les coûts unitaires des services sont présentés sous la forme d'un coût moyen par test, examen, intervention chirurgicale, procédure, etc.

En reprenant le même exemple de service d'obstétrique et de gynécologie, la FIGURE 4 utilise l'approche descendante pour calculer le coût total du service d'obstétrique et de gynécologie. Le coût total comprend les coûts directs des salaires et traitements du personnel du service et des matériaux utilisés dans le service, tels que les médicaments et les fournitures médicales.

Le coût total comprend également les coûts indirects, tels que l'amortissement de l'équipement, les salaires et les traitements du personnel administratif, et les coûts alloués par d'autres départements qui fournissent des services de soutien à l'OB/ GYN (par ex. la blanchisserie, la salle d'opération, l'hôpital, etc. Pour obtenir un coût unitaire (coût par sortie, par jour-lit ou par visite), le coût total du service est divisé par le nombre total d'unités.

FIGURE 3. Exemple de calcul ascendant des coûts

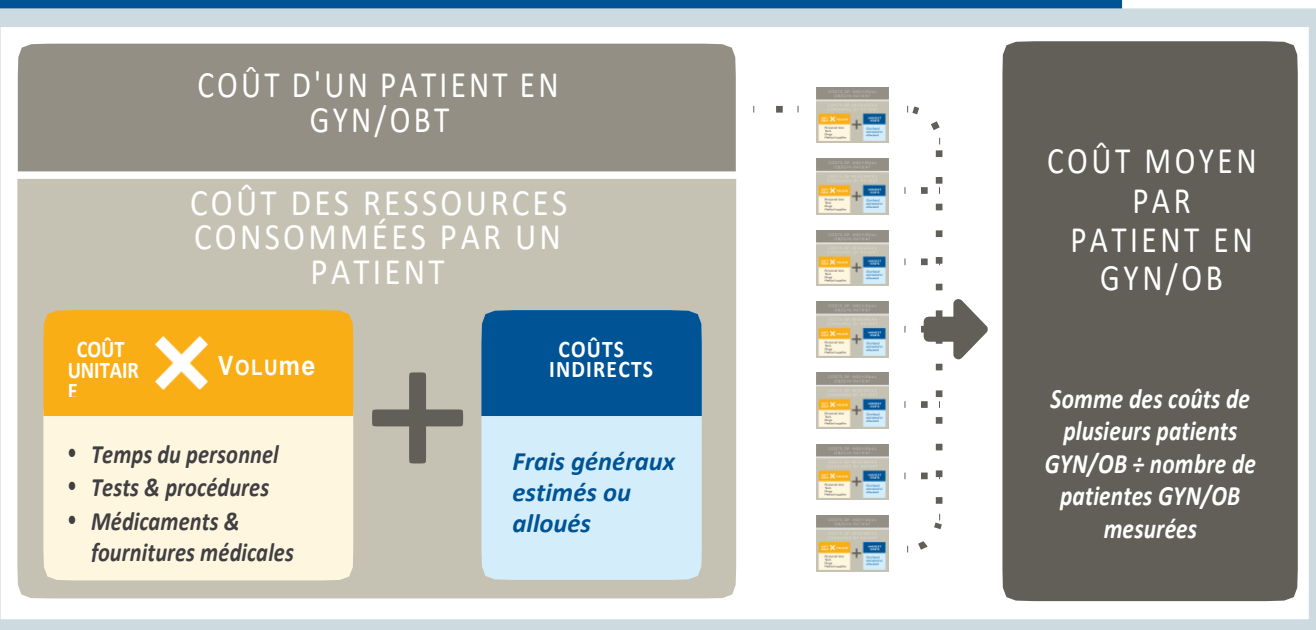
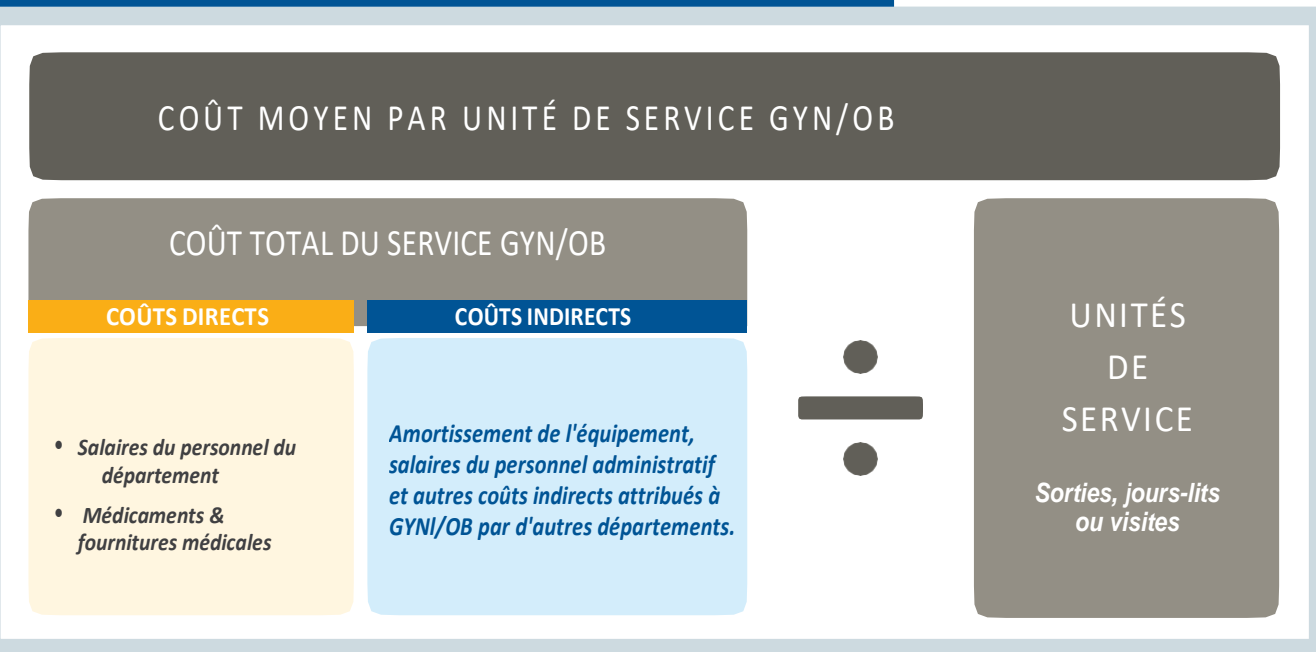


FIGURE 4. Exemple de calcul descendant des coûts



La méthode de calcul des coûts appropriée dépend du contexte et des objectifs. En choisissant une approche, les décideurs et les analystes doivent peser les avantages et les inconvénients de chaque méthode en fonction du contexte du pays et du système de paiement des prestataires. En raison des compromis inhérents, une combinaison des deux méthodes peut être souhaitable. L'approche peut également évoluer au fur et à mesure que le système de paiement mûrit. Par exemple, les républiques d'Asie centrale ont utilisé l'approche descendante au début de la mise en œuvre de leurs systèmes de paiement par cas parce que les données étaient disponibles et que la méthode était appropriée pour le développement du système initial fondé sur les départements et du système ultérieur fondé sur les diagnostics. Ils ont ensuite ajouté un degré de calcul des coûts ascendant pour étendre et

affiner les groupes de cas liés au diagnostic (DRG) lorsqu'il s'est avéré nécessaire de couvrir certains des cas les plus coûteux traités dans les hôpitaux tertiaires.

Le TABLEAU 14 énumère les critères à prendre en compte lors de la sélection d'une méthodologie de calcul des coûts (ou d'une combinaison des deux méthodologies).

COMPROMIS DANS LA MÉTHODOLOGIE DE CALCUL DES COÛTS

Chaque décision relative à la conception de l'exercice de calcul des coûts implique en fin de compte un compromis entre la précision perçue des résultats du coût unitaire et la faisabilité opérationnelle et le coût de l'obtention des résultats. La finalité de l'utilisation des résultats du coût unitaire peut aider à déterminer si des informations plus

précises sur les coûts valent la peine d'être obtenues à un coût plus élevé. En général, la méthode recommandée est celle qui fournit des données adéquates sur les coûts en utilisant les moyens les moins coûteux.

Les compromis typiques entre la précision perçue et la faisabilité pour le calcul des coûts ascendant et descendant sont les suivants :

- L'approche ascendante est parfois perçue comme générant des estimations de coûts plus précises, mais elle est plus complexe, plus longue et plus coûteuse à mettre en œuvre.
- L'approche descendante est parfois perçue comme générant des estimations de coûts moins précises mais adéquates, mais elle est plus facile, moins longue et moins coûteuse à mettre en œuvre.

TABLEAU 14. Critères de choix de la méthodologie

Compatibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la méthode la plus appropriée pour la méthode de paiement en cours d'élaboration ? Quelle méthode permettra d'obtenir des résultats pour l'unité de paiement prévue (par ex. service, sortie, diagnostic) ?
Inclusivité	<ul style="list-style-type: none"> • Le système de paiement inclura-t-il tous les cas ou un sous-ensemble de cas ? • Quelle méthode permettra d'obtenir un meilleur calcul du coût de ces cas ?
Faisabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les contraintes de temps et de ressources qui pèsent sur l'exercice de calcul des coûts ? • Quelle est la capacité de l'équipe chargée du calcul des coûts ?
Relativité	<ul style="list-style-type: none"> • Les coûts relatifs au sein des départements ou entre les départements sont-ils plus importants ? • Quelle méthode permet d'obtenir une meilleure estimation des coûts relatifs souhaités ?
Variabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la variabilité des éléments de coût à mesurer au sein des départements ? • Est-il important de tenir compte de cette variabilité pour le paiement des prestataires ?
Flexibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle méthode offrira le plus de flexibilité pour une utilisation future dans la politique de paiement des prestataires ? (Il s'agit d'une considération importante pour les pays qui n'ont pas encore décidé d'un système de paiement des prestataires).
Adaptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle méthode offrira le plus de possibilités de simuler différents modèles d'utilisation des ressources (fonctions de coût) et d'illustrer l'impact de différents scénarios de taux de paiement ?

Même si certaines parties prenantes peuvent plaider en faveur d'un calcul des coûts selon une approche ascendante, il est important de se demander si la richesse des données générées améliore réellement la précision et vaut l'effort supplémentaire. Le calcul des coûts au niveau de chaque service ou patient est plus complexe, plus long et plus coûteux, car il nécessite des mesures directes et la collecte de données primaires. De plus, s'agissant de la précision, l'approche ascendante utilise généralement une certaine forme de moyenne pour répartir les frais généraux et les coûts du capital entre les différents services/patients, ce qui entraîne, dans une certaine mesure, une répartition arbitraire. Un autre défi à la précision est que le niveau de détail introduit des risques d'oubli ou de sous-estimation de certaines entrées. Les collecteurs de données peuvent ne pas comprendre pleinement toutes les ressources qui entrent dans la fourniture d'un service, ou des ressources peuvent être utilisées en dehors de la période de collecte des données primaires. Un autre défi est la forte probabilité de surestimer le coût de chaque service/patient en raison d'une double prise en compte. Par exemple, le temps de travail du personnel est souvent surestimé parce que certaines tâches sont partagées entre les services.

Sans tenir compte des coûts totaux des installations, la tendance à surestimer les coûts des services individuels peut conduire les acheteurs à dépasser leur budget, ce qui entraîne des déficits et met en péril la durabilité.

Par conséquent, l'approche purement ascendante n'est pas recommandée pour l'évaluation des coûts des paiements aux prestataires autres que les systèmes de paiement à l'acte.

Le TABLEAU 15 propose quelques questions sur l'importance de la précision par rapport à la faisabilité d'un exercice de calcul des coûts.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODOLOGIE

Les avantages majeurs de l'approche descendante sont qu'elle est plus complète et qu'elle utilise des sources de données facilement disponibles. Le calcul des coûts selon l'approche descendante est plus facile à mettre en œuvre et nécessite moins de temps et de ressources financières pour la collecte des données. La méthode descendante est potentiellement la plus importante pour le paiement des prestataires, car elle enregistre tous les coûts et services pertinents d'une structure afin d'estimer les coûts unitaires. Les coûts totaux sont répartis entre tous les services de santé d'une structure, de sorte que toute erreur de calcul des coûts dans une partie de la structure sera contrebalancée par des erreurs dans d'autres parties. Les coûts unitaires générés par cette méthode donnent une meilleure idée des besoins budgétaires de l'acheteur pour le paiement du prestataire, car les coûts totaux de l'établissement sont pris en compte dans l'analyse des coûts. Les coûts de traitement réels varient en fonction du service ou du patient, mais il n'est pas essentiel de connaître le coût exact de chacun

d'entre eux à des fins de paiement, car la couverture des coûts tend à s'équilibrer ; certains patients d'un service seront sous-cotés (et donc sous-payés) et d'autres seront surcotés (et donc surpayés). Par ailleurs, étant donné que les méthodes de calcul descendant des coûts englobent tous les services et tous les intrants, elles produisent souvent des estimations de coûts relatifs plus précises. Pour ce qui est du paiement des prestataires, il est plus important d'obtenir des estimations précises des coûts relatifs que des estimations précises des coûts absolus, car les coûts et les prix relatifs déterminent quels sont les services les plus rentables pour les prestataires. Aussi, les coûts absolus deviennent obsolètes peu de temps après la fin de l'exercice de calcul des coûts et ils peuvent refléter l'inefficacité des prestataires, les mauvaises décisions cliniques et de gestion.

Le principal inconvénient de l'approche descendante est que les estimations de coûts peuvent être considérées comme moins précises parce qu'il s'agit de moyennes construites à partir de données agrégées. Si les critères utilisés pour répartir les coûts totaux sont basés sur l'utilisation des ressources, le choix des bases de répartition peut être quelque peu subjectif, ce qui compromet la précision. En outre, pour calculer les coûts moyens, on suppose que la quantité de ressources utilisées pour fournir des services ou traiter les patients au sein d'un service est égale. Étant donné que les différences réelles dans la distribution des ressources ne sont pas distinguées, les coûts des composantes particulières d'un séjour ou d'une consultation externe ne sont pas détectables. De plus, compte tenu de la dépendance à l'égard de sources secondaires pour les données relatives à l'utilisation des ressources et aux coûts,

les résultats relatifs aux coûts unitaires refléteront toute lacune dans la disponibilité, la qualité et la transparence des données saisies dans les comptes et les rapports de gestion.

L'approche ascendante peut donner des résultats plus précis sur les coûts pour des services/patients spécifiques, car elle utilise une mesure directe et détaillée des coûts. Qui plus est, la mesure standard de l'utilisation des ressources à l'aide de l'approche ascendante permet d'obtenir des données cohérentes et

fiables, ce qui est utile pour les estimations de précision dans le cadre d'analyses statistiques. Il convient toutefois de noter que, dans la pratique, l'établissement des coûts à un niveau plus détaillé et désagrégé peut entraîner des inexactitudes en raison de la nature complexe de la saisie de tous les intrants et du risque de double comptage des intrants.

TABLEAU 16. Approche ascendante vs descendante

MÉTHODOLOGIE	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<i>Ascendante</i>	<ul style="list-style-type: none"> Potentiellement plus précis grâce à la mesure directe de l'utilisation des ressources. La standardisation de la collecte des données permet une mesure plus cohérente et plus transparente de l'utilisation des ressources. Fournit des informations plus détaillées sur la relation de cause à effet entre l'utilisation des ressources et le coût. Fournit des informations sur le coût relatif des différents services au sein des départements. Permet d'analyser les coûts liés aux différents volumes et combinaisons de ressources utilisées. Fournit des données sur l'impact de la diversité des cas sur les coûts. Facilite l'analyse statistique de la variation des coûts en raison du nombre d'observations. 	<ul style="list-style-type: none"> La mise en œuvre est plus complexe en raison de la dépendance à l'égard de la collecte de données primaires. La mise en œuvre est plus longue et plus coûteuse. Peut ne pas être complet parce qu'il est complexe et coûteux de calculer le coût de chaque service fourni par les prestataires. Peut négliger ou sous-estimer les intrants utilisés en dehors de la période d'observation. Les méthodes de collecte de données primaires (par ex. l'observation directe) peuvent modifier le comportement du prestataire et influencer les résultats. La répartition des coûts partagés (frais généraux et capital) entre les différents services nécessite souvent l'utilisation de critères de répartition des coûts qui peuvent être arbitraires. Le risque de double comptage est élevé et le temps de travail du personnel peut être surestimé. Le risque que les coûts calculés séparément pour chaque service ne s'additionnent pas pour correspondre au coût total de l'établissement.
<i>Descente</i>	<ul style="list-style-type: none"> Exigences moins contraignantes au niveau de la collecte des données primaires. Permet d'utiliser des données plus agrégées. Plus facile à mettre en œuvre parce qu'elle s'appuie sur des données collectées régulièrement pour la comptabilité et la gestion. Une mise en œuvre moins longue et moins coûteuse. Les informations sur les coûts sont plus complètes car toutes les ressources pertinentes utilisées par une organisation sont documentées. Plus facile de calculer et d'allouer les coûts indirects ou généraux. 	<ul style="list-style-type: none"> Ne fournit aucune donnée sur l'impact de la répartition des cas mixte sur les coûts au sein des départements. La précision et la fiabilité des résultats des coûts reflètent des lacunes dans la disponibilité, la qualité et la transparence des données secondaires. Les systèmes et les rapports peuvent différer d'un prestataire à l'autre, et les données peuvent être difficiles à obtenir et à analyser. Les critères de répartition des coûts sont parfois arbitraires. Les données relatives à l'utilisation et au coût des ressources sont historiques et représentent des modèles passés et non actuels. Ne permet pas de savoir si les différences de coûts sont liées à des différences dans l'éventail des ressources ou dans leur volume, les prix ou les protocoles de traitement.

TABLEAU 15. Considérations sur la précision vs la faisabilité

CONSIDÉRATIONS DE PRÉCISION	CONSIDÉRATIONS DE FAISABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> Devons-nous effectuer des analyses statistiques qui dépendent de la précision des estimations de coûts ? Avons-nous besoin de comprendre les variations de coûts entre les services ou les patients au sein d'un département ? Quel est le degré de moyenne et de répartition des coûts qui nous convient ? Les coûts moyens sont-ils suffisants pour répondre aux intentions de paiement des prestataires ? La mesure détaillée des ressources améliorera-t-elle la précision ou introduira-t-elle involontairement des erreurs ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quel est notre calendrier pour la réalisation de l'exercice de calcul des coûts ? Les coûts financiers prévus pour cette approche s'inscrivent-ils dans le budget de l'exercice de calcul des coûts ? Disposons-nous du personnel nécessaire pour mener à bien cette approche ? L'approche est-elle suffisamment souple pour être mise en œuvre avec tous les prestataires de l'échantillon souhaité ?

TABLEAU 17. Correspondance entre la méthode de calcul des coûts et les systèmes de paiement

SYSTÈME DE PAIEMENT	COÛT UNITAIRE	DONNÉES REQUISES POUR CALCULER LES TAUX DE PAIEMENT	MÉTHODOLOGIE MAJEURE RECOMMANDÉE POUR LE CALCUL DES COÛTS
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par service 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire pour chaque service figurant dans la grille tarifaire 	<ul style="list-style-type: none"> Ascendante due à l'évaluation des coûts d'un sous-ensemble de services et à l'absence de nécessité de correspondre à un budget.
Capitation	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par service dans le paquet de capitation 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire des principaux groupes de services inclus dans le taux capitalisé Nombre de services dans chaque groupe principal de services utilisés chaque année par personne couverte par le système de paiement 	<ul style="list-style-type: none"> Descendante en raison de l'exhaustivité de l'approche et du temps et des ressources nécessaires.
Per diem	<ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par journée de lit à l'hôpital Coût moyen par journée d'hospitalisation dans chaque service (pour les paiements par service) 	<ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par jour-lit à l'hôpital Coût unitaire par jour-lit par département 	<ul style="list-style-type: none"> Descendante du fait de l'exhaustivité de l'approche, des contraintes de temps et de ressources, et de la fourniture de coûts relatifs exacts (entre les départements).
Basé sur le cas	<p>PAIEMENT BASÉ SUR LE DÉPARTEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par sortie du département ou de la spécialité <p>PAIEMENTS BASÉS SUR LE DIAGNOSTIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par sortie dans le groupe de diagnostic 	<p>PAIEMENTS BASÉS SUR LE DÉPARTEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par sortie ou visite externe dans chaque service/spécialité <p>PAIEMENTS BASÉS SUR LE GROUPE DE DIAGNOSTICS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par jour-lit dans chaque service Durée moyenne de séjour pour les cas de chaque groupe de diagnostic sortis de chaque service 	<ul style="list-style-type: none"> Descendante en raison de l'exhaustivité de l'approche, des contraintes de temps et de ressources, et de la fourniture de coûts relatifs exacts (entre les départements)
Budget global	<p>PAIEMENT BASÉ SUR LE VOLUME :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par sortie x nombre de sorties par an Coût moyen par consultation externe x nombre de visites par an <p>PAIEMENT BASÉ SUR LE VOLUME AJUSTÉ EN FONCTION DU CAS MIXTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût moyen par sortie dans le groupe de diagnostic x nombre de sorties par an dans chaque groupe de diagnostic (calculé à partir des coûts unitaires des jours-lits dans le service x durée moyenne de séjour pour le groupe de diagnostic) 	<p>Coût PAIEMENTS BASÉS SUR LE VOLUME :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par sortie Coût unitaire par consultation externe Nombre total de sorties par an Nombre total de visites externes par an <p>PAIEMENTS BASÉS SUR LE VOLUME AJUSTÉS EN FONCTION DE LA COMBINAISON DE CAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût unitaire par jour-lit dans chaque service Durée moyenne de séjour pour les cas de chaque groupe de diagnostic sortis de chaque service Nombre total de sorties dans chaque groupe de diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> Descendante en raison de l'exhaustivité de l'approche, des contraintes de temps et de ressources, et de la fourniture de coûts relatifs exacts (entre les départements)

Le calcul détaillé des coûts selon la méthode ascendante est souvent plus utile pour obtenir des informations complémentaires ciblées. Par exemple, elle est utile pour documenter la variation de l'utilisation des ressources dans un département parce qu'elle fournit plus d'informations sur la relation entre des services/types de patients particuliers et leurs coûts. Puisque l'intensité du traitement varie entre les services/patients au sein des départements, cette approche peut fournir plus d'informations sur la combinaison des ressources consommées (et donc leur coût) au sein d'un département. La compréhension des variations de coûts peut être particulièrement importante pour les départements qui fournissent des services très différents tels que l'Unité de Soins Intensifs (USI).

Les compromis entre les deux méthodes de calcul des coûts doivent être mis en balance avec les priorités de l'exercice spécifique de calcul des coûts.

Le **TABLEAU 16** met en évidence d'autres compromis à prendre en compte.

Le **TABLEAU 17** recommande une méthode de calcul des coûts appropriée pour chaque type de système de paiement des prestataires.

MÉTHODOLOGIE MIXTE

Les analystes utilisent parfois les deux approches dans le même exercice de calcul des coûts - l'une comme approche principale et l'autre pour obtenir des informations complémentaires. (Voir le **TABLEAU 18**)

Une équipe de calcul des coûts peut utiliser l'approche ascendante dans le cadre d'un exercice descendant pour mesurer les éléments suivants :

- Les services, les épisodes de traitement, les activités ou les éléments de coût prioritaires.
- Les services qui diffèrent de manière significative dans l'utilisation des ressources (par exemple, les services de l'ISI, les tests de laboratoire et les procédures chirurgicales).

- Les services pour lesquels une mesure précise et exacte des coûts est importante.
- Les services qui impliquent un temps de travail important ou des frais généraux liés à l'utilisation d'une technologie.
- Les services qui impliquent un partage important de personnel, de bâtiments ou d'équipements entre les technologies ou les services.
- Les éléments de coût qui sont censés avoir l'impact le plus élevé sur le coût total.
- Les données manquantes ou qui ne sont pas systématiquement saisies.

Le **TABLEAU 19** décrit les méthodologies employées dans certains des exemples de cas.

L'**ENCADRÉ 8** décrit le calcul des coûts normatifs, un type de méthodologie ascendante qui peut être utile lorsqu'elle est appliquée à une gamme limitée de services ou d'ensembles de services, mais qui n'est généralement pas recommandée pour l'établissement des coûts en vue du paiement des prestataires.

TABLEAU 18. Méthodologies mixtes

METHODOLOGIE D'EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS PRIMAIRES	DESCENDANTE	ASCENDANTE
<i>Méthodologie de l'exercice de calcul des coûts</i>	<i>Ascendante</i>	<i>Descendante</i>
<i>Comment la méthodologie complémentaire est-elle utilisée ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Valider ou "vérifier ponctuellement" le coût unitaire d'un sous-ensemble de services ou d'éléments de coût pour déterminer si les résultats du coût unitaire des deux méthodes sont relativement similaires. • Générer des statistiques de répartition basées sur des mesures directes de l'utilisation des ressources afin de fournir un moyen plus objectif de répartition des coûts entre les départements. (Exemple : utilisation d'enquêtes sur le temps de travail du personnel ou d'études sur les mouvements de temps pour estimer le temps de travail des différents membres du personnel dans chaque service, afin de répartir certains éléments de coûts indirects tels que les uniformes ou le matériel de papeterie). • Compléter les données manquantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les données des comptes et des états financiers de l'établissement ou les tarifs nationaux pour la répartition descendante des frais généraux.

TABLEAU 19. Méthodologies de l'exercice de calcul des coûts

EXEMPLE DE CAS	MÉTHODE DE CALCUL DES COÛTS UTILISÉE
Hôpital Aarogyasri	<p>L'équipe de calcul des coûts a principalement utilisé l'approche descendante pour déterminer les coûts d'exploitation et les coûts d'investissement. Ces coûts directs et indirects ont été répartis entre les départements pour déterminer les coûts unitaires, tels que le coût par jour-lit ou le coût par minute de salle d'opération.</p> <p>L'équipe a également utilisé l'approche ascendante pour estimer le coût d'ensembles de prestations spécifiques en calculant la moyenne, pour une procédure ou un éventail de prestations donné, du nombre de jours de séjour, du nombre de minutes d'intervention chirurgicale, du nombre d'examens de laboratoire, etc. Le coût a été calculé en combinant les coûts et les ressources utilisées en moyenne pour chaque paquet de prestations ou procédure.</p>
Casemix Indonésie	<p>L'équipe de calcul des coûts a utilisé l'approche descendante parce qu'il était possible pour les hôpitaux de soumettre les données requises pour le calcul des coûts descendants et qu'il n'y avait pas suffisamment de données pour le calcul des coûts ascendants.</p>
Établissement de Santé d'Indonésie	<p>L'équipe de calcul des coûts s'est principalement appuyée sur l'approche descendante pour les coûts récurrents et les coûts du capital. Elle a réparti ces coûts entre les services afin de fournir des coûts unitaires pour les résultats intermédiaires des établissements, tels que le coût par minute du temps passé en salle d'opération. Elle a également calculé les coûts unitaires pour les résultats finaux des installations afin de déterminer le coût des patients hospitalisés et externes traités.</p> <p>L'équipe a également utilisé l'approche ascendante pour estimer le coût d'épisodes spécifiques de maladie. Elle a construit le coût en combinant les coûts unitaires intermédiaires - le coût par minute de salle d'opération et le coût par jour de lit - et les ressources utilisées par les cas individuels.</p>
DRG des Républiques d'Asie centrale	<p>L'équipe de calcul des coûts s'est appuyée presque exclusivement sur un calcul descendant, car la plupart des données financières et des statistiques de fonctionnement des prestataires étaient disponibles au niveau du département et l'équipe a estimé que ces données étaient suffisantes pour estimer le coût des journées-lits. Les résultats de l'exercice de calcul des coûts étaient nécessaires dans un délai relativement court, et il était possible d'inclure un nombre suffisant d'hôpitaux dans l'échantillon pour un exercice descendant. L'équipe a également utilisé des approches ascendantes pour obtenir des statistiques d'allocation afin de répartir les coûts des départements auxiliaires entre les départements cliniques.</p>
DRG de Malaisie	<p>L'équipe de calcul des coûts a évalué les coûts de tous les cas de patients hospitalisés en utilisant une approche descendante pour mesurer et évaluer le personnel, les médicaments et les fournitures médicales, les frais généraux et l'utilisation des ressources en capital. Elle prévoit d'utiliser l'approche ascendante pour calculer le coût des séjours en soins intensifs, car on sait que ces séjours sont hétérogènes en termes d'utilisation des ressources. L'équipe prévoit également d'utiliser l'approche ascendante pour calculer le coût des analyses de laboratoire et des interventions radiologiques coûteuses.</p>
Hôpital PHFI	<p>L'IFSP a utilisé une approche mixte car les données sur l'utilisation des ressources n'étaient pas toujours disponibles au niveau du service. S'appuyant sur une approche descendante, l'équipe de calcul des coûts a utilisé les comptes de l'hôpital pour obtenir des données sur le coût des ressources consommées. Elle a utilisé une approche ascendante pour mesurer les heures de travail du personnel dans les différents départements. Elle a ensuite utilisé la répartition des heures obtenue par l'approche ascendante pour affecter les paiements de compensation du personnel aux départements et fournir des statistiques d'affectation pour le calcul des coûts descendant.</p>

ENCADRÉ 8 : Le calcul normatif des coûts

Le calcul des coûts normatifs est un type de méthodologie ascendante que les équipes de calcul des coûts peuvent envisager lorsque des informations détaillées sur les coûts des services ne sont pas disponibles ou sont considérées comme très faussées.

La méthodologie normative, également connue sous le nom de calcul des coûts des parcours de soins cliniques, est parfois suggérée par les acheteurs lorsqu'ils estiment que les services devraient être payés sur la base de lignes directrices cliniques plutôt que sur la manière dont les services sont réellement fournis. Toutefois, l'évaluation normative des coûts n'est généralement pas recommandée pour l'évaluation des coûts en vue du paiement des prestataires, à moins qu'elle ne soit appliquée à une gamme limitée de services ou de paquets de services. Les lignes directrices cliniques, les protocoles de traitement et les intrants thérapeutiques doivent être bien définis et largement suivis pour que l'évaluation normative des coûts puisse être utilisée à des fins de paiement, ce qui n'est généralement le cas que pour un ensemble très limité de services (par ex. le traitement du paludisme ou la prise en charge du diabète).

La méthode de calcul des coûts normatifs consiste à estimer l'utilisation des ressources pour différents services à l'aide de lignes directrices et de normes. La première étape consiste à estimer toutes les normes relatives aux intrants (par ex. le temps direct du personnel, l'utilisation des médicaments et des laboratoires) pour traiter des pathologies particulières. Cela se fait souvent en consultation avec les groupes d'experts du MdS et des médecins hospitaliers, à qui l'on demande de noter les quantités requises de certains intrants pour le traitement d'un patient type - par exemple, la composition du personnel et le temps de travail requis, ainsi que la quantité et le type de médicaments utilisés pour traiter un patient au cours d'un épisode de la maladie. Les informations peuvent également être basées sur des lignes directrices et des normes de traitement globales.

L'étape suivante consiste à calculer les coûts unitaires standards de chaque intrant, en utilisant généralement une approche ascendante ou en s'inspirant des prix du marché ou de points de référence. Les frais généraux standard des établissements et de l'administration sont ensuite généralement utilisés pour répartir les coûts indirects en fonction d'une certaine mesure des normes

de production (par ex. le nombre de visites à l'établissement ou de journées d'hospitalisation par épisode de maladie).

Cette méthodologie n'est généralement pas recommandée pour le calcul des coûts pour le paiement des prestataires, car il n'est pas possible de la rendre exhaustive. En outre, il faut parfois beaucoup de temps aux groupes d'experts pour se mettre d'accord sur les directives de traitement standard et sur l'utilisation standard des ressources. De plus, l'évaluation normative des coûts fournit des résultats pour « ce qui devrait être » pour le patient moyen plutôt que pour ce qui est réellement, ce qui peut être difficile dans des environnements où la pratique habituelle varie considérablement de ce qui est recommandé dans les lignes directrices cliniques. Enfin, l'utilisation des coûts normatifs pour un grand nombre de services de santé ne facilite pas toujours le processus de budgétisation, car elle ne permet pas de répartir entièrement les coûts des établissements ou d'inclure tous les services de santé qui seront couverts par le système de paiement des prestataires.

VÉRIFICATION

ÉTAPE 3 : CHOISIR LA MÉTHODOLOGIE DE CALCUL DES COÛTS

- ✓ **DÉTERMINER** si l'exercice de calcul des coûts aura une orientation rétrospective ou prospective.
- ✓ **DÉCIDER** de la période de données pour l'exercice de calcul des coûts.
- ✓ **COMPRENDRE** les avantages et les inconvénients des méthodologies de calcul des coûts ascendantes et descendantes, ainsi que leurs compromis par rapport aux objectifs de l'exercice de calcul des coûts, à la disponibilité des données et au système de paiement.
- ✓ **CHOISIR** une méthodologie ascendante, une méthodologie descendante ou une combinaison des deux .
- ✓ **COMPRENDRE** les techniques de mesure et d'évaluation des coûts et le processus de comptabilité des coûts utilisé pour la méthodologie choisie.

LEÇONS TIRÉES

“IL EST PLUS IMPORTANT D'OBTENIR DES ESTIMATIONS PRÉCISES DES COÛTS RELATIFS QUE DES ESTIMATIONS PRÉCISES DES COÛTS UNITAIRES ABSOLUS.”

“La bonne méthode de calcul des coûts dépend du contexte, des objectifs et du système de paiement en cours de développement.”

“Les méthodologies peuvent être combinées, car le choix d'une seule d'entre elles comporte des compromis inhérents.”

“COMMENCER PAR UNE ÉVALUATION DESCENDANTE DES COÛTS AFIN D'OBTENIR UNE TAILLE D'ÉCHANTILLON IMPORTANTE EN TEMPS UTILE MAIS COMPLÉTER PAR UNE ÉVALUATION ASCENDANTE DES COÛTS AFIN D'APPORTER DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE L'EXERCICE D'ÉVALUATION DES COÛTS.”

“La bonne méthodologie peut évoluer au fur et à mesure que le système de paiement arrive à maturité.”

RESSOURCES

Finkler, Steven A., David M. Ward, et Judith J. Baker. *Principes de base de la comptabilité des coûts pour les organisations de soins de santé*. 3e éd. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2007.

Mogyorosz, Zsolt, and Peter Smith. *Les principales questions méthodologiques dans le calcul des coûts des services de soins de santé : Une revue de la littérature*. Document de recherche CHE 7. York, Royaume-Uni : Université de York, Centre pour la Santé. Economics, 2005.

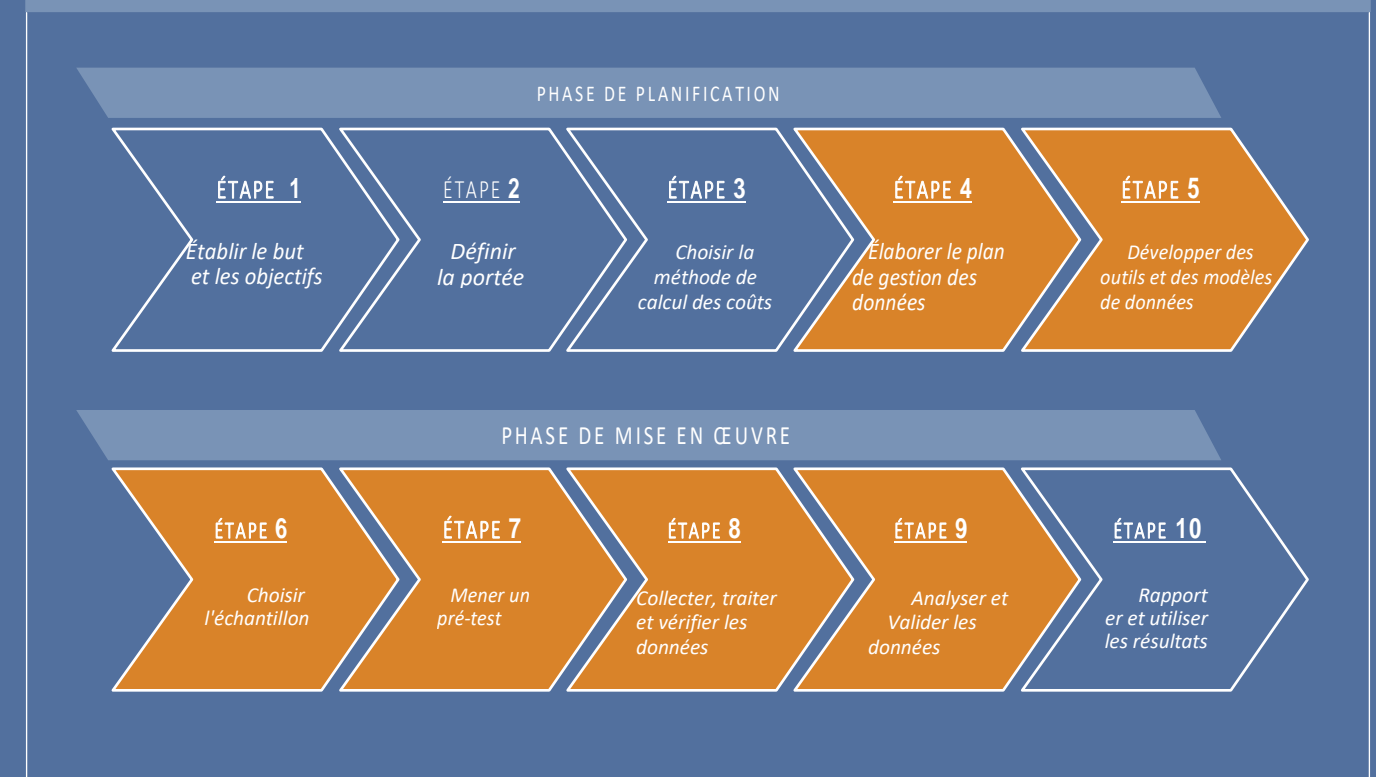
Tan, Siok Swan, Lisbeth Serdén, Alexander Geissler, Martin van Ineveld, Ken Redekop, Mona Heurgren et Leona Hakkaart-van Roijen. « Les DRG et la comptabilité des coûts : Quels sont les facteurs déterminants ? » dans *Les groupes liés au diagnostic en Europe : Vers la transparence, l'efficacité et la qualité dans les hôpitaux*, édité par Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, et Miriam Wiley, 59-74. Série de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. New York: Open University Press, 2011.

PARTIE 2.

GÉRER LES DONNÉES: PLANIFICATION, COLLECTE ET ANALYSE

LA PARTIE 2 de ce manuel couvre les étapes 4 à 9 de l'exercice de calcul des coûts : l'élaboration d'un plan de gestion des données, la conception d'outils et de modèles de données, la sélection de l'échantillon et le pré-test, ainsi que la collecte, le traitement et l'analyse des données. Ces six étapes sont souvent réalisées de manière itérative. À titre d'exemple, les résultats du pré-test effectué à l'étape 7 peuvent entraîner des modifications du plan de gestion des données et des outils de collecte des données élaborés aux étapes 4 et 5.

PLAN EN DIX ÉTAPES POUR UN EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS



Les lecteurs sont invités à consulter l'annexe de ce manuel avant de lire la partie 2. L'annexe fournit des instructions détaillées sur l'utilisation de la méthode de comptabilité des coûts par paliers et constitue le contexte nécessaire à l'exécution des étapes 4 à 9.

Les dispositions institutionnelles impliquent généralement une certaine division entre le rôle de planification et de supervision (généralement assumé par le ministère de la santé ou un autre acheteur ou un comité multipartite) et le rôle de mise en œuvre (généralement assumé par une unité technique au sein ou à l'extérieur du ministère de la santé ou de l'acheteur). Si de nouveaux systèmes de paiement des prestataires sont mis en œuvre à la suite de l'exercice de calcul des coûts, le processus de calcul des coûts peut être institutionnalisé par l'acheteur afin d'affiner en permanence le système, à l'aide des données sur les coûts soumises régulièrement par les prestataires.

Le TABLEAU 20 décrit les dispositions institutionnelles utilisées dans les exemples de cas. Bien qu'il n'y ait pas de disposition idéale, les équipes de calcul des coûts des exemples de cas considèrent que les principes suivants sont les plus importants lorsqu'elles décident des structures organisationnelles et des procédures administratives pour la gestion des données:

- **Impliquer les fournisseurs.** Les représentants des prestataires doivent être impliqués à tous les stades de la planification et de la gestion des données. Pour s'assurer de la coopération des prestataires qui ne sont pas impliqués dans le processus de planification mais qui fourniront des données, il peut être utile que l'organisation de commande et/ou de mise en œuvre qui

DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES POUR LA GESTION DES DONNÉES

Les dispositions institutionnelles qui soutiennent la gestion des données - les rôles que les différentes institutions joueront dans la planification, la supervision et la mise en œuvre de la collecte, du traitement et de l'analyse des données - doivent être établies dès le début de l'exercice de calcul des coûts. Ces dispositions diffèrent d'un pays à l'autre. Le dispositif approprié dépendra de facteurs tels que l'environnement politique et institutionnel, la configuration du système de santé, le niveau de décentralisation, les relations entre payeurs et prestataires et les systèmes de paiement utilisés ou en cours de développement.

s'engage avec eux ait un mandat ou une lettre de soutien des autorités compétentes. L'institution devrait également être consciente de la charge qu'elle fait peser sur les prestataires et leur proposer une incitation pour y participer.

- **Se prémunir contre les conflits d'intérêts.** S'il n'y a pas de division entre l'acheteur et le prestataire, un contractant tiers peut être mieux placé pour effectuer la collecte, le traitement et l'analyse des données afin de garantir la transparence du processus et l'impartialité des résultats.

- **Renforcer la capacité locale.** Du fait de contraintes de temps et/ou d'une expertise limitée en matière de calcul des coûts, les organisations de mise en œuvre et de commande font parfois appel à des consultants externes ou externalisent entièrement le travail technique des exercices de calcul des coûts auprès d'institutions tierces. Dans ces situations, le transfert de connaissances des consultants ou institutions externes est essentiel pour garantir que l'organisation chargée de la mise en œuvre comprenne la méthodologie et développe une expertise locale en matière d'évaluation des coûts. En outre, les consultants ou institutions externes devraient être encouragés à structurer les modèles de calcul des coûts et les fichiers analytiques dans un format compréhensible et convivial afin que l'équipe locale puisse les modifier et même les réutiliser après la fin de la période contractuelle.

La clé USB d'accompagnement contient une boîte à outils et des modèles que les équipes de calcul des coûts pour les exemples de cas ont utilisés afin de guider leurs efforts de collecte et d'analyse des données. La boîte à outils comprend des termes de référence, des questionnaires d'évaluation des coûts, des tableaux fictifs, des analyses de simulation, etc. Ces ressources constituent un point de départ pour les équipes d'évaluation des coûts ; elles doivent être adaptées aux besoins du pays, de l'exercice d'évaluation des coûts et des systèmes de paiement des prestataires. Le contenu de la boîte à outils est détaillé dans la liste des ressources de la boîte à outils, à la fin du manuel.

TABLEAU 20. Dispositions institutionnelles

DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES			
EXEMPLE DE CAS	PLANIFICATION ET SUPERVISION	COLLECTE DE DONNÉES	ANALYSE DES DONNÉES
Hôpital Aarogyasri	<ul style="list-style-type: none"> Le comité de l'Aarogyasri Health Care Trust (AHCT), présidé par le directeur général et composé de représentants des différents départements de l'AHCT, a supervisé la planification. L'équipe de calcul des coûts de l'AHCT a élaboré le plan de données avec l'aide des prestataires, des associations de prestataires et des diplômés en gestion des soins de santé de l'université d'Hyderabad ; elle a présenté le plan au comité de l'AHCT pour approbation. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de calcul des coûts de l'AHCT et l'équipe de recherche de l'Université d'Hyderabad ont recueilli les données. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de calcul des coûts de l'AHCT et l'équipe de recherche de l'Université d'Hyderabad ont analysé les données.
Casemix Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Le MdS d'Indonésie a mis en place le Centre National de Casemix (NCC), l'unité du MdS responsable du développement du système de groupes basés sur les cas (INA-CBG), et a commandé l'exercice de calcul des coûts. Le CNC a élaboré le plan de gestion des données pour l'exercice de calcul des coûts en partenariat avec un consultant international de l'Université des Nations unies (UNU). 	<ul style="list-style-type: none"> Le CNC a formé le personnel de l'hôpital sur la manière de remplir le modèle de calcul des coûts. Le CNC a supervisé le processus de collecte des données afin d'en garantir la qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe du CNC a analysé les données, avec l'aide du consultant international.
Établissement de Santé d'Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Un comité de pilotage du MdS, présidé par le secrétaire général et composé de membres de diverses unités du MdS, a supervisé la planification, avec une forte contribution du donateur et des organisations chargées de la mise en œuvre (Université Gadjah Mada, GIZ Indonésie et Oxford Policy Management). Des consultants internationaux et locaux provenant du bailleur de fonds et des organisations de mise en œuvre ont contribué à l'élaboration du plan de données. 	<ul style="list-style-type: none"> Le donateur et les organisations chargées de la mise en œuvre ont confié la collecte des données à une entreprise privée dans le cadre d'un appel d'offres. 	<ul style="list-style-type: none"> Des consultants internationaux et locaux de l'Université Gadjah Mada, de la GIZ Indonésie et d'Oxford Policy Management ont analysé les données.
DRG des Républiques d'Asie centrale	<ul style="list-style-type: none"> Le MdS a lancé l'exercice d'évaluation des coûts, a organisé des ateliers avec le personnel hospitalier et a offert des incitations aux hôpitaux pour qu'ils fournissent des données. Des consultants locaux financés par un projet de l'USAID ont conçu la méthodologie et a élaboré le plan de gestion des données. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel de l'hôpital (statisticiens et économistes) a collecté les données demandées et complété les formulaires de saisie fournis par les consultants locaux. 	Des consultants locaux ont analysé les données.

(Suite)

TABLEAU 20, suite

DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES			
EXEMPLE DE CAS	PLANIFICATION ET SUPERVISION	COLLECTE DE DONNÉES	ANALYSE DES DONNÉES
COMPHEC Malaisie	<ul style="list-style-type: none"> L'Institut de recherche sur les systèmes de santé (IHSR) du MdS a lancé le projet et a élaboré le plan de gestion des données avec la participation de l'Unité du financement national de la santé du MdS et le prestataire (Clinique de Santé de Putrajaya). 	<ul style="list-style-type: none"> L'IHSR a collecté les données. 	<ul style="list-style-type: none"> L'IHSR a analysé les données.
DRG de Malaisie	<ul style="list-style-type: none"> La Division du développement a dirigé les efforts de l'équipe Casemix du service médical du MdS, qui s'est chargée de la planification. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel de l'hôpital a collecté les données demandées en utilisant les modèles de calcul des coûts fournis par l'équipe Casemix. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de Casemix, en collaboration avec les comptables des hôpitaux, a analysé les données.
Hôpital MNHA	<ul style="list-style-type: none"> La division de la planification et du développement du MdS a supervisé le projet des comptes nationaux de la santé (NHA), qui incluait la planification de l'exercice de calcul des coûts. Une unité de recherche du MdS a élaboré le plan de gestion des données en collaboration avec le personnel clé de l'hôpital du MdS (administrateurs, comptables, infirmières). 	<ul style="list-style-type: none"> L'unité de recherche du MdS a supervisé la collecte des données. Les administrateurs, les comptables et les infirmières de l'hôpital ont collecté les données. 	<ul style="list-style-type: none"> L'unité de recherche du MdS a analysé les données.
Taux de cas PhilHealth	<ul style="list-style-type: none"> PhilHealth a lancé l'exercice d'évaluation des coûts ; l'équipe chargée d'élaborer les taux par cas s'est chargée de la planification. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de PhilHealth chargée de calculer les taux de cas a collecté les données. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de PhilHealth chargée de calculer les taux de cas a analysé les données.
Hôpital PHFI	<ul style="list-style-type: none"> L'analyste de l'IFSP a dirigé l'effort de planification, avec la participation des administrateurs de l'hôpital et du personnel des différents départements et divisions 	<ul style="list-style-type: none"> L'analyste de PHFI a collecté les données, avec l'aide des administrateurs de l'hôpital et du personnel des différents services. 	<ul style="list-style-type: none"> L'analyste de l'IFSP a analysé les données.
Soins Primaires au Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> De nombreuses parties prenantes ont contribué au plan de gestion des données, notamment le département de la planification et des finances du MdS, le département des assurances du MdS, l'Université de médecine de Hanoi (HMU), l'Institut de Stratégie et de Politique de Santé (HSPI), les bureaux provinciaux de la santé, les bureaux de santé de district et les prestataires de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires ont transmis leurs données en remplissant les instruments de calcul des coûts développés par HMU et HSPI. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel du HMU et du HSPI a analysé les données.

MEASUREMENT AND MESURE ET L'ÉVALUATION DES COÛTS : LE CŒUR DU PLAN DE GESTION DES DONNÉES

Le calcul des coûts consiste à mesurer et à évaluer les ressources, ou éléments de coût, consommés par un organisme prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient au cours de la période couverte par l'exercice de calcul des coûts. Ces ressources sont les intrants (directs et indirects) que le prestataire

utilise pour fournir des services de santé aux patients et faire fonctionner l'établissement.

Le processus pour déterminer le coût de ces ressources se déroule en trois étapes, comme le montre la FIGURE 5.

À l'étape 2 de l'exercice de calcul des coûts, l'équipe chargée du calcul des coûts identifie les ressources utilisées et détermine celles qui doivent être incluses au calcul de l'exercice de calcul des coûts.

À l'étape 4, l'équipe documente les données requises pour mesurer et évaluer ces éléments de coût dans le cadre du plan de données. Les exemples du TABLEAU 21 illustrent la distinction entre la mesure et l'évaluation et la manière dont les besoins en données diffèrent.

FIGURE 5. Séquence de calcul des coûts

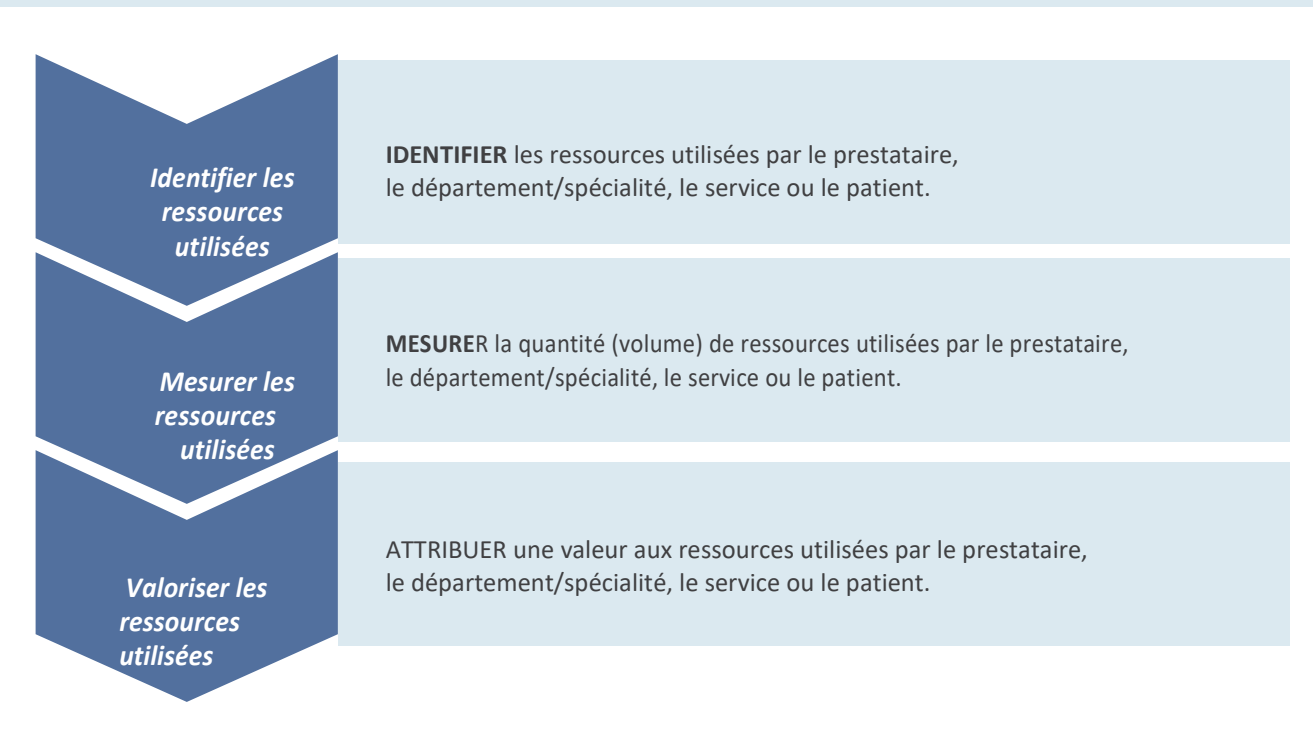


TABLEAU 21. Mesure des ressources vs Évaluation des ressources

RESSOURCES (ELEMENTS DE COUT) UTILISEES	MESURE DES RESSOURCES	VALORISATION DES RESSOURCES	
Coûts récurrents			
PERSONNEL: <ul style="list-style-type: none"> Temps du personnel 	Temps consacré par le personnel à des activités cliniques, d'assistance clinique ou administrative, mesuré par le nombre d'équivalents temps plein (ETP).	Département ETP	x Salaire + avantages sociaux + heures supplémentaires + autres paiements au personnel
MÉDICAMENTS/FOURNITURES MÉDICALES : <ul style="list-style-type: none"> Médicaments Fournitures médicales, chirurgicales et diagnostiques et produits consommables Vaccins Produits hématologiques Oxygène et gaz médicaux 	Quantité de médicaments et de fournitures médicales consommés	Quantité consommée par le département / Quantité totale consommée	x Dépenses totales en médicaments et en fournitures médicales
UTILITAIRES:: <ul style="list-style-type: none"> Électricité Eau Carburant du générateur 	Volume des services publics consommés au sein d'un département, mesuré en utilisant une base de répartition comme indicateur de l'utilisation (par ex. les mètres carrés pour les coûts d'électricité).	Mètre carré du département / Total des installations en mètres carrés	x Total des dépenses des services utilitaires
AUTRES COÛTS RÉCURRENTS : <ul style="list-style-type: none"> Administratif Fournitures non médicales Repas pour les patients et le personnel Carburant, huile et autres lubrifiants Papeterie/fournitures de bureau Communications (téléphone, Internet) Petites réparations et entretien Services externalisés Loyers 	Quantité de matériel consommé au sein d'un service, mesurée directement ou en utilisant une base de répartition comme indicateur de l'utilisation (par ex. jours-lits, kilomètres parcourus, nombre de lignes téléphoniques).	Volume consommé par le département / Volume total consommé	x Total des autres dépenses récurrentes
Coûts d'investissement			
BÂTIMENTS: <ul style="list-style-type: none"> Construction de bâtiments Rénovation de bâtiments 	Surface du bâtiment occupée par un service	Mètres carrés du département / Total des mètres carrés du bâtiment	x Coût d'amortissement des bâtiments
EQUIPEMENTÉQUIPEMENTS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX: <ul style="list-style-type: none"> Matériel médical, chirurgical et de diagnostic Matériel de bureau Climatiseurs Générateurs Mobilier Logiciels Véhicules 	Nombre d'articles dans l'inventaire du département pour chaque type de bien matériel catégorisé	Nombre d'actifs du département	x Coût d'amortissement des actifs

PLAN ÉLABORER LE PLAN DE GESTION DES DONNÉES

Le plan de gestion des données implique l'identification de la série de données minimales requises pour l'exercice de calcul des coûts, l'identification des sources de données existantes, la détermination du niveau de désagrégation des données et l'anticipation des défis liés à l'accès aux données sensibles et à la qualité des données.

IDENTIFICATION DE LA BASE DE DONNÉES MINIMALE REQUISE

Lors de l'élaboration d'un plan de gestion des données, la première tâche consiste à identifier la base de données requise pour l'exercice de calcul des coûts, ce qui inclut les éléments de données, leur structure et leurs sources. L'approche la moins coûteuse et la moins exigeante en termes de main-d'œuvre consiste à utiliser l'ensemble de données minimal nécessaire pour obtenir des résultats valables et à utiliser des sources de données facilement accessibles. Les équipes chargées de l'évaluation des coûts devraient considérer des efforts de collecte de données plus coûteux et plus longs uniquement si les avantages supplémentaires l'emportent sur les coûts additionnels.

Pour identifier la base de données minimale requise, les équipes de calcul des coûts doivent examiner les exercices de calcul des coûts précédents menés dans leur pays et consulter le personnel des prestataires, les experts des systèmes d'information sanitaire et les représentants des organisations impliquées dans le financement ou la gestion des prestataires (comme les ministères de la santé et des finances et les départements provinciaux de la santé) au sujet de leurs sources de données existantes. À partir de là, l'équipe peut élaborer un plan de gestion des données, en tenant compte de huit considérations clés, décrites dans le [TABLEAU 22](#).

La collecte de données plus détaillées et plus complètes ne se traduit pas nécessairement par des résultats plus précis en matière de coûts. Les lignes directrices suivantes peuvent aider les équipes de calcul des coûts à ne collecter que les données essentielles et à réduire ainsi la charge qui pèse sur les prestataires :

- Élaborer un plan de données exhaustif, mais le réduire après une évaluation de ce qu'il est possible de collecter.
- Se concentrer sur la saisie des postes de dépenses importants plutôt que de rechercher chaque point de données.
- Envisager d'exclure les données susceptibles d'avoir un impact négligeable sur les résultats.

TABEAU 22 : Considérations clés pour un plan de gestion des données

Base de données minimale	Quelle est la base de données minimale requise pour générer des estimations de coûts ?	Collecte de données	L'équipe a-t-elle la capacité, le temps et le budget nécessaires pour collecter la base de données minimale ?
Disponibilité des données	La base de données minimale est-elle disponible auprès des prestataires et d'autres sources ?	Accessibilité des données	Si la base de données minimale est disponible, les prestataires sont-ils prêts à la partager ?
Format des données	Les données sont-elles sur support papier ou électronique (format papier ou numérique) ? et le format est-il le même pour tous les prestataires ?	Structure des données	Quel niveau de désagrégation des données est nécessaire pour l'analyse ?
Période des données	Les données historiques sont-elles suffisantes ou une nouvelle collecte de données est-elle nécessaire ?	Qualité des données	Comment les problèmes liés aux données incomplètes et inexacts seront-ils résolus ?

Les éléments de données demandés doivent tous être pertinents pour l'exercice d'évaluation des coûts. Les questions suivantes peuvent aider à s'assurer que les données collectées sont pertinentes :

- L'élément de données contribuera-t-il directement à la réalisation des objectifs de l'exercice de calcul des coûts ?
- Comment l'élément de données sera-t-il utilisé dans l'analyse ?
- Si l'élément de données n'est pas facilement disponible ou est difficile à collecter, existe-t-il un substitut ou une approximation raisonnable ou la lacune peut-elle être comblée à l'aide d'une hypothèse, d'une estimation ou d'une extrapolation sans compromettre la validité ?

Le pré-test de l'étape 7 permettra également de répondre à la question de savoir si tous les éléments de données du plan sont nécessaires pour l'analyse et s'ils sont trop difficiles à collecter.

Le **TABEAU 23** décrit les leçons que les équipes de calcul des coûts des exemples de cas ont tirées de l'élaboration d'un ensemble minimal de données. Le **TABEAU 24** présente, à titre d'exemple, un ensemble de données minimales pour un exercice d'évaluation descendante des coûts et décrit la manière dont les éléments de données seraient utilisés pour l'analyse.

Les éléments de données répertoriés comprennent les éléments de coût, les statistiques d'utilisation et les statistiques d'allocation. Le tableau n'a pas vocation à être prescriptif, mais il constitue un point de départ pour les équipes de calcul des coûts, qui devront procéder à des ajustements pour refléter les aspects uniques de leur propre exercice de calcul des coûts.

COLLECTE DE DONNÉES SUR LES DÉPENSES ET LES SOURCES DE REVENUS

Il peut être important de collecter des données sur les dépenses et les revenus afin de cartographier les flux financiers et de relier les dépenses aux sources de revenus, si nécessaire et si possible. Par exemple, les salaires peuvent être financés par le gouvernement central tandis que certains médicaments peuvent être fournis en nature par des donateurs. Même si l'équipe de calcul des coûts peut finalement exclure les coûts provenant de certaines sources de financement dans les estimations finales des coûts, il peut être important de collecter ces données car elles permettent de mieux comprendre les flux financiers, de faciliter le suivi des dépenses et de dresser un tableau du coût total de l'établissement.

Les données sur les dépenses payées par des sources de financement extérieures au budget principal d'une structure peuvent également être pertinentes pour un exercice de calcul des coûts qui adopte le point de vue du prestataire (voir l'étape 2). (Par exemple, l'équipe de calcul des coûts d'Aarogyasri a dû faire preuve de créativité pour estimer les frais perçus par les hôpitaux pour le compte des cliniciens non-salariés et les paiements associés à ces services. Ces dépenses n'étant souvent pas enregistrées dans les livres comptables des hôpitaux, l'équipe de calcul des coûts a interrogé les prestataires pour déterminer la meilleure façon d'estimer ces coûts.

DÉTERMINER LE NIVEAU DE DÉSAGRÉGATION DES DONNÉES

Ensuite, l'équipe de calcul des coûts doit déterminer le niveau de désagrégation requis dans les données. Il convient de noter qu'il peut être nécessaire de collecter des données sous forme agrégée et de les désagréger ultérieurement à l'aide d'autres méthodes. Le niveau de désagrégation nécessaire dépend principalement de l'objet de coût sélectionné (voir étape 2) et de la méthode de calcul des coûts utilisée (voir étape 3). Par exemple, la mesure du temps de travail du personnel dans le cadre d'un exercice de calcul des coûts ascendant peut nécessiter des estimations détaillées des minutes consacrées aux soins des patients pour des diagnostics ou des procédures spécifiques, ce qui constitue des données très désagrégées. La mesure du temps de travail du personnel pour un exercice descendant peut exiger uniquement le nombre d'équivalents temps plein et leurs postes au sein d'un service - des données beaucoup plus agrégées.

Le niveau de désagrégation disponible dépendra de l'orientation de l'exercice de calcul des coûts et de la sophistication des systèmes comptables et d'information des prestataires. L'orientation peut imposer des limites au type de mesure possible. Un exercice de calcul des coûts prospectif permet généralement un contrôle plus direct de la mesure car les ressources n'ont pas encore été utilisées et l'instrument de calcul des coûts peut dicter le niveau de désagrégation.

Dans un exercice de calcul rétrospectif des coûts, les ressources ont déjà été utilisées et les données ont déjà été saisies, de sorte que les possibilités de mesures supplémentaires sont limitées. Le degré de sophistication des systèmes de comptabilité et d'information peut également influencer sur le type de mesure possible. Par exemple, certains systèmes avancés permettent de suivre le temps du personnel par salle ou par procédure, tandis que d'autres ne suivent que le nombre de personnes affectées à un service.

Un bon principe directeur consiste à collecter des données à leur niveau actuel de désagrégation et de détail. Si les équipes de calcul des coûts ont besoin d'une désagrégation plus poussée, elles peuvent consulter des experts pour analyser les données ou utiliser des statistiques d'allocation pour convertir les données agrégées dans le format désagrégé dont elles ont besoin. Par exemple, cela peut être nécessaire pour analyser les dépenses des patients hospitalisés et externes enregistrées de manière agrégée (voir les étapes 2 et 9). (Ils peuvent également demander aux prestataires de modifier la manière dont ils suivent et enregistrent les données afin de s'assurer que les données sont disponibles dans le bon format pour les exercices ultérieurs de calcul des coûts ou la comptabilité des coûts de routine, y compris pour les améliorations régulières du système de paiement des prestataires.

TABLEAU 23. Leçons sur l'élaboration d'une base de données minimale

THÈME	LEÇONS TIRÉES DES EXEMPLES DE CAS
<i>Se focaliser sur les postes de dépenses importants et sur les données qu'il est possible de collecter.</i>	L'équipe de calcul des coûts des hôpitaux du MNHA a appris qu'elle aurait pu concevoir un questionnaire de calcul des coûts plus simple, car certaines des données détaillées sur les dépenses demandées aux hôpitaux (par exemple, les factures de téléphone) étaient difficiles à collecter et n'avaient pas d'impact significatif sur le coût moyen final. De même, l'équipe de calcul des coûts des hôpitaux de l'IFSP a passé beaucoup de temps à collecter des données à partir des registres de blanchisserie sur les kilogrammes de linge lavé, afin de les utiliser comme statistiques d'allocation. Une autre base d'allocation (par exemple, les jours-lits) aurait pu donner des résultats suffisants sans le fastidieux comptage des registres de blanchisserie. Ces exemples illustrent l'importance de trouver un équilibre entre l'aspect pratique et une méthodologie sans faille. Les détails obtenus à partir des factures de téléphone et des registres de linge n'ont pas amélioré la validité de l'analyse des coûts, et les données n'étaient pas faciles à obtenir.
<i>Éviter de collecter trop de données.</i>	Les équipes de recherche ont tendance à demander plus d'éléments de données que ce qui est indispensable à l'exercice de calcul des coûts, de peur que des données jugées précieuses ne soient pas obtenues. Il en résulte que de nombreuses équipes chargées des exemples de cas ont constaté qu'elles n'utilisaient pas toutes les données qu'elles avaient collectées. Par exemple, l'équipe chargée de l'évaluation des coûts de l'Établissement de Santé en Indonésie a collecté des données dans l'intention d'effectuer une analyse plus approfondie, mais elle a finalement décidé que l'analyse des coûts unitaires de base était suffisante pour l'analyse initiale. De même, l'équipe de calcul des coûts de l'hôpital Aarogyasri a collecté des données à un niveau très granulaire et a découvert après la collecte des données que ce niveau de granularité n'était pas nécessaire pour le calcul des coûts de leurs paquets de prestations.
<i>Simplifier les instruments de calcul des coûts pour ne collecter que les données essentielles.</i>	Lorsque les institutions répètent des exercices de calcul des coûts, elles mettent généralement à jour les instruments de calcul des coûts en supprimant plutôt qu'en ajoutant des éléments de données. Dans les républiques d'Asie centrale, par exemple, l'équipe chargée de l'évaluation des coûts a mené plusieurs exercices d'évaluation des coûts sur une période de 20 ans. L'instrument de calcul des coûts initial était plus compliqué et plus complet que nécessaire ; l'équipe de calcul des coûts a simplifié l'instrument au fil du temps pour permettre un calcul des coûts de routine en se concentrant uniquement sur les données essentielles. De même, l'équipe de calcul des coûts de l'hôpital d'Aarogyasri a simplifié son instrument de calcul des coûts sur la base des leçons tirées de l'exercice initial de calcul des coûts.
<i>Effectuer un pré-test.</i>	Les équipes de l'IFSP chargées de l'évaluation des coûts des Hôpitaux et des Soins primaires au Vietnam ont initialement collecté plus de données que nécessaire, mais elles ont ajusté les exigences à la suite d'un pré-test, qui a révélé que certaines données étaient trop difficiles à collecter ou que des éléments de données n'étaient pas pertinents pour leur analyse. L'IFSP a collecté davantage de données auprès du premier hôpital échantillonné afin d'évaluer la faisabilité et le temps nécessaire à la collecte des données. L'équipe de calcul des coûts a déterminé que la collecte de données à un niveau très détaillé et désagrégé (par exemple, le temps du personnel, le temps d'utilisation de l'équipement, les matériaux utilisés pour les procédures de laboratoire) demandait trop de travail et a donc interrompu la collecte de ces données pour les autres hôpitaux de l'échantillon. De même, l'équipe du Vietnam a réduit sa demande de données après avoir piloté la méthodologie et l'instrument de calcul des coûts et a déterminé les éléments de données périphériques pour l'analyse.

IDENTIFIER LES SOURCES DE DONNÉES EXISTANTES

Après avoir identifié la base de données minimale nécessaire et le type de données à collecter, l'équipe de calcul des coûts doit évaluer la disponibilité des données pour satisfaire chaque élément de données ; identifier la base, le rapport ou le système qui contient ces données et déterminer le format, le niveau de désagrégation et la fréquence des rapports des données. Pour ce faire, elle doit généralement rendre visite aux prestataires, aux acheteurs, aux bureaux de santé et aux départements de santé.

Souvent, les sources de données ne sont pas centralisées dans les établissements prestataires. Elles peuvent être dispersées dans les services du prestataire et éventuellement situées en dehors de l'établissement chez les acheteurs, dans les bureaux de santé locaux, dans les départements de santé ou dans les bureaux des ministères centraux. L'ENCADRÉ 9 donne des exemples de sources de données susceptibles d'être utiles pour un exercice de calcul des coûts.

Un formulaire de suivi des données peut être utile pour identifier et documenter les sources de données pour les éléments de données requis. Le TABLEAU 25 présente un exemple de formulaire de suivi des données qui peut être adapté à un exercice de calcul des coûts spécifique.

Il comprend également un endroit où documenter la source de financement (gouvernement central, gouvernement local, régime d'assurance, donateur ou patient), ce qui peut aider à déterminer les ressources à inclure ou à exclure en fonction de la perspective de l'exercice de calcul des coûts (dans le cadre de l'étape 2).

ANTICIPER LES DÉFIS LIÉS AUX DONNÉES

Même si les sources de données existent, certains prestataires peuvent ne pas vouloir rendre les données disponibles. En fonction de la relation entre les prestataires et le mandataire de l'exercice de calcul des coûts, les prestataires peuvent hésiter à divulguer des données qu'ils considèrent comme sensibles ou confidentielles. Par exemple, les informations sur les salaires sont souvent considérées comme sensibles, tout comme les registres de présence qui peuvent révéler une double pratique au sein du personnel de l'établissement. Si les prestataires privés sont inclus dans l'exercice d'évaluation des coûts, l'équipe de calcul des coûts doit s'efforcer de gagner leur confiance et leur coopération. S'efforcer d'identifier les coûts particulièrement pertinents pour les prestataires du secteur privé (tels que le coût des terrains et des biens d'équipement), comprendre leurs sources de données et garantir la confidentialité peut contribuer à instaurer la confiance et à gagner leur coopération.

À ce stade précoce, il est utile d'anticiper certains de ces défis en matière d'accessibilité des données et de déterminer comment rassurer les prestataires. L'étape 8 fournit d'autres astuces sur la manière de travailler avec les prestataires pour obtenir des données. Les équipes de calcul des coûts seront inévitablement confrontées aux défis liés à la qualité des données obtenues auprès des prestataires - leur précision, leur fiabilité, leur actualité, leur pertinence, leur exhaustivité et leur cohérence. Il est préférable d'anticiper ces problèmes à ce stade précoce de l'exercice de calcul des coûts. Certaines équipes de calcul des coûts mettent en place un système d'assurance qualité qui prévoit l'examen des données afin d'identifier les problèmes et d'élaborer un plan pour y remédier. L'étape 8 examine les systèmes d'assurance qualité et l'étape 9 donne des conseils pour gérer les questions de qualité des données à l'aide de techniques analytiques.

Enfin, le plan de gestion des données doit s'inscrire dans les contraintes de temps et de budget de l'exercice d'évaluation des coûts. L'équipe doit signaler les défis potentiels liés à la disponibilité, à l'accessibilité et à la qualité des données et s'assurer que tout le plan de gestion des données est réalisable.

ENCADRÉ 9. Sources de données potentielles

- Rapports financiers audités
- Rapports financiers managériaux
- Comptes de profits et pertes (P&L)
- Bases de données des comptes généraux du comptable
- Rapports de décaissement de la trésorerie
- Documents budgétaires et de planification
- Grands livres, livres de caisse ou journaux
- Listes d'inventaire des bâtiments et des actifs
- Bases de données de gestion du capital
- Rapports sur les dépenses des capitaux
- Rapports sur les inventaires de fournitures
- Factures/rapports d'achats
- Rapports sur la logistique des dons
- Bases de données des agences externalisées
- Listes de prix des installations
- Système d'information sur la gestion sanitaire (HMIS)
- Rapports d'utilisation
- Dossiers médicaux/dossiers des patients
- Bases de données des réclamations
- Factures des patients
- Registres d'utilisation
- Registres/journaux des départementaux
- Rapports sur la compensation du personnel
- Fiches du personnel et horaires de travail

TABLEAU 24. Exemple de base de données minimale pour un exercice de calcul des coûts descendant

ÉLÉMENT DE DONNÉES ILLUSTRATIF	COMMENT L'ÉLÉMENT DE DONNÉES EST UTILISÉ POUR L'ANALYSE
Profil de l'établissement	
Numéro de référence de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Attribuer un numéro d'identification unique à chaque établissement afin de relier les données sur les coûts à d'autres données et/ou de préserver l'anonymat de l'établissement.
Départements/spécialités, services et/ou procédures du prestataire	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les objets de coûts du prestataire (voir étape 2) auxquels les coûts seront affectés et attribués.
Surface au sol (mètres carrés)	<ul style="list-style-type: none"> A utiliser comme statistique de répartition pour certains postes de coûts (par ex. coût des utilités, coût d'amortissement)
Utilisation	
Sorties, jours-lits, visites, durée des séjours	<ul style="list-style-type: none"> Calculer les coûts unitaires Utiliser comme statistique de répartition pour certains éléments de coût (par ex. les frais généraux par jour-lit, les frais de repas des patients par jour-lit, les frais de transport par sortie).
ECG, ultrasons, radiographies, analyses de laboratoire, produits sanguins, etc.	<ul style="list-style-type: none"> Pour calculer les coûts unitaires intermédiaires A utiliser comme statistique de répartition pour les coûts des services de soutien clinique (par exemple, le nombre d'échographies pour le coût du département d'échographie).
Nombre d'interventions chirurgicales ou d'heures d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> À utiliser comme statistique d'allocation pour les coûts du service du bloc opératoire
Coût du personnel	
Personnel (ETP ou effectif) par type ou catégorie de personnel	<ul style="list-style-type: none"> Pour mesurer le temps de travail du personnel utilisé par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient. A utiliser comme statistique de répartition pour certains coûts (par exemple, coût du service administratif, coût des uniformes)
Salaires, primes et gratifications (logement, famille, emplacement, risque, etc.), paiement des heures supplémentaires, primes et bonus, impôts sur les salaires, autres paiements au personnel	<ul style="list-style-type: none"> Attribuer une valeur au temps de travail du personnel utilisé par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient.
Coût des médicaments et des fournitures médicales	
Volume de médicaments, de fournitures médicales/chirurgicales/de diagnostic et de consommables, de vaccins, de produits sanguins, d'oxygène, de gaz médicaux, etc. produits sanguins, oxygène, gaz médicaux	<ul style="list-style-type: none"> Pour mesurer la quantité de médicaments, de fournitures médicales et de produits consommables, vaccins, produits sanguins, oxygène et gaz médicaux utilisés par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient.
Dépenses liées aux médicaments, fournitures médicales/chirurgicales/de diagnostic et aux produits consommables, vaccins, produits sanguins, oxygène et gaz médicaux.	<ul style="list-style-type: none"> Pour calculer la valeur de la quantité de médicaments, fournitures médicales et produits consommables, vaccins, produits sanguins, oxygène et gaz médicaux utilisés par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient

(Suite)

TABLEAU 24, suite

ÉLÉMENT DE DONNÉES ILLUSTRATIF	COMMENT L'ÉLÉMENT DE DONNÉES EST UTILISÉ POUR
Coût utilitaires	
Électricité, eau, carburant pour générateurs, autres dépenses	<ul style="list-style-type: none"> Calculer la valeur du volume des services publics utilisés par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient. <ul style="list-style-type: none"> Il est possible de mesurer à un niveau détaillé le volume des services publics consommés (par ex. la consommation de kilowatts, le nombre de robinets d'eau, la consommation d'essence/de diesel), mais il est adéquat et plus pratique d'allouer le coût des utilitaires par mètre carré.
Autres coûts récurrents	
Autres coûts récurrents Dépenses pour les éléments administratifs généraux, les fournitures non médicales, repas des patients et du personnel, carburants et autres lubrifiants, papeterie et fournitures de bureau, communications, réparations mineures et entretien, services	<ul style="list-style-type: none"> Pour calculer la valeur du volume d'autres éléments récurrents utilisés par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient <ul style="list-style-type: none"> Il est possible de mesurer à un niveau détaillé le volume d'autres éléments récurrents consommés (par ex. le nombre de repas des patients, le nombre de rames de papier), mais il est adéquat et plus pratique de répartir ces coûts en utilisant des statistiques de répartition pertinentes (par ex. les ETP, les mètres carrés, les jours-lits).
Coût du capital	
Inventaire des bâtiments	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les bâtiments utilisés par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient.
Surface de plancher (mètres carrés)	<ul style="list-style-type: none"> Mesurer la partie d'un bâtiment utilisée par un prestataire, un département/une spécialité, un service ou un patient afin de répartir l'amortissement du bâtiment ou le coût de la construction.
Amortissement des bâtiments et coût de la construction	<ul style="list-style-type: none"> Calculer la valeur de l'espace d'un bâtiment utilisé par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient.
Inventaire des équipements médicaux et non médicaux	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les actifs immobiliers utilisés par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient.
Amortissement des équipements médicaux et non médicaux	<ul style="list-style-type: none"> Calculer la valeur des actifs immobiliers utilisés par un prestataire, un département/spécialité, un service ou un patient.

TABLEAU 25. Exemple de formulaire de suivi des données

ÉLÉMENT DE DONNÉES	RAPPORT/SYSTÈME	FREQUENCE DES RAPPORTS	FORMAT DES DONNEES	SOURCE DES FONDS
Profil de l'établissement				
Numéro de référence de l'établissement	Identifiant unique généré par l'équipe de calcul des coûts ou identifiant existant (utilisé pour les données relatives aux réclamations, par exemple).			
Départements/spécialités et/ou services/procédures du prestataire	Liste des départements/spécialités et/ou services/procédures	Par ex. annuel	Par ex. copie électronique	
Surface du sol (mètres carrés)	Carte du bâtiment, documents de planification de locaux ou base de données sur le capital			
Utilisation				
Caractéristiques démographiques des patients	Système d'information sur la gestion de la santé (HMIS), rapports d'utilisation, dossiers médicaux ou fiches des patients.			
Sorties, jour-lit, visites				
Durée du séjour (LOS)				
ECG, ultrasons, radiographies, analyses de laboratoire, produits sanguins, etc.	HMIS ou registres des départements de soutien clinique			
Nombre d'interventions chirurgicales ou d'heures d'intervention	HMIS ou registre du bloc opératoire			
Personnel				
Personnel (ETP ou effectifs) avec fonctions et grades	Liste du personnel de l'établissement			
Salaires	Rapport salarial, rapport financier, état des pertes et profits ou grand livre général		Par ex, gouvernement central	
Avantages et allocations	Rapport financier, état des pertes et profits ou grand livre général			
Paiements d'heures supplémentaires				
Incitations et bonus				
Impôts sur les salaires				

(suite)

TABLEAU 25, suite

ELEMENT DONNÉES	RAPPORT/SYSTÈME	FRÉQUENCE DES RAPPORTS	FORMA DES DONNÉES	SOURCE DES FONDS
Coût des médicaments & fournitures				
Dépenses en médicaments, fournitures médicales/ chirurgicales/de diagnostic et consommables, vaccins, produits sanguins, oxygène, gaz médicaux	Factures du dépôt médical central			
	Facture des pharmacies au détail			
	Rapport financier, état des pertes et profits, grand livre général			
	Rapports de dons logistiques			
Utilités				
Dépenses d'électricité, eau, carburant pour groupes électrogènes, autres services utilitaires	Rapports financiers, états des pertes et profits, grand livre ou factures de services utilitaires			
Autres récurrents				
Dépenses administratives générales, fournitures non médicales, repas des patients et du personnel, carburants et autres lubrifiants, papeterie et fournitures de bureau, communications, petites réparations et entretien, services externalisés, loyers, autres dépenses récurrentes.	Rapports financiers, états des résultats, grand livre ou factures d'achat			
Capital				
Inventaire des bâtiments, y compris l'année de construction	Carte du bâtiment, documents de planification des installations ou base de			
Surface au sol (mètres carrés)	Carte du bâtiment, documents de planification des installations ou base de			
Amortissement des bâtiments et dépenses de construction	Base de données des immobiliers ou rapport de dépenses			
Inventaire des équipements médicaux et non médicaux				
Amortissement des équipements médicaux et non médicaux				

VÉRIFICATION

ÉTAPE 4 : ÉLABORER LE PLAN DE GESTION DES DONNÉES

- ✓ **ÉTABLIR** des dispositions institutionnelles claires, des rôles et des responsabilités pour superviser et mettre en œuvre la collecte, le traitement et l'analyse des données.
- ✓ **IDENTIFIER** la base de données minimale requise pour obtenir des résultats valables, en utilisant des sources de données facilement accessibles.
- ✓ **EXAMINER** les exercices d'évaluation des coûts précédents et consulter les prestataires, les experts en systèmes d'information sur la gestion de la santé et d'autres experts techniques au sujet des sources de données existantes.
- ✓ **VISITER** les établissements des prestataires, les bureaux de santé, les départements de santé et d'autres lieux où les données peuvent être stockées afin de documenter où les données sont disponibles et de comprendre les caractéristiques clés des données.
- ✓ **DETERMINER** le niveau de désagrégation des données nécessaire à l'analyse.
- ✓ **ÉLABORER** des stratégies pour faire face aux défis potentiels de données, telles que les données inaccessibles, incomplètes ou inexactes.
- ✓ **ÉVALUER** la faisabilité du plan de gestion des données en fonction des contraintes de temps et de budget.

RESSOURCES

Raftery, James. "Le coût de l'évaluation économique." *BMJ* 320 (2000): 1597.

LEÇONS TIRÉES

“Adopter le plan de collecte et de gestion des données le moins coûteux et le moins exigeant en main-d'œuvre et qui est nécessaire pour obtenir des résultats valables.”

“NE PAS SE LIMITER À LA DISPONIBILITÉ DES DONNÉES - TOUTE FAÇON, DES DONNÉES CRITIQUES DEVRONT ÊTRE COLLECTÉES.”

“IDENTIFIER UNE BASE DE DONNÉES MINIMALES REQUISES AVEC UN FORMAT SIMPLE POUR RÉDUIRE LA CHARGE DES PRESTATAIRES ET DES PERSONNES COLLECTANT LES DONNÉES.”

“LA COLLECTE DE DONNÉES PRIMAIRES PEUT S'AVÉRER NÉCESSAIRE POUR DÉVELOPPER DES STATISTIQUES DE RÉPARTITION AFIN DE SÉPARER LES COÛTS DES PATIENTS HOSPITALISÉS ET EXTERNES.”

“Il n'est pas indispensable de remonter à la source des revenus pour estimer les coûts unitaires, mais il peut être utile de le faire pour avoir une image complète des ressources disponibles au niveau du prestataire.”

ÉTAPE 5.

DÉVELOPPER DES OUTILS ET DES MODÈLES DE DONNÉES

CONCEPTION D'INSTRUMENTS DE CALCUL DES COÛTS

La plupart des exercices de calcul des coûts utilisent un ou plusieurs instruments de calcul pour collecter la majeure partie des données. Ces instruments peuvent inclure des modules financiers, des questionnaires destinés au personnel du prestataire ou aux patients, des audits de dossiers médicaux, des enquêtes d'observation directe ou des études de temps et de mouvements, etc. Les équipes de calcul des coûts développent normalement leurs propres instruments de calcul des coûts parce qu'il peut être trop long d'extraire les données nécessaires des sources existantes telles que les rapports et les bases de données. L'utilisation de sources existantes nécessite souvent une analyse ou une modification pour mettre les données dans le format requis pour l'exercice de calcul des coûts. Les équipes de calcul des coûts développent donc des instruments qui intègrent les exigences de la collecte de données primaires et secondaires dans un seul formulaire.

Dans les exemples de cas, les équipes de calcul des coûts ont examiné des instruments obtenus auprès de collègues ou dans le cadre de cours de formation au calcul des coûts afin de les aider à développer la structure et les questions clés de leurs instruments. Elles ont ensuite adapté ces instruments de façon significative pour répondre à leurs propres objectifs de calcul des coûts ainsi qu'à la disponibilité et au format des données existantes. Elles ont également adapté le langage pour s'assurer que les prestataires comprennent la terminologie.

Les instruments varient en format, allant des questionnaires sur papier aux classeurs de saisie de données dans Microsoft Excel. Le principal inconvénient des questionnaires papier est l'important travail de saisie et de traitement des données nécessaire pour les convertir dans un format utilisable pour l'analyse. Le principal inconvénient du format numérique est le risque de détérioration des fichiers et de perte de données.

Une autre méthode courante de collecte de données consiste à extraire des données de bases de données existantes. Cette méthode ne nécessite pas l'élaboration d'un instrument, mais l'extraction est limitée aux données existantes. Le **TABLEAU 26** décrit les instruments utilisés dans les exemples de cas.

Un grand nombre de ces instruments sont disponibles dans la boîte à outils sur la clé USB d'accompagnement.

DÉVELOPPER DES OUTILS DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNÉES

Pour s'assurer que les instruments de calcul des coûts sont complets et compilent les données dans la structure requise, l'équipe de calcul des coûts doit déterminer comment les données seront analysées, quelles variables seront examinées et comment les résultats seront présentés.

À ce stade, il peut être utile de créer des diagrammes de flux de données, des modèles de saisie de données, des tableaux fictifs et des modèles analytiques. Un diagramme de flux de données décrit le mouvement des données entre les acteurs dans l'exercice de calcul des coûts - par exemple, le mouvement entre les enquêteurs, les responsables du traitement des données, les vérificateurs de données et les analystes. Le diagramme doit indiquer le travail ou les actions que chaque acteur effectue pour transformer les données d'entrée en résultats finaux. La **FIGURE 6** montre le diagramme de flux de données pour l'exercice de calcul des coûts de l'établissement de santé indonésien.

Les tableaux fictifs sont des tableaux factices qui imitent un tableau de résultats normal, mais qui ne contiennent pas de données. (Voir **FIGURE 7**.)

Ces tableaux peuvent être développés à la fois pour la saisie et pour l'analyse des données. Ils garantissent que le traitement et l'analyse des données suivent une séquence logique et facilitent l'analyse de la manière suivante :

- Ils aident à définir la structure et l'organisation nécessaires des données avant qu'elles ne soient traitées et analysées.
- Ils permettent d'identifier tout élément de données précédemment négligé qui devrait être incorporé dans l'instrument d'évaluation des coûts.
- Ils précisent aux enquêteurs et aux prestataires quels sont les éléments de données nécessaires et décrivent comment les données demandées contribueront au calcul du coût unitaire.
- Ils justifient l'inclusion de variables qui peuvent ne pas sembler directement liées à l'analyse des coûts (par exemple, urbain/rural).
- Ils peuvent révéler des variables ou des éléments de données qui ne seront pas utilisés dans l'analyse et qui peuvent être exclus de la base de données minimale.

TABEAU 26. Instruments de collecte de données

EXEMPLE DE CAS	FORMAT D'INSTRUMENT	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT
<i>Hôpital Aarogyasri</i>	7 classeurs Excel	Les instruments étaient les suivants : (1) des modèles de collecte de données sur le profil de l'établissement, les coûts du capital et les dépenses opérationnelles pour la méthodologie descendante ; (2) des modèles de collecte de données cliniques pour l'approche ascendante ; et (3) des modèles de vérification et de triangulation des deux méthodologies afin de comprendre l'authenticité des données.
<i>Casemix Indonésie</i>	1 classeur Excel avec 2 feuilles de travail	L'instrument incluait un tableau pour recueillir des données sur l'utilisation et d'autres données de base sur l'hôpital, et un tableau pour recueillir des données sur les coûts d'exploitation et le capital.
<i>Etablissement de Santé en Indonésie</i>	4 instruments imprimés	Les instruments ont été conçus pour les centres de santé publique (Puskesmas), les hôpitaux, les services de laboratoire et de radiologie des hôpitaux et les bureaux de santé des districts. Les instruments comportaient des modules pour le profil de l'établissement, l'infrastructure physique, les flux financiers, l'équipement, les activités (utilisation), les activités intermédiaires (usage auxiliaire/paraclinique), les ressources humaines, les médicaments et les fournitures médicales, les dépenses, ainsi qu'une enquête sur les patients.
<i>DRG des Républiques d'Asie centrale</i>	1 classeur Excel	L'instrument comportait un long tableau avec des colonnes pour la liste standard des départements et des lignes pour les statistiques de répartition et les données financières requises.
<i>COMPHEC Malaisie</i>	1 classeur Excel	Le modèle par ligne énumère toutes les ressources consommées pour une procédure donnée.
<i>DRG de Malaisie</i>	1 classeur Excel de 22 feuilles de calcul	Le dossier comprenait des tableaux permettant de dresser la liste des départements, du personnel, la répartition des départements et la répartition du temps, les salaires du personnel, les actifs et les stocks, les dépenses en médicaments, les autres dépenses, l'utilisation, la surface des locaux et les dépenses personnelles.
<i>Hôpital MNHA</i>	1 classeur Excel de 18 feuilles de travail	Chaque fiche de travail ciblait un service hospitalier différent, avec des questions sur le coût des services, les dépenses, la charge de travail du personnel, les salaires du personnel, l'utilisation et les statistiques d'affectation.
<i>Taux de cas PhilHealth</i>	Sans objet	PhilHealth extrait régulièrement des données de la base de données des réclamations, de sorte qu'un effort spécial de collecte de données n'a pas été nécessaire et qu'un modèle de collecte de données n'a pas été exigé.
<i>Hôpital PHFI</i>	1 classeur Excel	Le classeur comprenait des onglets pour les centres de coûts, les ressources humaines, l'affectation du temps du personnel, les bâtiments et les terrains, l'équipement, les services utilitaires et d'autres matériaux.
<i>Soins Primaires au Vietnam</i>	2 classeurs Excel	Un cahier de travail demandait des données pour les postes de santé commun: (centres de santé). Les classeurs comportaient des onglets pour les informaticiens, l'utilisation, les revenus, le personnel, les médicaments, les dépenses récurrentes, les bâtiments, l'équipement médical et l'équipement non médical.

FIGURE 6. Diagramme de flux de données : Établissement de santé en Indonésie

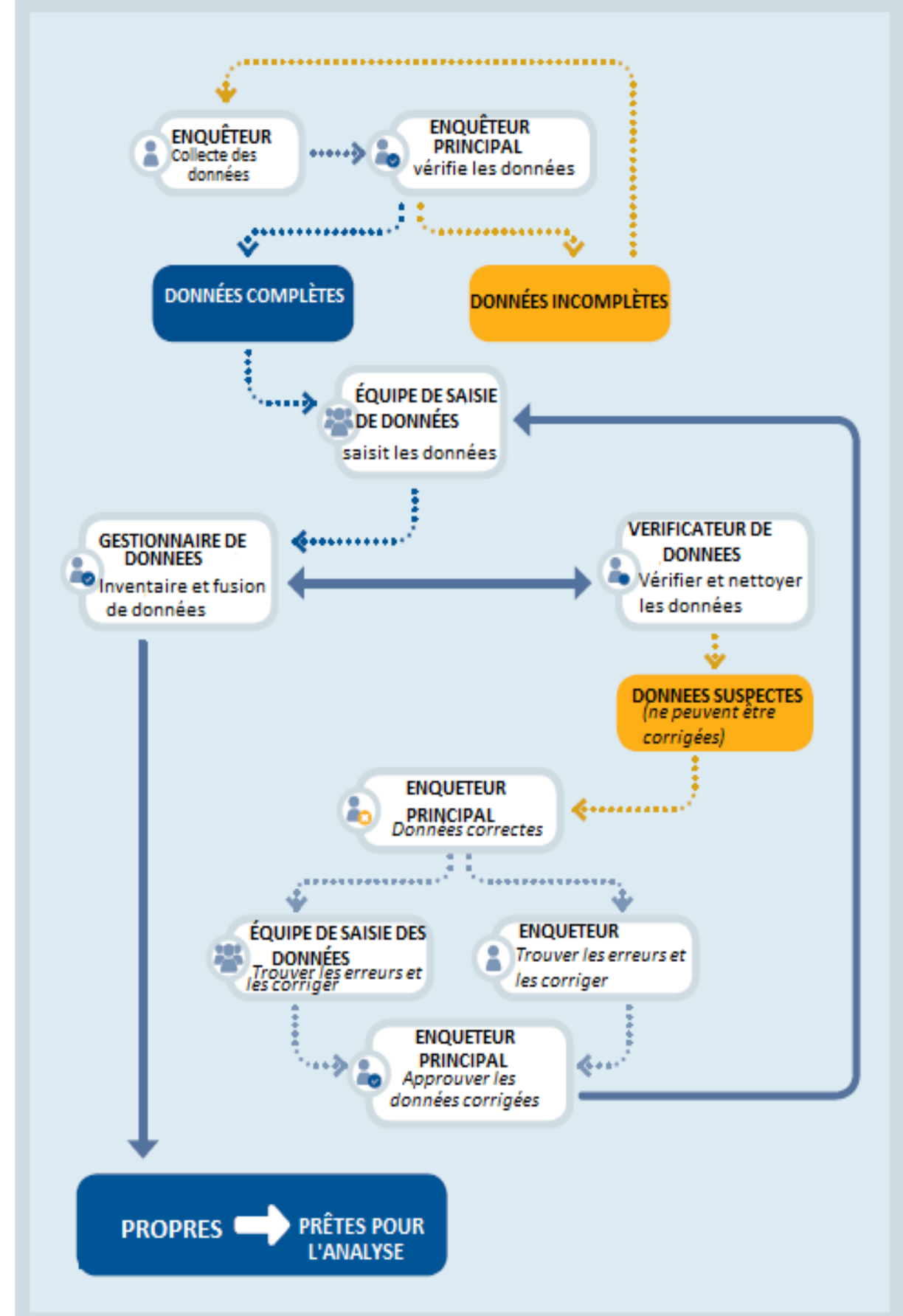


FIGURE 7. Tableau fictif de comptabilité analytique : DRG des Républiques d'Asie centrale

	Finances et Achats	Banque	Culture	Transport/parc personnel	Sécurité	Autre administratif	Pharmacie par Doct.	Imagerie	Laboratoire	Physiothérapie	Mec. opération	Soins d'urgence	Admission
Foyer de l'hôpital													
Pharmacie													
Banque													
Culture													
Transport													
Sécurité													
Autre administratif													
Pharmacie													
Imagerie													
Laboratoire													
Physiothérapie													
Mec. opération													
Soins d'urgence													
Admission													
Soins infirmiers													
Chirurgie													
Orthopédie													
Thérapie médicamenteuse													
Cardiologie													
Néonologie													
Néonologie													
Soins infirmiers													
Cardiologie													
Néonologie													
Cardiologie (en salle d'opération)													
Accouchement													

CHOISIR UN LOGICIEL POUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES

L'équipe chargée du calcul des coûts se doit également de sélectionner et d'acquérir le logiciel, le matériel et l'équipement appropriés pour le traitement des données. Le traitement des données consiste à saisir les données dans des feuilles de calcul et des tableaux fictifs, à les reformater et à les nettoyer pour les préparer à l'analyse. Cela peut prendre beaucoup de temps lorsque les données sont collectées à l'aide d'instruments papier. Mais même les équipes qui utilisent des instruments de calcul des coûts basés sur Excel doivent traiter les données pour les analyser par la réorganisation, le nettoyage et la vérification.

Excel est un logiciel typiquement adéquat pour le traitement des données parce qu'il permet une manipulation relativement facile des données et que, largement utilisé et compris, il permet une saisie et une présentation plus transparentes des données.

Pour la plupart des exemples de cas, le processus de saisie des données n'était pas distinct de la collecte des données, car le personnel du prestataire, de l'acheteur ou du tiers remplissait des

instruments de calcul des coûts basés sur Excel et les importait directement dans les tableaux fictifs et/ou les modèles de calcul des coûts pour l'analyse. Il n'y avait pas non plus de processus de saisie des données distinct pour PhilHealth, car l'acheteur a extrait les données à analyser directement de sa base de données des réclamations. Quant à l'équipe de l'Etablissement de Santé d'Indonésie, elle a saisi manuellement les données dans des fichiers électroniques car l'instrument de calcul des coûts n'a été administré que sous format papier. Dans un premier temps, les collecteurs de données ont enregistré des données brutes dans l'instrument de calcul des coûts à l'aide d'un stylo à bille. Ensuite, les personnes chargées du traitement des données ont saisi manuellement les données dans des outils de saisie de données basés sur Excel. Pour l'analyse, les analystes ont importé les fichiers des outils de saisie des données dans le logiciel Microsoft Access.

Afin de construire le modèle de calcul des coûts pour l'analyse, les équipes de calcul ont utilisé des modèles publiés, les ont adaptés à leurs propres besoins de calcul des coûts ou ont développé leurs propres modèles. Le logiciel choisi pour l'analyse dépendait des exigences décrites dans le TABLEAU 27.

La boîte à outils sur la clé USB d'accompagnement contient quelques exemples de leurs modèles de calcul du coût.

IDENTIFICATION ET FORMATION DE L'ÉQUIPE DES DONNÉES

Le plan quelques exemples de leurs modèles de calcul du coût. Le plan de gestion des données devrait intégrer un profil de l'équipe de données, y compris les qualifications souhaitées des membres de l'équipe, leur rôle dans le projet et leur nombre. L'équipe peut être composée de superviseurs de la gestion des données, d'enquêteurs (collecteurs de données), de responsables du traitement des données, de vérificateurs de données et d'analystes. Les membres de l'équipe jouent souvent plusieurs rôles.

Le profil de l'équipe dépendra de la portée de l'exercice de calcul des coûts et des contraintes de temps et de budget, lesquelles peuvent influencer sur l'approche de la collecte, du traitement et de l'analyse des données. En cas de tâches à plus forte intensité de main-d'œuvre et plus rigoureuses sur le plan analytique, des consultants ou des conseillers techniques supplémentaires peuvent être nécessaires en vue de compléter les capacités de l'équipe des données.

TABEAU 27. Modèles de calcul des coûts et logiciels d'analyse

EXEMPLE DE CAS	MODELE DE CALCUL DES COUTS		LOGICIEL D'ANALYSE	
	TYPE	MOTIF	TYPE	MOTIF
<i>Hôpital Aarogyasri</i>	Modèle unique	Le modèle a été personnalisé selon la taille de l'établissement et le niveau de désagrégation des données.	Microsoft Excel	L'équipe de calcul des coûts et le personnel du prestataire étaient familiarisés avec Excel, et les fichiers étaient faciles à analyser, à partager et à présenter aux différentes parties prenantes.
<i>CASEMIX Indonésie</i>	Modèle publié par l'Université des Nations Unies (UNU) : Le modèle de calcul des coûts cliniques (CCM)	Le Centre national Casemix (NCC) a passé un contrat avec l'UNU pour ce projet, et l'UNU a fourni le logiciel CCM.	Paquet statistique pour les sciences sociales (SPSS) et le logiciel CCM	L'équipe a utilisé SPSS pour analyser les statistiques de l'hôpital et les données de diagnostic des patients ; elle a utilisé le CCM pour calculer les coûts unitaires.
<i>Établissement de Santé en Indonésie</i>	Modèle unique	Les formulaires de données des établissements étant très spécifiques, il était donc plus utile de concevoir un questionnaire et un modèle qui reflètent la réalité des données.	Stata	Le logiciel a facilité l'analyse de vastes bases de données et de réexécuter rapidement les analyses.
<i>DRG des Républiques d'Asie centrale</i>	Modèle publié, modifié par la suite pour les exercices de calcul des coûts ultérieurs	Après quelques années, l'équipe a mis au point un modèle unique avec une série standard de départements, de chapitres budgétaires et de paramètres d'allocation basés sur le pays.	Microsoft Excel	Excel a rendu l'analyse transparente pour l'administration de l'hôpital afin que les résultats puissent être utilisés pour la gestion interne.
<i>COMPHEC Malaisie</i>	Modèle unique adapté à partir de plusieurs modèles publiés	Le modèle peut varier d'une clinique à l'autre en Malaisie et pourrait être adapté et utilisé dans d'autres centres de santé.	Microsoft Excel	Le personnel du MdS et des cliniques savait comment utiliser et interpréter Excel.
<i>DRG de Malaisie</i>	Modèle publié (utilisé pour la première fois à Rio de Janeiro, Brésil)	Le modèle résume dans un diagramme simplifié tous les centres de coûts, les éléments de données et les statistiques de répartition.	Microsoft Excel	Excel était facile à comprendre et à utiliser en toute convivialité.

(Suite)

TABLEAU 27, suite

EXEMPLE DE CAS	MODÈLE DE CALCUL DES COÛTS		LOGICIEL D'ANALYSE	
	TYPE	MOTIFS	TYPE	MOTIFS
Hôpital MNHA	Modèle unique	Un modèle unique s'est avéré utile du fait des exigences de l'analyse et des informations disponibles.	Microsoft Excel	Excel était facile à apprendre et les données étaient faciles à voir et à retracer en cas d'erreur lors de l'analyse.
Taux de cas PhilHealth	Pas de modèle	L'équipe a analysé les demandes directement dans la base de données	Microsoft Excel	Excel a suffi pour l'analyse.
Hôpital PHFI	Modèle unique	Les modèles publiés ne pouvaient pas répondre aux exigences d'analyse.	Microsoft Excel	Excel était un outil pratique et adéquat pour le calcul des coûts.
Soins Primaires Vietnam	Modèle unique adapté des modèles publiés	L'équipe a décidé qu'un modèle unique serait plus flexible si des changements étaient	Microsoft Excel	Excel était convivial, rendait l'analyse transparente et permettait de relier les données d'un instrument de calcul des coûts basé sur Excel aux calculs de comptabilité

Les qualifications de l'équipe de données varieront en fonction du contexte et de la complexité de l'exercice de calcul des coûts et du rôle pour lequel les membres de l'équipe sont recrutés. Par exemple, une certaine expertise médicale peut être utile si l'exercice de calcul des coûts comprend un calcul ascendant des coûts de diagnostics ou de procédures particuliers, mais une telle expertise ne serait pas essentielle pour un exercice de calcul descendant des coûts. L'exercice de calcul des coûts d'Aarogyasri a fait appel à des enquêteurs ayant une formation médicale pour la composante ascendante, mais pas pour la composante financière descendante. Une autre considération importante est de savoir dans quelle mesure les membres de l'équipe doivent avoir une expertise en finance ou en économie de la santé. Les enquêteurs et les personnes qui traitent les données n'ont généralement pas besoin d'avoir des connaissances en finance ou en économie de la santé, mais une formation en finance ou en économie de la santé est importante pour les analystes.

Il n'existe pas de règle définitive concernant le nombre de personnes à inclure dans l'équipe de données. La portée de l'exercice de calcul des coûts (voir étape 2) et le nombre d'établissements dans l'échantillon (voir étape 6) influenceront certainement la taille requise.

La portée de l'exercice de calcul des coûts (voir étape 2) et le nombre d'établissements dans l'échantillon (voir étape 6) influenceront certainement la taille requise. Il y a des compromis à faire entre une grande équipe capable d'effectuer rapidement le travail et une petite équipe capable de traiter les données de manière standardisée. L'exercice de calcul des coûts de l'Établissement de Santé Indonésien a employé des centaines d'enquêteurs pour répondre aux besoins de la grande taille de l'échantillon (près de 500 établissements). L'exercice de calcul des coûts des hôpitaux de la MNHA a mobilisé moins de membres de l'équipe dans le but de collecter et d'analyser les données d'une manière standardisée.

Les exemples de cas ont utilisé les critères ci-dessous pour déterminer la taille appropriée de l'équipe de données :

- Nombre et types d'établissements de santé
- Volume de services/charge de travail de l'établissement.
- Volume de données à collecter
- Temps disponible pour collecter les données

- Sophistication/automatisation des systèmes de systèmes de comptabilité et d'établissement de rapports
 - Distance géographique entre les établissements
 - Budget disponible.
- Les enquêteurs des exemples de cas provenaient des prestataires, des acheteurs et/ou des organisations tierces (telles que les universités et les instituts de recherche), et ce en fonction de la configuration du système de santé et de la portée et des dispositions institutionnelles de l'exercice de calcul des coûts. Les modalités de collecte des données peuvent évoluer au fil du temps, à mesure que l'exercice de calcul des coûts est institutionnalisé au sein de l'acheteur ou d'un autre organisme et que les prestataires soumettent régulièrement des données sur les coûts afin d'affiner en permanence leur système de paiement.

Le TABLEAU 28 décrit les affiliations des enquêteurs retenus dans les exemples de cas. Le TABLEAU 29 décrit les qualifications des différents membres de l'équipe de données.

TABLEAU 28. Les enquêteurs et leurs affiliations

EXEMPLE DE CAS	DESCRIPTIONS DES ENQUÊTEURS	AFFILIATION DE L'ENQUÊTEUR
Hôpital Aarogyasri	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe de calcul des coûts d'Aarogyasri et l'université d'Hyderabad ont dirigé la collecte des données. • Le personnel de l'hôpital a participé à la collecte des données. 	<input checked="" type="checkbox"/> Prestataire <input checked="" type="checkbox"/> Acheteur <input checked="" type="checkbox"/> Tiers
Casemix Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> • Le National Casemix Center (NCC) du MdS a envoyé un formulaire de collecte de données aux hôpitaux pour qu'ils le remplissent. 	<input checked="" type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Acheteur <input type="checkbox"/> Tiers
Établissement de Santé d'Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes de mise en œuvre ont confié la collecte des données à une entreprise privée par le biais d'un appel d'offres. • Le personnel de certains hôpitaux a également recueilli des données. 	<input checked="" type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Acheteur <input checked="" type="checkbox"/> Tiers
DRG des Républiques d'Asie	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe de recherche a fourni l'instrument d'évaluation des coûts aux économistes hospitaliers et les a formés à la manière de le remplir. • Le personnel de l'hôpital a collecté les données. 	<input checked="" type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Acheteur <input type="checkbox"/> Tiers
COMPHEC Malaisie	<ul style="list-style-type: none"> • Une équipe de recherche du MdS a recruté des enquêteurs les a formés, ainsi que le personnel de la clinique, au processus de collecte des données. Les enquêteurs et le personnel de la clinique ont collecté les données. • L'équipe de recherche a vérifié les données. 	<input checked="" type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Acheteur <input type="checkbox"/> Tiers
DRG de Malaisie	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel hospitalier a rempli l'instrument d'évaluation 	<input checked="" type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Acheteur <input type="checkbox"/> Tiers
Hôpital MNHA	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel hospitalier a rempli l'instrument d'évaluation. • Les enquêteurs du NHA du MdS ont vérifié les données. 	<input checked="" type="checkbox"/> Prestataire <input checked="" type="checkbox"/> Acheteur <input type="checkbox"/> Tiers
Hôpital PHFI	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyste de PHFI a collecté les données en collaboration avec le personnel de l'hôpital. 	<input checked="" type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Acheteur <input checked="" type="checkbox"/> Tiers
Taux de cas PhilHealth	<ul style="list-style-type: none"> • PhilHealth a extrait les données de la base des réclamations. 	<input type="checkbox"/> Prestataire <input checked="" type="checkbox"/> Acheteur <input type="checkbox"/> Tiers
Soins Primaires au Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel du prestataire a collecté les données après avoir été formé par l'Institut de stratégie et de politique de santé (HSPI) et l'Université de médecine de Hanoi (HMU). • Des analystes de HSPI et de HMU ont collecté et vérifié certaines données. 	<input checked="" type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Acheteur <input checked="" type="checkbox"/> Tiers

TABLEAU 29. Composition et qualifications de l'équipe de données

EXEMPLE DE CAS	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE DONNÉES	QUALIFICATIONS DE L'ÉQUIPE DE DONNÉES
Hôpital Aarogyasri	<ul style="list-style-type: none"> 22 personnes (8 à temps plein ; 14 pour 3 mois seulement) ont collecté et saisi les données. Quatre personnes supplémentaires (en moyenne) des hôpitaux ont collecté les données. 4 personnes ont analysé les données. 	<ul style="list-style-type: none"> Le chef d'équipe était un médecin ayant de l'expérience dans l'analyse des données et le calcul des coûts. Les analystes de données avaient une formation en médecine, en gestion des soins de santé et/ou en santé publique. Le reste du personnel avait une formation paramédicale, soins infirmiers, gestion des soins de santé, comptabilité ou saisie de données.
Casemix Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> 1 personne dans chaque hôpital était responsable de la collecte des données. 40 membres du personnel du CCN ont été affectés à l'élaboration des itinéraires cliniques, au calcul des coûts, à la codification des maladies et au soutien des systèmes informatiques pour la gestion et l'analyse des données. 2 consultants internationaux ont participé à l'analyse. 	<ul style="list-style-type: none"> L'employé de l'hôpital avait une formation en finance ou travaillait dans le service de comptabilité. Le personnel des CCN avait une formation médicale, comptable, de spécialiste des dossiers médicaux ou informatique.
Établissement de santé en Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> L'exercice d'évaluation des coûts a employé 200 enquêteurs, 50 spécialistes de la saisie des données et 3 analystes de données. 12 vérificateurs de données indépendants, composés de 4 équipes de 4 universités, ont vérifié les données collectées. 	<ul style="list-style-type: none"> Les enquêteurs principaux avaient une formation en santé publique. Il n'y avait pas d'exigences spécifiques pour les recenseurs ; il s'agissait de recenseurs indépendants, de membres du personnel des établissements de santé ou d'étudiants des facultés de santé publique. Les spécialistes de la saisie des données avaient une certaine expérience de la saisie des données dans le cadre d'enquêtes de grande envergure. Les analystes de données étaient des économistes de la santé.
DRG des Républiques d'Asie centrale	<ul style="list-style-type: none"> 1 à 2 personnes de chaque hôpital ont collecté les données. 1 analyste a analysé les données. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel hospitalier était composé d'économistes de la santé et de statisticiens, sélectionnés par l'administration de l'hôpital. L'analyste de données était un spécialiste du financement de la santé au niveau international.
COMPHEC Malaisie	<ul style="list-style-type: none"> 4 enquêteurs ont collecté les données. 2 membres du personnel du MdS et 1 consultant en informatique ont saisi les données. 1 analyste du MdS a analysé les données. 	<ul style="list-style-type: none"> Le MdS a recruté des jeunes diplômés ayant une formation dans le domaine de l'informatique ou des sciences médicales pour collecter les données. L'analyste de données avait une formation en économie de la santé.
DRG de Malaisie	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre de personnes impliquées dans la collecte des données variait d'un hôpital à l'autre, allant de 12 à plus de 50. L'analyse a été réalisée par 8 à 10 personnes de l'unité Casemix du MdS. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe hospitalière des données était composée de consultants cliniques, de comptables, d'infirmières, d'agents administratifs, pharmaciens, ingénieurs, personnel chargé des dossiers médicaux et fonctionnaires de l'informatique.

(Suite)

TABLEAU 29, suite

EXEMPLE DE CAS	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	QUALIFICATIONS DE L'ÉQUIPE DE
Hôpital MNHAI	<ul style="list-style-type: none"> 5 Le personnel des CNS du MdS a géré le processus de collecte et d'analyse des données. Le personnel des CNS a travaillé avec plus de 20 membres du personnel de chaque hôpital pour remplir les questionnaires de calcul des coûts 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel des CNS était composé de chargés de recherche et d'un médecin ayant reçu une formation en calcul des coûts. Le personnel de l'hôpital qui a fourni des données représentait différents services de l'établissement, allant de l'administration et de la comptabilité aux services cliniques.
Hôpital PHFI	<ul style="list-style-type: none"> 1 analyste de l'IFSP a collecté, traité et analysé les données. L'analyste a travaillé avec le personnel de différents services de l'hôpital. 	L'analyste avait un doctorat en économie.
Taux des cas PhilHealth	7 à 10 personnes de PhilHealth ont travaillé avec le service informatique de PhilHealth pour extraire les données de la base de données des réclamations.	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes de données étaient diplômés en médecine.
Soins Primaires au Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> 2 à 3 personnes de chaque hôpital ont collecté et saisi les données. 2 à 3 personnes de chaque bureau de santé de district ont collecté des données auprès d'environ 25 postes de santé communaux. 6 personnes des deux instituts de recherche ont vérifié les données et effectué l'analyse. 	Le personnel hospitalier du département de la planification et du département des finances et de la comptabilité a été impliqué.

PLANIFICATION DE LA SUPERVISION ET DE L'ASSURANCE QUALITÉ

Le plan de gestion des données doit également inclure une structure de gestion pour l'équipe de données et un plan d'assurance qualité. Certains exercices de calcul des coûts emploient des superviseurs pour gérer les membres de l'équipe et garantir la qualité des données. Par exemple, l'exercice de calcul des coûts de l'Etablissement de Santé d'Indonésie comprenait des postes d'enquêteurs principaux. Une autre pratique courante consiste à créer des postes de vérificateurs de données.

Dans la plupart des exercices de calcul des coûts, le personnel de l'organisation qui supervise le traitement et l'analyse des données signalera les données douteuses et les vérifiera auprès des prestataires. Dans certains cas, comme dans l'exercice d'évaluation des coûts de l'Etablissement de Santé d'Indonésie, des vérificateurs indépendants ont été engagés pour effectuer cette tâche.

Une fois le plan de gestion des données achevé, l'équipe chargée des données peut être recrutée et formée.

La formation doit être ciblée sur chaque rôle. Les manuels de formation qui décrivent le plan de gestion des données, les instruments de collecte des données, les outils de saisie des données, les tableaux fictifs et les processus y afférents peuvent contribuer à garantir que les membres de l'équipe s'acquittent de leurs fonctions de manière cohérente et correcte, en particulier pour les exercices de calcul des coûts de grande envergure.

VÉRIFICATION

ÉTAPE 5 : DÉVELOPPER LES OUTILS ET LES MODÈLES DE DONNÉES

- ✓ **ÉLABORER** des instruments de calcul des coûts pour guider la collecte et la vérification des données.
- ✓ **CRÉER** des diagrammes de flux de données, des modèles de saisie de données et des tableaux fictifs.
- ✓ **CHOISIR** et acquérir les logiciels, le matériel et l'équipement appropriés pour le traitement et l'analyse des données.
- ✓ **CONFIRMER** que les instruments de collecte et les outils de traitement des données fournissent les données nécessaires pour alimenter les tableaux fictifs, et procéder aux révisions nécessaires.
- ✓ **ÉLABORER** le modèle de calcul des coûts pour l'analyse.
- ✓ **ÉVALUER** les capacités, le temps et les besoins budgétaires du personnel pour la gestion des données.
- ✓ **DETERMINER** le profil de l'équipe de données, y compris le nombre de superviseurs de la gestion des données, d'enquêteurs, de responsables du traitement, de vérificateurs et d'analystes des données.
- ✓ **ÉLABORER** des manuels de formation sur les instruments de collecte des données, les outils de saisie des données et les processus y associés.
- ✓ **EMBAUCHER ET FORMER** l'équipe des données.

LEÇONS TIRÉES

“Excel était le logiciel que nous préférons - à condition que la taille de l'échantillon ne soit pas trop importante - parce qu'il est largement utilisé et compris, ce qui rend les analyses transparentes.”

“LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR LA COLLECTE DES DONNÉES PEUT SUSCITER DES INQUIÉTUDES INITIALES EN RAISON D'UN BIAIS POTENTIEL, MAIS EN RÉALITÉ, LE BIAIS PEUT ÊTRE MOINDRE CAR CE SONT LES PERSONNES LES PLUS FAMILIÈRES AVEC LES DONNÉES.”

RESSOURCES

Voir la boîte à outils sur la clé USB d'accompagnement.

ÉTAPE 6

CHOISIR L'ÉCHANTILLON

CHOISIR LES CRITÈRES D'ÉCHANTILLONNAGE

Cette étape revient sur les décisions prises à l'étape 2 au sujet des types de prestataires à inclure dans l'exercice de calcul des coûts, en se concentrant sur le statut de propriété du prestataire, le type d'établissement, le niveau de service et la taille. Tous ces critères, ainsi que d'autres (tels que la géographie, la généralisation des résultats, la précision souhaitée des estimations de coûts et l'aspect pratique du plan d'échantillonnage), sont des facteurs à prendre en compte lors de la détermination de l'échantillon de prestataires et des strates, ou sous-groupes, pour l'échantillonnage.

Diverses méthodes de sélection d'échantillons sont disponibles et sont décrites en détail dans la littérature sur l'échantillonnage. La littérature sur l'échantillonnage recommande de sélectionner un échantillon représentatif, mais cela peut ne pas être faisable ou nécessaire dans un contexte autre que celui de la recherche. La saisie des éléments essentiels de la diversité et de la variabilité et l'utilisation de techniques d'analyse permet de corriger le manque de représentativité de l'échantillon. L'objectif de l'échantillonnage dans le cadre d'un exercice de calcul des coûts pour le paiement des prestataires est de sélectionner les bons points de référence en vue de l'estimation des coûts plutôt que d'obtenir un échantillon statistiquement valide. Des méthodes pragmatiques plutôt que statistiques sont presque toujours utilisées afin de déterminer la taille et la composition de l'échantillon dans les exercices de calcul des coûts pour le paiement des prestataires.

Voici quelques questions générales pour guider le processus de sélection de l'échantillon :

- Quels sont les prestataires pour lesquels vous estimez les coûts ?
- Quelle est la variabilité de ces prestataires (par ex. la gamme de services) ?
- Quels sont les prestataires les plus efficaces et pourquoi (par ex. volume élevé de services) ?
- Quels sont les prestataires qui jouent un rôle dans l'accessibilité des services de santé ?
- Quelle quantité d'informations existe déjà ?
- Dans quelle mesure la collecte des données sera-t-elle difficile ?
- Les prestataires sont-ils disposés à fournir des données ?
- Quelle est la fiabilité des données provenant des établissements individuels ?
- Quel est le niveau de précision nécessaire pour les estimations ?

Les directives pragmatiques suivantes peuvent faciliter le processus d'échantillonnage :

- Si la variabilité des prestataires est importante, choisir un échantillon plus large avec une plus grande variabilité.
- Stratifier la population de prestataires en différentes catégories afin de réduire la variation, et inclure des prestataires de chaque catégorie.
- Pour un pays vaste et diversifié, il convient de prendre des échantillons en grappes.
- Identifier tous les sous-ensembles d'établissements où des différences de coûts sont attendues et importantes pour le paiement des prestataires (par ex. statut de propriété, type d'établissement, géographie), et choisir autant d'établissements que possible dans chaque sous-ensemble.
- Tenir compte de la littérature mondiale sur les variations importantes de la structure des coûts des prestataires afin de saisir celles qui sont jugées importantes pour l'échantillon.

D'autres considérations pratiques ont influencé les choix de sélection de l'échantillon dans les exemples de cas, allant de la sélection d'établissements dotés de systèmes d'information solides (Soins Primaires au Vietnam) à la sélection d'établissements à fort volume (DRG dans les Républiques d'Asie Centrale) en passant par la sélection d'établissements publics à partir d'une liste gouvernementale (Établissement de Santé en Indonésie). Une autre considération importante est de savoir quels prestataires s'engagent à participer à l'exercice de calcul des coûts. L'étape 8 décrit les moyens d'obtenir le consentement des prestataires et de les inciter à participer.

La plupart des pays, quel que soit leur niveau de revenu, incluent moins de 20 % de tous les établissements de l'échantillon, et de nombreux pays en incluent moins de 10 %. L'une des approches recommandées consiste à

commencer par un petit échantillon de prestataires disposant des meilleurs systèmes comptables, puis à passer à un échantillon plus représentatif stratifié par tous les types de prestataires une fois que les processus de paiement des prestataires ont été mis en place et que des perfectionnements ont été apportés.

SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON

Une fois que l'équipe chargée de l'évaluation des coûts a déterminé les critères et la méthode d'échantillonnage, elle doit identifier la base d'échantillonnage en obtenant ou en créant une liste des établissements de santé. L'équipe doit organiser la liste des établissements en fonction des sous-groupes (strates) qui représentent les principaux facteurs de variation des coûts. Pour ce faire, ils peuvent déterminer les facteurs de variation des coûts

et élaborer une matrice de variabilité afin de s'assurer que les facteurs pertinents sont pris en compte dans la définition des strates de l'échantillon. Pour ce faire, ils peuvent déterminer les facteurs de variation des coûts et élaborer une matrice de variabilité afin de s'assurer que les facteurs pertinents sont pris en compte dans la définition des strates de l'échantillon. Les facteurs courants de variation des coûts sont notamment la géographie, le volume, le propriétaire de l'établissement, la taille des lits et le niveau de service (Voir le TABLEAU 30.) La matrice peut guider l'équipe dans la sélection de l'échantillon de prestataires, en utilisant un échantillonnage en grappes, un échantillonnage raisonné ou une autre méthode. Le TABLEAU 31 décrit les méthodes d'échantillonnage utilisées dans les exemples de cas, et l'ENCADRÉ 10 décrit comment une approche d'échantillonnage peut changer au fil du temps avec des exercices de calcul des coûts répétés.

TABLEAU 30 . Exemple de matrice de variabilité

	GÉOGRAPHIE			Volume			NIVEAU DE SERVICE		
	Urbain	Rural	Eloigné	Faible	Moyen	Elevé	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Prestataire A									
Prestataire B									
Prestataire C									
Prestataire D									
Prestataire E									
Prestataire F									
Prestataire G									
Prestataire H									
Prestataire H									
Prestataire J									

TABLEAU 31 . Méthodes d'échantillonnage

EXEMPLE DE CAS	METHODE DE CHOIX DE L'ECHANTILLON	CRITÈRES DE SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON	DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON
<i>Hôpital Aarogyasri</i>	• Échantillonnage ciblé	HOPITAUX : <ul style="list-style-type: none"> • Propriété de l'établissement • Géographie (rurale, urbaine, tribale) • Nombre de lits (<99, 100-299, 300-499, >500) • Services (de base/ superspécialité, médicaux/chirurgicaux) • Enseignement/non-enseignement PROCÉDURES : <ul style="list-style-type: none"> • Volume élevé • Coût élevé • Probabilité de disparité entre le prix de l'offre et le prix du marché 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 hôpitaux pour la composante descendante • 42 procédures sur les 938 financées par Aarogyasri
<i>Casemix Indonésie</i>	• Échantillonnage stratifié ciblé	<ul style="list-style-type: none"> • Classe d'hôpital (4 classes) • Région (4 régions) • Bonnes données • Bonne gouvernance et capacité de gestion financière de l'hôpital • Volonté de participation des prestataires 	<ul style="list-style-type: none"> • 500 hôpitaux échantillonnés • 137 hôpitaux sur 1 273 (11 %) ont fourni des données - 30 hôpitaux par classe - Publics et privés
<i>Établissement de Santé d'Indonésie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Échantillonnage aléatoire stratifié (à l'aide d'un logiciel d'analyse en grappes pour obtenir 4 grappes de provinces optimales), puis sélection aléatoire de 15 provinces et de 2 districts au sein de chaque province. • Échantillonnage statistique de tous les établissements des districts, à l'exception des grands hôpitaux universitaires. • Échantillonnage ciblé des grands hôpitaux universitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Établissements publics de soins primaires (il n'y avait pas de base de sondage pour les établissements privés) • Hôpitaux généraux publics et privés de ≥50 lits • Grands hôpitaux universitaires en fonction de la disponibilité des données et de la faisabilité de la collecte des données. 	<ul style="list-style-type: none"> • 200 hôpitaux sur 1 400 (14 %) - 106 hôpitaux privés sélectionnés au hasard (25 abandons) dans les 30 districts - 121 hôpitaux publics sélectionnés de manière aléatoire (2 abandons), dont 1 hôpital de district de chaque district et 91 autres hôpitaux sélectionnés de manière aléatoire dans d'autres districts des provinces. • 235 des 9 000 (3 %) centres de santé (Puskesmas), soit 8 à 9 centres sélectionnés de manière aléatoire par district, avec 1 abandon.

(suite)

TABLEAU 31, suite

EXEMPLE DE CAS	MÉTHODE DE CHOIX DE L'ÉCHANTILLON	CRITÈRES DE CHOIX DE L'ÉCHANTILLON	DESCRIPTION D'ÉCHANTILLON
DRG des Républiques d'Asie centrale	• Échantillonnage ciblé	<ul style="list-style-type: none"> • Les hôpitaux généraux (parce que, conformément aux objectifs de la réforme, ils fournissent le plus grand nombre de services, disposent du plus grand nombre de départements cliniques et traitent plus de 10 000 cas par an). 	<p>Dernier exercice d'évaluation des coûts de ZdravPlus USAID au Kazakhstan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 hôpitaux pour l'analyse de la comptabilité des coûts complets • 300 hôpitaux pour une simulation basée sur les DRG et utilisant des données sur la durée moyenne de séjour (ALOS).
COMPHEC Malaisie	• - Échantillonnage ciblé	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de soins basé sur les TI • Système d'information solide 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 centre de santé publique
DRG de Malaisie	• Échantillonnage aléatoire stratifié	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les niveaux d'hôpitaux desservis par le MdS 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 des 142 hôpitaux (7% du cadre d'échantillonnage) : <ul style="list-style-type: none"> - 5 hôpitaux publics (≥20 spécialités cliniques) - 2 grands hôpitaux (10-20 spécialités cliniques) - 2 petits hôpitaux (6-10 spécialités cliniques) - 1 hôpital non spécialisé (minimum 6 spécialités cliniques)
Hôpital MNHA	• Échantillonnage stratifié ciblé	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les catégories d'hôpitaux du MdS (sur la base du nombre de spécialistes et du type de services fournis) 	<ul style="list-style-type: none"> • 13 hôpitaux sur 136 (10 % du cadre d'échantillonnage) : <ul style="list-style-type: none"> - 3 hôpitaux de chacune des 4 catégories et 1 hôpital tertiaire
Hôpital IFSP	• Échantillonnage ciblé	<ul style="list-style-type: none"> • Tous types d'hôpitaux (selon la taille et la propriété de l'établissement) <ul style="list-style-type: none"> - Volonté des fournisseurs - Accessibilité des données - Accès à l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 hôpitaux <ul style="list-style-type: none"> - 1 hôpital caritatif - 1 hôpital privé - 1 hôpital public de district - 1 hôpital universitaire privé - 1 hôpital universitaire tertiaire public
Taux des cas PhilHealth	• Hôpitaux stratifiés du réseau PhilHealth par niveau et choix de toutes leurs réclamations	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux tertiaires (hôpitaux spécialisés/ départementaux et hôpitaux d'enseignement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de toutes les réclamations de remboursement des hôpitaux tertiaires
Soins Primaires au Vietnam	• Échantillonnage ciblé	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'information solide • Proximité géographique de l'équipe de recherche • Volonté de participation du prestataire 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 hôpitaux de district • 76 postes de santé communaux

ENCADRÉ 10. Méthode d'échantillonnage : Casemix Indonésie

Le MdS indonésien a chargé le Centre National de Casemix (NCC) de développer le système de paiement par cas du pays (INA-CBG). Le NCC a testé le système avec des hôpitaux qui fournissaient des soins aux membres de Jamkesmas, le régime d'assurance pour les pauvres. Pour commencer à construire les pondérations de coûts relatifs à partir des coûts unitaires, le NCC a envoyé une enquête de coûts à 15 hôpitaux tertiaires de classe A (≥400 lits) et de classe B (200 à 399 lits) qui desservaient les patients du Jamkesmas. Ces 15 hôpitaux étaient tous des établissements appartenant au MdS, de sorte que le CNC a pu obtenir leur coopération.

Pour le deuxième exercice de calcul des coûts, deux ans plus tard, le CNC a élargi les critères de choix aux petits et moyens hôpitaux, aux hôpitaux secondaires et aux grands hôpitaux tertiaires des classes A, B, C (100 à 199 lits) et D (25 à 99 lits) qui accueilleraient

des patients de Jamkesmas. Le CCN a envoyé des questionnaires par courrier électronique à 200 hôpitaux publics (appartenant au MdS et aux autorités locales) ; 160 questionnaires ont été remplis et 100 ont été jugés suffisamment complets pour être utilisés dans le cadre de l'analyse.

Peu après le deuxième cycle d'enquête, le gouvernement a adopté un règlement exigeant que tous les hôpitaux mettent en place des systèmes de comptabilité. Le gouvernement a également décidé d'étendre le système de paiement par cas pour inclure non seulement les prestataires de Jamkesmas, mais aussi tous les prestataires du nouveau régime national d'assurance maladie. Ces développements ont permis au CNC d'augmenter le nombre d'hôpitaux enquêtés et d'ajouter les hôpitaux privés à la base d'échantillonnage pour le troisième tour.

Un an après le deuxième tour, le CCN a échantillonné les hôpitaux secondaires et tertiaires publics et privés des classes A, B, C et D, en envoyant l'enquête par courrier électronique à 500 hôpitaux. Sur les 325 hôpitaux qui ont renvoyé l'enquête sur les coûts, des données provenant de 137 hôpitaux ont été utilisées pour l'analyse.

À l'avenir, le CNC prévoit de mettre à jour l'enquête sur les coûts et d'instituer une comptabilité des coûts de routine afin d'enquêter régulièrement auprès des hôpitaux pour mettre à jour les taux de paiement par cas.



1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

VÉRIFICATION

LEÇONS TIRÉES

ÉTAPE 6: CHOIX DE L'ÉCHANTILLON

- ✓ **REEXAMINER** les décisions relatives au champ d'application concernant les types de prestataires à inclure dans l'analyse des coûts.
- ✓ **DETERMINER** les critères d'échantillonnage qui sont importants pour l'exercice de calcul des coûts.
- ✓ **COMPRENDRE** les avantages et les inconvénients des différentes méthodes d'échantillonnage et déterminer la méthode optimale pour l'exercice de calcul des coûts.
- ✓ **OBTENIR** la base d'échantillonnage des prestataires (si disponible).
- ✓ **FINALISER** les strates de l'échantillon.
- ✓ **CHOISIR** l'échantillon.

RESSOURCES

Kish, Leslie. Enquête sur l'échantillonnage. New York: John Wiley & Sons, 1995.

Levy, Paul S., and Stanley Lemeshow. Échantillonnage des populations : Méthodes et applications. 4e éd. Série Wiley sur la méthodologie d'enquête. Hoboken, NJ: Wiley, 2008.

“CHOISIR DES ETABLISSEMENTS S DOTÉS DE SYSTEMES D'INFORMATION SOLIDES.”

“Se rappeler que l'objectif de l'échantillonnage pour le paiement des prestataires est de choisir le bon point de référence pour les coûts plutôt qu'un échantillon statistiquement valide.”

“ CHOISIR DES ETABLISSEMENTS EFFICACES ET A HAUT VOLUME.”

“Utiliser un échantillon en grappe lorsque le pays est vaste et diversifié.”

ÉTAPE 7.

MENER UN PRE-TEST

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Avant de lancer un effort de collecte de données à grande échelle, les équipes de calcul des coûts doivent effectuer un pré-test, également appelé *étude pilote*, *étude de faisabilité* ou *étude préliminaire à petite échelle*.

Un pré-test vérifie la faisabilité de la méthodologie de calcul des coûts et du plan de gestion des données choisis et contribue à garantir la qualité et l'efficacité de l'exercice de calcul des coûts proprement dit.

Le TABLEAU 32 montre pourquoi un pré-test vaut la peine, même pour les exercices de calcul des coûts qui n'ont pas d'objectif de recherche.

TABLEAU 32. Motif pour un pré-test

ÉLÉMENT DE L'EXERCICE DE CALCUL DU CÔÛT	QUESTIONS CLES AUXQUELLES REPOND UN PRE-TEST
<i>Méthodes et procédures</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Des améliorations doivent-elles être apportées aux procédures ? • Faut-il modifier les dispositions ou les procédures logistiques ? • Faut-il envisager des méthodes ou des procédures concurrentes ?
<i>Délais et budget</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de temps faut-il à l'équipe des données et/ou au personnel de l'établissement de santé pour localiser les données ? • Combien de temps faut-il à l'équipe des données et/ou au personnel de l'établissement de santé pour compléter les instruments de collecte des données ? • Quel est le coût de la mise en œuvre de la conception de l'exercice de calcul des coûts ?
<i>Équipe de données</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des questions liées à la gestion de l'équipe des données (enquêteurs, responsables du traitement des données, vérificateurs de données, analystes) ? • Les membres de l'équipe de données ont-ils les compétences requises pour les tâches qui leur sont assignées ? • Les enquêteurs comprennent-ils les instruments et les processus de collecte des données ? • La taille de l'équipe de données est-elle adéquate pour l'exercice de calcul des coûts ?
<i>Qualité des données</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La gestion des données pose-t-elle des problèmes ? • Les instruments de collecte des données sont-ils construits de façon appropriée ? • Des éléments ou des sources de données importants ont-ils été négligés ? • Les instruments de calcul des coûts incluent-ils des éléments de données qui ne sont pas informatifs et qui peuvent donc être supprimés ? • Les outils de traitement et d'analyse des données sont-ils adaptés à l'analyse

CONCEPTION DU PRÉ-TEST

Si possible, le pré-test devrait inclure des prestataires dans chaque strate de l'échantillon afin de tenir compte des différences probables dans la disponibilité des données et la complexité de la collecte des données entre les strates. Il convient de noter qu'il peut également y avoir des différences entre les prestataires d'une même strate. Pour l'exercice principal de calcul des coûts, l'équipe de calcul des coûts doit être préparée à d'éventuelles différences en matière de disponibilité et de collecte des données, en raison de la nature distincte de la gestion de l'établissement, la comptabilité et les opérations.

Dans la recherche scientifique, le pré-test utilise généralement des données en dehors de l'échantillon parce que les matériaux ou les procédures peuvent devoir être modifiés sur la base des résultats du pré-test. Toutefois, les exercices de calcul des coûts pour le paiement des prestataires n'ont généralement pas d'objectif de recherche et disposent souvent de ressources limitées, de sorte qu'il est donc recommandé d'utiliser les données de l'échantillon.

Toutefois, si les instruments de calcul des coûts sont modifiés après le pré-test, les données collectées lors du pré-test peuvent devoir être traitées autrement, ou des données supplémentaires peuvent être collectées dans les établissements de pré-test pour l'exercice principal de calcul des coûts.

RÉVISION DU PLAN DE DONNÉES SUITE AU PRÉ-TEST

Les résultats du pré-test révéleront si des modifications doivent être apportées à la méthodologie de calcul des coûts, au plan de gestion des données, aux instruments de calcul des coûts et aux outils de traitement et d'analyse des données. Les équipes de calcul des coûts doivent prévoir suffisamment de temps pour effectuer les révisions avant le début de la collecte des données pour l'exercice principal de calcul des coûts.

L'étape suivante consiste à déterminer s'il faut inclure les données de pré-test dans les résultats de l'exercice de calcul des coûts et si la collecte de données supplémentaires auprès des fournisseurs de pré-test est nécessaire.

Le TABLEAU 33 décrit les pré-tests utilisés dans les exemples de cas, la manière dont les équipes de calcul des coûts a modifié leurs méthodologies après le pré-test et si elles ont inclus les données du pré-test dans les résultats globaux de calcul des coûts. L'équipe Casemix d'Indonésie n'a pas effectué de pré-test, et l'équipe DRG des républiques d'Asie centrale a également ignoré le pré-test car l'équipe de calcul des coûts utilisait et affinait déjà sa méthodologie de calcul des coûts depuis 15 ans. L'équipe DRG de Malaisie a sollicité les recommandations des personnes fournissant des données ; au lieu d'effectuer un pré-test pour l'exercice de calcul des coûts ultérieur, elle a modifié son approche de collecte et révisé ses instruments en fonction des commentaires.

PAGE 36
PAGE 36

ETAPE
ETAPE 3

PARTIE 1

TABLEAU 33. Pré-tests et leurs résultats

EXEMPLE DE CAS	CAS DESCRIPTION DU PRE-TEST	À L'INTERIEUR OU À L'EXTERIEUR DE L'ECHANTILLON	MODIFICATIONS APPORTÉES APRÈS LE PRÉ-TEST	UTILISATION DES DONNÉES DE PRÉ-TEST
<i>Hôpital Aarogyasri</i>	Pré-test dans 1 hôpital, le plus petit hôpital avec le nombre minimum de services et de spécialités de base	À l'intérieur	L'équipe a ajusté 6 outils après le prétest et a conçu et ajouté un outil de vérification.	Les données pré-test ont été incluses dans l'exercice principal de calcul des coûts.
<i>Établissement de santé d'Indonésie</i>	Pré-test avec 4 bureaux de santé de district, 5 centres de santé (Puskesmas) et 5 hôpitaux (3 publics, 2 privés)	À la fois à l'intérieur et à l'extérieur	L'équipe a changé d'instruments pour répondre aux problèmes de disponibilité des données et a amélioré la faisabilité de la collecte de données.	Les données pré-test ont été exclues de l'exercice principal de calcul des coûts en raison d'une collecte de données partielle, de légères modifications ont été apportées aux instruments et l'inclusion d'établissements qui ne faisaient pas partie de l'échantillon.
<i>COMPHEC Malaisie</i>	Pré-test dans quelques services et incluant quelques interventions de clinique	À l'intérieur	L'équipe a modifié l'instrument de calcul des coûts pour faciliter la collecte des données.	Les données pré-test ont été incluses dans l'exercice principal de calcul des coûts.
<i>Hôpital MNHA</i>	Pré-test dans 1 hôpital	À l'intérieur	L'équipe a apporté des modifications mineures à l'instrument de calcul des coûts.	Les données de pré-test ont été incluses dans l'exercice principal de calcul des coûts.
<i>Hôpital PHFI</i>	Pré-test dans le plus petit hôpital de l'échantillon	À l'intérieur	L'équipe n'a apporté aucune modification à la méthodologie ni aux instruments.	Les données de pré-test ont été incluses dans l'exercice principal de calcul des coûts.
<i>Soins Primaires au Vietnam</i>	Pré-test dans 2 hôpitaux de district et 1 bureau de santé de district	À l'intérieur	Les analystes ont modifié les instruments de calcul des coûts en raison de problèmes de disponibilité des données et de différences dans le format et le système de reporting des données.	Les données de pré-test ont été incluses dans l'exercice principal de calcul des coûts après la révision des instruments et la collecte de données supplémentaires auprès des établissements installations de pré-test

VÉRIFICATION

ÉTAPE 7 : MENER UN PRÉ-TEST

- ✓ **IDENTIFIER** les prestataires à inclure dans le pré-test et décider s'ils feront partie ou non de l'échantillon.
- ✓ **MENER** le pré-test et prendre note des changements à apporter à la méthodologie de l'exercice de calcul des coûts, aux plans de collecte et d'analyse des données, aux instruments de calcul des coûts et aux outils de traitement et d'analyse des données.
- ✓ **FAIRE** les modifications nécessaires à la méthodologie de l'exercice de calcul des coûts, aux plans de collecte et d'analyse des données, aux instruments de calcul des coûts et aux outils de traitement et d'analyse des données.
- ✓ **DECIDER** si les données du pré-test doivent être incluses dans l'exercice principal de calcul des coûts et déterminer si des données supplémentaires sont nécessaires de la part des prestataires de pré-tests.

RESSOURCES

Thabane, Lehana, Jinhui Ma, Rong Chu, Ji Cheng, Afisi Ismaila, Lorena P. Rios, Reid Robson, Marroon Thabane, Lora Giangregorio, et Charles H. Goldsmith. "Tutoriel sur les études pilotes : Le quoi, le pourquoi et le comment." *BMC Méthodologie de la recherche médicale* 10, no. 1 (2010): 1-10.

LEÇONS TIRÉES

"Inclure les prestataires de chaque strate de l'échantillon dans le pré-test, si possible, afin d'observer les différences probables dans la disponibilité des données et la complexité de la collecte des données entre les strates."

"Utiliser les données du pré-test dans l'échantillon. Un exercice de calcul des coûts n'est pas une étude de recherche et les ressources sont souvent limitées. Mais si l'instrument change, les données du pré-test devront peut-être être traitées différemment dans les résultats de l'exercice principal de calcul des coûts."

ÉTAPE 8.

VÉRIFIER LES DONNÉES

ESTIMER LE TEMPS ET LES EFFORTS NÉCESSAIRES POUR LA COLLECTE DES DONNÉES

Les équipes de calcul des coûts doivent être prudentes dans l'estimation du temps et des efforts nécessaires à la collecte des données. Le nombre de visites d'établissements et la durée du processus dépendront de la portée de l'exercice d'évaluation des coûts, de l'affiliation institutionnelle des enquêteurs, de la qualité et de l'accessibilité des données, de la réactivité des prestataires et d'autres facteurs liés au système de santé.

Un pré-test peut être utile pour harmoniser les attentes quant au temps et à l'effort requis. Le temps nécessaire à la collecte des données dans les exemples de cas allait de cinq jours à trois mois par établissement (Voir [TABLEAU 34](#).)

Les facteurs clés qui influencent le temps nécessaire à la collecte de données dans un établissement sont notamment :

- **L'orientation de l'exercice de calcul des coûts.** La collecte de données prospectives prend généralement plus de temps que la collecte de données pour un exercice de calcul des coûts rétrospectif.
- **La méthodologie de calcul des coûts.** La collecte de données pour un exercice de calcul des coûts ascendant est plus laborieuse et prend plus de temps que pour un exercice descendant.
- **La taille et complexité du prestataire.** La collecte de données dans un hôpital tertiaire prend beaucoup plus de temps que dans un centre de santé.
- **Les données manuelles ou automatisées.** La tabulation manuelle de données sur papier prend plus de temps que l'extraction de données à partir d'un logiciel de comptabilité.
- **L'organisation des données.** Les données qui sont mieux organisées, normalisées et conservées de manière systématique sont plus faciles et plus rapides à retrouver.
- **L'implication des prestataires.** Une plus grande dépendance à l'égard du personnel des prestataires exige de tenir compte de leur emploi du temps et de leurs demandes concurrentes.
- **Le nombre d'enquêteurs.** Un plus grand nombre d'enquêteurs par établissement peut accélérer la collecte des données.

En plus de l'estimation du temps et du budget nécessaires à l'exercice de calcul des coûts, les équipes de calcul doivent également prévoir comment gérer les éventuels dépassements de temps et de budget. De la première réunion de planification à la diffusion des résultats, de nombreux retards peuvent survenir en cours de route. Les dépassements de délais se produisent généralement au cours des phases de collecte et de vérification des données. Les dépassements de délais étaient fréquents dans les exemples de cas. Par ailleurs, les établissements retardent parfois le partage des données en raison de préoccupations liées à la confidentialité et à l'utilisation des données. La vérification des données peut prendre plus de temps que prévu car les prestataires peuvent initialement soumettre des données incomplètes ou mal remplir les instruments de calcul des coûts.

Le [TABLEAU 35](#) décrit la durée de la collecte des données et la durée de la totalité de l'exercice de calcul des coûts (de la planification à la finalisation) dans les exemples de cas.

OBTENIR LA COOPÉRATION DES PRESTATAIRES

Si l'acheteur est le commanditaire de l'exercice de calcul des coûts, son pouvoir peut suffire à garantir la participation des prestataires, car les établissements dépendent des paiements de l'acheteur. Ils comprendront que les taux de paiement sont fixés en fonction de la qualité des données qu'ils fournissent.

Une lettre signée par le ministre de la santé ou le président-directeur général de l'acheteur peut également être nécessaire pour garantir la coopération.

Une autre façon d'obtenir l'engagement des prestataires est d'organiser un atelier pour impliquer le personnel des prestataires, les informer sur l'exercice et leur expliquer la méthodologie de calcul des coûts et le processus de collecte des données. Cette approche a été utilisée par les équipes de Casemix d'Indonésie, de l'Etablissement de Santé d'Indonésie, des DRG des Républiques d'Asie Centrale, des DRG de Malaisie, de l'Hôpital MNHA, et des Soins Primaires du Vietnam. Au cours de cet atelier, l'équipe peut expliquer les avantages de l'analyse des coûts aux prestataires, leur assurer que les données sensibles seront traitées de manière confidentielle et discuter du plan de vérification des données et de partage des résultats. Comme les prestataires se plaignent souvent que les taux de paiement sont trop bas, le fait de leur expliquer que l'analyse des coûts servira à réviser les taux de paiement peut les encourager à soumettre des données de qualité. Toutefois, certains prestataires peuvent aussi considérer l'exercice de calcul des coûts comme une occasion de manipuler les données pour influencer les taux de paiement. (La vérification des données est donc une étape importante, comme nous l'expliquons plus loin dans cette section).

Les équipes de calcul des coûts doivent expliquer au personnel du prestataire comment les données demandées seront utilisées pour l'estimation des coûts.

TABEAU 34. Collecte de données sur les installations

EXEMPLE DE CAS	DURÉE DE COLLECTE DES DONNÉES LA PLUS COURTE			DURÉE LA PLUS LONGUE DE LA COLLECTE DE DONNÉES		
	TYPE D'INSTALLATION	NOMBRE D'ENQUÊTEURS	NOMBRE DE JOURS*	TYPE D'INSTALLATION	NOMBRE D'ENQUÊTEURS	NOMBRE DE JOURS*
<i>Hôpital Aarogyasri</i>	Hôpital privé/ entreprise de 50 lits	2 membres du personnel hospitalier et 3 Aarogyasri	17	Hôpital privé/ entreprise de 300 lits	6 enquêteurs d'Aarogyasri et 14 enquêteurs de l'Université d'Hyderabad.	45
<i>DRG des Républiques d'Asie centrale</i>	Hôpital public de 116 lits	2 membres du personnel hospitalier et 1 enquêteur de l'équipe de calcul	15	Hôpital public de 745 lits	2 membres du personnel hospitalier et 1 de l'équipe de calcul des coûts	15
<i>Hôpital IFSP</i>	Hôpital secondaire public de 400 lits	3 membres du personnel hospitalier et 1 enquêteur de l'IFSP	5	Hôpital universitaire tertiaire public de 778 lits	7 membres du personnel hospitalier et 1 enquêteur de l'IFSP	25
<i>Soins Primaires au Vietnam</i>	Hôpital public de district de 120 lits	4 personnel hospitalier	14	Hôpital public de district de 127 lits	4 membres du personnel	24
	Poste de santé communal (centre de santé)	2 personnes du bureau de santé du district	10	Poste de santé communal	2 membres du personnel du bureau de santé du district et 2 du bureau de santé du district	14

* Hors week-end

Il se peut que les prestataires ne voient pas clairement comment certains des éléments d'information demandés sont liés à un exercice de calcul des coûts. Par exemple, les prestataires peuvent ne pas comprendre immédiatement pourquoi l'équipe chargée de l'évaluation des coûts souhaite obtenir des données sur la superficie des bâtiments, le nombre de lignes téléphoniques ou les kilogrammes de linge. Expliquer comment les données seront utilisées pour répartir les coûts et calculer les coûts unitaires aidera à convaincre les prestataires de la nécessité de ces données.

Les équipes de calcul des coûts doivent également répondre aux préoccupations des prestataires concernant l'utilisation prévue des données - en particulier les données sensibles. La garantie de la confidentialité des données (telles que les rapports sur les salaires) augmentera la volonté des prestataires de coopérer.

Différentes approches peuvent être utilisées pour garantir la confidentialité. Par exemple, l'analyste de l'IFSP a demandé des rapports sur les salaires en omettant les noms des membres du personnel en raison de la sensibilité des informations sur les salaires. Les prestataires inclus dans l'exercice de l'IFSP ont été invités à fournir des informations sur les salaires à leurs clients. Les prestataires inclus dans l'exercice de calcul des coûts d'Aarogyasri craignaient que leurs données ne soient utilisées pour augmenter leur taux de taxe, l'équipe chargée du calcul des coûts a donc accepté d'omettre les noms des établissements et de ne présenter que le nombre de lits des établissements dans les résultats de l'exercice d'évaluation des coûts. Les prestataires ont souvent besoin d'une incitation pour coopérer à la collecte de données.

L'un des moyens d'obtenir leur engagement consiste à leur proposer des incitations financières, allant du paiement direct du personnel (Etablissement de Santé d'Indonésie, Soins Primaires du Vietnam) au versement d'indemnités journalières au personnel pour sa participation aux sessions de formation (DRG de Malaisie, Hôpital MNHA), en passant par la fourniture d'ordinateurs aux établissements (DRG des Républiques d'Asie Centrale).

Une incitation non financière attrayante consiste à proposer de partager les résultats de l'exercice de calcul des coûts avec les prestataires - en particulier les résultats de leur établissement comparés à ceux de tous les autres établissements de la même cohorte.

TABEAU 35. Durée de l'exercice d'évaluation des coûts

EXEMPLE DE CAS	NOMBRE D'INSTALLATIONS	DUREE DE LA COLLECTE DES DONNEES	DEPASSEMENT DU TEMPS DE COLLECTE DE DONNEES	DUREE DE L'EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS
<i>Casemix Indonésie</i>	500 hôpitaux (analyse de données sur 137)	5 mois	5 mois	10 mois
<i>Établissement de Santé d'Indonésie</i>	200 hôpitaux et 235 Puskesmas (centres de santé publique))	18 mois, dont 8 mois pour la vérification et la validation des données	6 mois en raison de la nécessité de vérifier les données et d'effectuer des visites supplémentaires dans les établissements.	3 ans, y compris la phase de planification, l'élaboration des instruments, la procédure d'appel d'offres, la collecte des données, la vérification et la validation des données, l'analyse et la rédaction du rapport, ainsi que la diffusion des résultats.
<i>DRG des Républiques d'Asie centrale</i>	15 hôpitaux publics au Kazakhstan, avec 116 à 745 lits (dernier exercice de calcul des coûts ZdravPlus USAID)	4 semaines	2 semaines	3 mois
<i>DRG de Malaisie</i>	10 hôpitaux publics	3 mois	1 mois pour assurer l'exactitude des données en corrigeant les valeurs et en obtenant les données manquantes	6 mois
<i>Soins Primaires au Vietnam</i>	4 district hospitals and 76 commune health stations (health centers)	2..5 mois, dont 1 mois pour la vérification et la validation des données	14 jours	6 mois, y compris la planification, la collecte de données, l'analyse, etc.

Ceci peut être particulièrement intéressant pour les prestataires du secteur privé. (Voir l'étape 10.) D'autres incitations non financières efficaces incluent :

- Former le personnel du prestataire pour qu'il puisse éventuellement effectuer lui-même la comptabilité des coûts.
- Accorder une reconnaissance spéciale ou des certificats au personnel du prestataire pour sa participation aux sessions de formation ou à la collecte de données.
- Fournir un soutien en ressources humaines pour aider le personnel du prestataire à collecter des données.

Le **TABEAU 36** décrit comment les équipes de calcul des coûts des exemples de cas ont obtenu l'engagement des prestataires.

COLLECTE DE DONNÉES SUR LES FRAIS DU PERSONNEL

La mesure du temps du personnel nécessite souvent la collecte de données primaires afin de déterminer les coûts du personnel par département/spécialité, service ou patient.

Les études temps-mouvement sont une méthode de mesure détaillée du temps, mais ces études nécessitent beaucoup de ressources et peuvent influencer les habitudes de travail du personnel et ainsi produire des estimations de temps inexacts. Une méthode plus pratique pour mesurer le temps du personnel consiste à demander au personnel (ou aux chefs de service) de fournir une répartition de leurs heures de travail estimées (ou un pourcentage du temps travaillé) par département/spécialité ou service/type de patient sur une période donnée. (Voir **TAVLEAU 37**.)

TABLEAU 36. Comment obtenir l'engagement des prestataires

EXEMPLE DE CAS	COMMUNICATION AUX PRESTATAIRES	INCITATIONS AUX PRESTATAIRES
Hôpital Aarogyasri	<ul style="list-style-type: none"> ÉQUIPE D'AAROGYASRI: <ul style="list-style-type: none"> a expliqué aux directeurs d'hôpitaux que l'exercice de calcul des coûts était une composante importante d'un projet visant à actualiser les prix des paquets obsolètes a partagé les outils de calcul des coûts lors d'une réunion avec plus de 200 membres du personnel des prestataires, en décrivant la méthodologie et en rendant le processus transparent. a encouragé les prestataires à se porter volontaires pour participer, en utilisant l'influence d'Aarogyasri en tant que payeur a expliqué au personnel concerné des hôpitaux participants la nécessité de leur coopération a été rassuré sur que les données sensibles (par exemple, les données d'identification individuelle des salaires et des indemnités) ne seraient pas communiquées 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe d'Aarogyasri a expliqué aux prestataires que leur implication contribuerait à la révision des prix des paquets vieux de 5 ans. L'équipe d'Aarogyasri s'est engagée à partager les résultats des coûts avec les prestataires.
Casemix Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Le Centre National de Casemix (NCC) a convoqué les administrateurs d'hôpitaux aux ateliers de sensibilisation afin d'obtenir leur engagement. Le NCC a formé les administrateurs d'hôpitaux au système basé sur les cas, aux principes d'évaluation des coûts et au modèle d'évaluation des coûts. 	<ul style="list-style-type: none"> Le CCN a expliqué que les résultats seraient utilisés pour réviser les taux de paiement des hôpitaux.
Établissement de Santé d'Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Les Ministères de la Santé, des Finances et de l'Intérieur ont approuvé l'exercice d'évaluation des coûts et ont encouragé la coopération des prestataires. L'équipe de recherche a organisé un atelier de sensibilisation à l'intention des principaux responsables des prestataires afin d'obtenir leur soutien pour l'exercice d'évaluation des coûts. L'équipe de recherche a assuré aux prestataires que les données seraient traitées de manière confidentielle. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de recherche a employé le personnel de certains établissements en tant qu'enquêteurs rémunérés. Les enquêteurs ont été rémunérés pour chaque module complété de l'instrument de calcul des coûts. Chaque hôpital a reçu sa propre base de données et ses propres résultats en matière de coûts.
DRG des Républiques d'Asie centrale	<p>Le MdS a émis une directive à l'intention des hôpitaux exigeant leur participation à l'exercice d'évaluation des coûts.</p> <ul style="list-style-type: none"> L'équipe de calcul des coûts a demandé des données juste après que les hôpitaux aient soumis leurs rapports annuels au MdS, de sorte qu'il était facile d'accéder aux données pour compléter l'instrument de calcul des coûts. 	<ul style="list-style-type: none"> Le MdS a mis des ordinateurs à la disposition des prestataires.

(suite)

TABLEAU 36, suite

EXEMPLE DE CAS	COMMUNICATION AUX PRESTATAIRES	INCITATIONS AUX PRESTATAIRES
DRG de Malaisie	<ul style="list-style-type: none"> Le MdS a demandé aux prestataires de participer, puis l'équipe chargée de l'évaluation des coûts a mené une campagne de sensibilisation. Le MdS a formé le personnel des prestataires et a promis de partager les résultats avec eux. 	<p>Le MdS a versé des indemnités journalières aux prestataires qui ont participé à la formation.</p>
Hôpital MNHA	<ul style="list-style-type: none"> Le MdS a directement informé les directeurs d'hôpitaux que l'exercice de calcul des coûts s'inscrivait dans le cadre d'un important projet national. L'équipe de calcul des coûts du MdS a organisé une session de formation centralisée à l'intention du personnel des prestataires. L'équipe de calcul des coûts du MdS a rassuré les prestataires en leur indiquant que seuls les taux de salaire moyens pour les différentes catégories de personnel et les échelles d'ancienneté seraient collectés. 	<ul style="list-style-type: none"> Le MdS a informé le personnel des prestataires que les données qu'ils fourniraient seraient utiles pour obtenir des budgets plus importants en fonction de la charge du travail. Le MdS a versé un per diem au personnel des prestataires qui a participé à la formation.
Taux de cas PhilHealth	<ul style="list-style-type: none"> PhilHealth a participé aux événements organisés à l'intention des prestataires et a impliqué le personnel des prestataires dans des comités (par exemple, examen par les pairs et qualité) afin d'établir une relation de confiance. PhilHealth a présenté le concept et les avantages pour les prestataires du passage au système de paiement par cas. 	<ul style="list-style-type: none"> PhilHealth a assuré aux prestataires qu'ils seraient des partenaires actifs dans la détermination des nouveaux taux de prise en charge, qui ne seraient pas trop différents des paiements effectués dans le cadre de l'ancien système de paiement à l'acte.
Hôpital IFSP	<ul style="list-style-type: none"> L'IFSP a envoyé au directeur de l'hôpital une lettre de consentement officielle décrivant l'objectif de l'exercice de calcul des coûts et les exigences relatives aux données. L'analyste de l'IFSP a rencontré le directeur de l'hôpital pour clarifier tout problème, expliquer l'importance de l'exercice de calcul des coûts et rassurer sur le fait que les données sensibles (c'est-à-dire les données salariales individuelles) ne seraient pas collectées. Le directeur a désigné 1 ou 2 personnes de contact pour la collecte des données. 	<ul style="list-style-type: none"> L'IFSP s'est engagée à donner aux prestataires les résultats du calcul des coûts.
Soins Primaires au Vietnam	<p>L'Institut de Stratégie et de Politique de Santé a envoyé des lettres officielles aux prestataires pour leur demander de coopérer à la collecte d'informations en vue de la révision du modèle actuel de capitation.</p> <ul style="list-style-type: none"> L'équipe de recherche a organisé des sessions de formation pour présenter la recherche et expliquer les données nécessaires à la collecte. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de recherche a offert des incitations financières au personnel hospitalier qui a fourni/recueilli des données ou qui a supervisé la collecte de données.

Par exemple, les enquêteurs de l'Établissement de Santé d'Indonésie ont mené une enquête auprès du personnel clinique pour leur demander leur temps en minutes pour la semaine précédente. Les analystes des Soins Primaires au Vietnam ont fourni un modèle permettant au personnel de noter la répartition en pourcentage de leurs heures de travail moyennes dans chaque service.

Des systèmes d'information sophistiqués peuvent permettre d'extraire le temps réel que les cliniciens consacrent à chaque service. Ce niveau de détail est utile pour les exercices de calcul des coûts ascendants qui nécessitent que le temps du personnel soit affecté à différents services, procédures ou patients. Par exemple, le projet COMPHEC de Malaisie a obtenu le temps réel consacré par le personnel à chaque procédure en examinant les mouvements du personnel enregistrés dans la base de données des dossiers médicaux électroniques.

Il importe que les équipes de calcul des coûts déterminent comment mesurer le temps passé par les différentes catégories de personnel et comment en calculer la valeur (Voir le TABLEAU 21 dans la partie 2). Les coûts du personnel doivent inclure les salaires du personnel clinique ainsi que du personnel qui fournit des services de soutien (par exemple, les chauffeurs, les nettoyeurs). Les équipes de calcul des coûts doivent classer le personnel clinique par catégorie afin de mettre en évidence les possibilités d'amélioration de l'efficacité. Par exemple, cela peut permettre de déterminer si un service assuré principalement par des médecins, dont le coût est élevé, pourrait être assuré par des infirmières, dont le coût est moins élevé.

Les listes du personnel des établissements de santé constituent un bon point de départ pour établir une liste du personnel dont le temps doit être mesuré et valorisé dans le cadre de l'exercice de calcul des coûts.

Il faut cependant noter que les listes des établissements omettent parfois des catégories de personnel moins courantes. Par exemple, si le temps passé par les étudiants en médecine, les résidents ou les internes n'est pas pris en compte dans la liste du personnel de l'établissement, l'équipe de calcul des coûts peut décider d'utiliser une approximation raisonnable de leurs salaires (même si le prestataire et l'acheteur ne supportent pas le coût de ce travail). Certaines équipes de calcul des coûts évaluent également le temps passé par les bénévoles ou le personnel international financé par les donateurs. Les salaires et les indemnités versés localement à ces catégories de personnel constituent une bonne approximation de leur rémunération et permettent de savoir quel serait le coût des soins sans cette main-d'œuvre gratuite ou bon marché. Les équipes de calcul des coûts doivent être aussi exhaustives que possible lorsqu'elles décident des catégories de personnel à inclure. Ces coûts peuvent toujours être séparés au cours de l'analyse lors du calcul des coûts unitaires.

Les équipes de calcul des coûts doivent séparer le temps que le personnel clinique consacre à des activités non cliniques afin de pouvoir l'affecter aux frais généraux ou l'exclure lors du calcul des coûts unitaires. Ces activités non cliniques peuvent comprendre, par exemple, l'accomplissement de tâches administratives (qui devraient être affectées aux frais généraux et incluses dans les services) ou l'enseignement et la recherche (qui devraient être exclus des coûts unitaires des services). Par exemple, l'enquête susmentionnée menée auprès des cliniciens par les enquêteurs de l'Établissement de Santé d'Indonésie visait à documenter le temps consacré aux activités non liées à la prestation de services et à la double pratique par le biais des catégories de réponse " activité non médicale - par exemple, formation, réunion " et " pratique en dehors de l'hôpital ". Les établissements où l'enseignement et la recherche sont courants - comme les hôpitaux universitaires - devraient être placés dans une catégorie de prestataires distincte, car ils faussent les estimations des coûts moyens.

Les équipes de calcul des coûts peuvent également souhaiter enregistrer le temps passé par le personnel à fournir des soins en dehors de l'établissement, par exemple lorsque les cliniciens sont des visiteurs ou du personnel contractuel ou qu'ils travaillent à temps partiel ailleurs (<1,00 ETP). Il existe également des cas de double pratique, de double emploi et de travail au noir, dans lesquels les cliniciens peuvent être affectés à plein temps à un établissement mais ne travailler qu'à temps partiel en raison d'autres arrangements professionnels. Cette catégorie de personnel comprend également les employés " fantômes " qui ne travaillent plus dans l'établissement (c'est-à-dire 0,00 ETP) mais qui continuent à percevoir un salaire. Il se peut que les prestataires ne souhaitent pas fournir de données d'identification individuelle sur le statut des ETP et les registres de présence, car il s'agit d'une question sensible. Les études de temps et de mouvements peuvent être une option utile pour documenter le temps que le personnel consacre réellement à différentes activités dans un établissement de santé.

Dans certains pays, toutes les données relatives aux salaires et aux indemnités sont considérées comme confidentielles et les prestataires hésiteront à les partager. Faute de données individuelles, les techniques d'estimation permettent d'obtenir des coûts de main-d'œuvre approximatifs. S'il n'est pas possible d'obtenir des données individuelles

sur la répartition du temps et la rémunération, les équipes de calcul des coûts peuvent demander le coût total du personnel payé à chaque département. Bien que les paiements classés par département soient probablement basés sur l'affectation principale du personnel à un département et ne reflètent pas nécessairement leur véritable temps de travail, les informations globales sont acceptables à défaut de données plus détaillées.

Alternativement, les équipes de calcul des coûts peuvent construire les coûts du personnel en utilisant le point médian des coûts du personnel payés pour chaque classe de salaire et catégorie de personnel (par exemple, médecin, infirmière, assistante médicale, etc.) Les échelles de salaires doivent être disponibles auprès des administrateurs de l'établissement, et des informations sur les indemnités et les mesures d'incitation habituelles pour un grade particulier peuvent être obtenues par le biais d'entretiens avec la direction. Pour calculer le coût total d'un département, les équipes de calcul des coûts doivent multiplier le coût moyen du personnel pour chaque grade et chaque catégorie de personnel par le nombre de membres du personnel du département à ce grade et à cette catégorie. Pour calculer le coût d'un service ou d'un patient, elles doivent d'abord déterminer le taux journalier du personnel de ce grade et de cette catégorie, puis multiplier ce taux par le nombre moyen de minutes que le personnel de ce grade et de cette catégorie a consacré à un service ou à un patient particulier, divisé par le nombre total de minutes de travail possibles.

COLLECTER DES DONNÉES SUR LES COÛTS DU CAPITAL

La définition des coûts du capital et les méthodes utilisées pour calculer ces coûts varient d'un établissement à l'autre. L'étape 2 fournit une première orientation sur la définition des coûts du capital. Voir la liste des ressources à la fin de l'étape 8 pour une source décrivant comment calculer les coûts du capital. La définition standard des coûts du capital concerne les actifs qui ont une durée de vie utile d'un an ou plus et un prix d'achat supérieur à un certain seuil. Les coûts du capital englobent généralement les coûts des éléments suivants :

- Bâtiments (construction et rénovations importantes)
- Équipement médical (par ex. équipement médical, chirurgical et de diagnostic d'une durée de vie d'un an ou plus)

- Équipement non médical (équipement de bureau, mobilier, ordinateurs, logiciels, climatiseurs, générateurs et véhicules ayant une durée de vie d'un an ou plus).

Les tableaux d'amortissement des établissements de santé peuvent être utiles pour calculer les coûts du capital si la même méthode d'amortissement est utilisée pour tous les établissements de l'échantillon. Si les établissements ne disposent pas encore d'un tableau d'amortissement, les équipes de calcul des coûts peuvent dresser un inventaire des actifs ou utiliser une liste standard de biens immobiliers pour calculer l'amortissement. Les équipes de calcul des coûts de l'Établissement de Santé d'Indonésie et des Soins Primaires du Vietnam ont utilisé une liste standard parce que cela prenait moins de temps que de documenter la marque, le modèle, l'année d'achat et la quantité de tous les biens immobiliers dans les établissements échantillonnés (la dépréciation est expliquée plus en détail à l'étape 9).

Faute d'un plan d'amortissement, l'équipe de calcul des coûts doit dresser un inventaire des actifs pour calculer les coûts d'investissement. L'inventaire des actifs documente les données relatives au stock du capital, tels que les bâtiments de l'établissement et le type et la quantité d'équipements médicaux et non médicaux par service. Outre l'enregistrement de la quantité et du département d'origine des articles, les équipes chargées de l'évaluation des coûts doivent enregistrer la description physique de chaque bien, le nom du fabricant, le numéro de modèle et l'année d'achat. Pour les bâtiments, l'inventaire inclut les matériaux de construction (bois, béton, etc.), le cas échéant, et leur âge. Le TABLEAU 38 fournit un modèle d'inventaire des biens.

La durée de vie utile estimée des actifs doit être adaptée au contexte du pays, car les calculs d'amortissement sont fortement influencés par les années de vie présumées.

TABLEAU 37. Modèle de mesure du temps du personnel

#	POSITION	GRADE	DÉPARTEMENT DE RÉMUNÉRATION	DÉPARTEMENT DE L'ADMINISTRATION	DÉPARTEMENT DE MÉDECINE	DÉPARTEMENT DES URGENCES	DÉPARTEMENT DE MATERNITÉ	DÉPARTEMENT DE PÉDIATRIE	AUTRE DÉPARTEMENT
1	MÉDECIN	3	122,610	80%					20%
2	MEDECIN	3	90,194	20%		50%			30%
3	INFIRMIER	2	45,121		100%				
4	ASSISTANT MÉDICAL	1	22,750				75%		25%
5	ASSISTANT MEDICAL	1	29,400			60%		40%	
6	INFIRMIER	1	38,700		60%			10%	30%
7	INFIRMIER	2	63,899			30%		70%	
8	MÉDECIN	2	65,716		40%	40%			20%
TOTAL			478,390	1.00 ETP	2.00 ETP	1.80 ETP	0.75 ETP	1.20 ETP	1.25 ETP

TABLEAU 38. Modèle d'inventaire des actifs mobiliers

DESCRIPTION PHYSIQUE	FABRICANT	CODE D'INVENTAIRE	NUMÉRO DU MODÈLE	QUANTITÉ	ANNÉE D'ACHAT	PRIX D'ACHAT	DURÉE DE VIE
MONITEUR DE GLUCOSE AVEC STATION DE MESURE DE LA GLYCÉMIE	Abbott Labs						
MONITEUR DATASCOPE	DataScope						
TENSIOMÈTRE ARTÉRIEL	SunTech						
MANOMÈTRE DE TENSION ARTÉRIELLE	Hokanson						
BLOOD PRESSURE GAUGE	Welch Allyn						
SYSTÈME D'ÉCHOGRAPHIE	Phillips						
SYSTÈME D'ÉCHOGRAPHIE	Phillips						
UNITÉ D'ÉCHOGRAPHIE	Phillips						
CAISSE DE TAPIS DE COURSE	GE						
CAISSE DU SYSTÈME DE STRESSTESTING	GE						
CHAUFFE-GEL	Parker Labs						
TONDEUSE CHIRURGICALE AVEC CÂBLE DE CHARGE	3M						
DÉFIBRILLATEUR	Phillips						
CHARIOT ECG	GE						

Les équipes de calcul des coûts peuvent suivre les règles comptables officielles du ministère des finances, si elles existent, pour déterminer la durée de vie utile des actifs. Par exemple, l'équipe de calcul des coûts de l'hôpital Aarogyasri s'est référée à la loi indienne relative à l'impôt sur le revenu pour estimer la durée de vie utile et les taux d'amortissement. Faute de politiques officielles, des experts locaux peuvent fournir des estimations de la durée de vie utile.

Les estimations de la durée de vie utile varient d'un pays à l'autre et d'un secteur à l'autre, ce qui rend difficile la comparaison des durées de vie utile entre les pays et les secteurs. Par exemple, la durée de vie utile des bâtiments dans l'exercice d'évaluation des coûts des Soins Primaires au Vietnam était de 30 ou 50 ans (selon le type de construction), et la durée de vie utile des autres actifs était de 3, 5 ou 10 ans. L'équipe d'évaluation des coûts des hôpitaux de l'IFSP en Inde a fixé la durée de vie utile des bâtiments à 20 ans et celle des autres biens immobiliers à 20 ans. L'équipe de l'Établissement de Santé d'Indonésie a utilisé comme référence la publication de l'American Hospital Association sur la durée de vie des équipements.

Les actifs entièrement amortis - les biens d'équipement périmés - doivent également être inclus dans les coûts du capital s'ils sont encore utilisés (soit parce que leur durée de vie utile a été sous-estimée, soit parce qu'ils n'ont pas encore été remplacés). Pour refléter la réalité de l'utilisation de ces actifs, les équipes de calcul des coûts doivent imputer les coûts d'amortissement jusqu'à ce que les actifs soient remplacés, en recalculant simplement les coûts d'amortissement à l'aide des nouvelles estimations de la durée de vie utile, puis en effectuant des analyses de sensibilité (voir étape 9) avec et sans les actifs périmés afin de déterminer s'il y a un impact significatif sur les résultats.

Il est parfois nécessaire d'inclure les biens d'équipement donnés dans les coûts d'investissement. Une approche pour évaluer le coût de ces éléments consiste à déterminer leur taux de marché local pour calculer l'amortissement. Une autre approche consiste à inclure leurs coûts récurrents (par exemple, la maintenance), car ce sont les seuls coûts qui seront couverts par le système de paiement dans l'horizon temporel de l'exercice d'évaluation des coûts. Comme pour les biens d'équipement périmés, les équipes d'évaluation des coûts doivent effectuer des analyses de sensibilité avec et sans les éléments donnés inclus.

TRAITEMENT ET NETTOYAGE DES DONNÉES

Le traitement des données comprend l'importation ou la saisie des données dans des feuilles de calcul et des tableaux fictifs, le nettoyage des données afin qu'elles soient dans le bon format pour l'analyse, et la vérification de l'exactitude des données collectées et saisies. Il est recommandé de suivre de près l'équipe de gestion des données tout au long de ce processus afin de garantir la qualité et l'exactitude du travail.

La meilleure mesure de contrôle de la qualité pour la saisie de données provenant d'instruments sur papier sous forme numérique consiste à procéder à une double saisie de l'ensemble des données. La double saisie des données, également appelée vérification en deux temps, consiste essentiellement à faire appel à deux opérateurs de saisie pour saisir les mêmes données. L'exactitude de leurs enregistrements est ensuite comparée. Certains programmes de saisie de données, tels que SPSS, offrent cette fonction de comparaison et de vérification.

Lorsque la double saisie des données n'est pas possible en raison de contraintes de temps ou de ressources, ce qui est souvent le cas, une alternative appropriée consiste à procéder à la double saisie d'un échantillon de données afin d'évaluer l'exactitude du travail de l'équipe de collecte des données. Une autre option consiste à saisir les données en une seule fois et à vérifier les données saisies à l'aide de contrôles manuels des écarts. Lors de la saisie des données, l'équipe peut détecter des lacunes ou identifier des valeurs de données qui semblent incohérentes ou improbables. Elle doit signaler les valeurs manquantes et potentiellement erronées pour la phase de nettoyage des données.

Le nettoyage des données consiste à corriger les inexactitudes dans un ensemble de données, souvent en utilisant des techniques de vérification des données. Le nettoyage des données peut inclure la correction de valeurs erronées, l'identification d'enregistrements incomplets et la suppression de données non pertinentes. Parmi les erreurs courantes, on peut citer un trop grand nombre de zéros dans un chiffre ou des points décimaux mal placés. L'ENCADRÉ 11 propose des conseils pour le traitement et le nettoyage des données. L'une des étapes les plus importantes de la vérification consiste à rapprocher les données désagrégées sur l'utilisation et les coûts avec les totaux de l'établissement, afin de s'assurer qu'ils correspondent bien au même montant. L'ENCADRÉ 12 propose des conseils pour la vérification des données.

GESTION DES QUESTIONS DE DISPONIBILITÉ ET DE QUALITÉ DES DONNÉES

Les problèmes de disponibilité et de qualité des données peuvent survenir pour de nombreuses raisons.

ENCADRÉ 11. Astuces pour le traitement et le nettoyage des données

- **Examiner** les instruments de calcul des coûts soumis pour s'assurer qu'ils sont complets avant la saisie des données.
- **Utiliser** la double saisie pour saisir des données à partir d'une copie papier.
- **Vérifier manuellement** les données saisies.
- **Sauvegarder** les fichiers de données originaux séparément des nouvelles versions nettoyées.
- **Documenter** le processus de nettoyage des données dans un journal qui indique où l'équipe a terminé la saisie des données à la fin de chaque journée.
- **Employer** un superviseur du traitement des données pour examiner le travail des sous-traitants subalternes des données.
- **Faire appel** à un vérificateur de données indépendant (tierce partie) pour examiner le processus de saisie des données,

ENCADRE 12. Astuces de vérification des données

- **Comparer** les valeurs des données entre les différentes périodes de rapport afin d'assurer une cohérence logique.
- **Comparer** les valeurs des données chez des prestataires similaires afin d'assurer une cohérence logique.
- **Vérifier** ponctuellement les données ou élaborer des graphiques de dispersion pour identifier les valeurs aberrantes.
- **Recouper** les données obtenues à partir d'autres sources de données afin d'en déterminer l'exactitude.
- **Triangler** entre les différentes sources de données pour créer une image complète des données.
- **Vérifier** manuellement chaque rangée de données.
- **Vérifier** l'exactitude de 10 % des données.
- Contacter les prestataires pour clarifier les valeurs des données ou demander les données manquantes.
- Visiter les prestataires concernés et examiner les sources de données originales.
- **Se référer** à la source de données originale pour traiter les données manquantes.
- Faire appel à un vérificateur indépendant pour examiner et comparer les données brutes avec les données saisies.
- Rapprocher les données désagrégées d'utilisation et de coût avec les totaux pour vérifier qu'elles concordent.

Les prestataires peuvent ne pas rendre compte de toutes les données demandées, soit parce qu'ils ne parviennent pas à les localiser, soit parce qu'ils ne veulent pas divulguer des données qu'ils considèrent comme confidentielles. Dans d'autres cas, les rapports financiers et d'utilisation des prestataires peuvent être inexacts s'ils ont été mal compilés ou s'ils sont frauduleux (par ex. utilisation gonflée, paiements exclus du tableau). Les visites d'établissements au cours de l'élaboration du plan de gestion des données peuvent aider à identifier les données sensibles, les rapports incorrects ou les pratiques frauduleuses.

L'équipe de calcul des coûts doit décider de la manière de répondre aux questions relatives à la disponibilité limitée et à la mauvaise qualité des données fournies par les prestataires. Les équipes de calcul des coûts des exemples de cas ont été confrontées à de nombreux défis liés aux données et ont utilisé des solutions créatives pour les surmonter. (Voir TABLEAU 39.)

Les défis typiques liés aux données sont notamment :

- Données manquantes (par ex. données sur les biens immeubles)
- Données incomplètes (par ex. instruments de calcul des coûts non complètement remplis)

- Données non divulguées (par ex. salaires du personnel)
- Données sur papier (par ex. registres des départements auxiliaires/paracliniques)
- Données inconciliables (par ex. registres comptables du prestataire en contradiction avec les registres tenus au niveau central)
- Données agrégées (par ex. dépenses des patients hospitalisés et des patients externes mêlées).

Réfléchir de manière créative à la façon de combler les lacunes des données signifie qu'il faut regarder au-delà des données facilement disponibles. Les mesures suivantes (dans l'ordre recommandé) peuvent aider à combler les lacunes des données :

- Consulter des experts de l'établissement ou des experts en la matière pour obtenir des estimations.
- Utiliser des points de données d'autres prestataires pour remplacer les données manquantes.
- Exclure de l'échantillon les prestataires dont les données sont manquantes.

L'équipe de calcul des coûts doit mettre dans la balance les avantages liés à l'obtention de données détaillées et les coûts associés à la collecte de ces données.

Les données peuvent être difficiles à collecter parce que les prestataires n'établissent pas systématiquement de rapports, qu'ils enregistrent les données à un niveau plus agrégé que celui souhaité pour l'analyse des coûts, ou que les dossiers sont sur papier et nécessiteraient une tabulation manuelle. Par exemple, la façon idéale de répartir le coût de la blanchisserie effectuée par le département de la blanchisserie entre les autres départements pourrait être d'utiliser le nombre de pièces de linge ou de kilogrammes de linge lavé comme statistique de répartition pour chaque département. Si ces données ne sont pas disponibles ou ne le sont que dans des registres papier nécessitant une tabulation manuelle, l'équipe de calcul des coûts peut décider qu'atteindre ce niveau optimal de désagrégation n'en vaut pas la peine. Il peut être plus pratique de répartir les coûts de blanchisserie en fonction du nombre de jours-lits ou d'une autre base de répartition.

TABLEAU 39. Disponibilité et qualité des données : Défis et solutions

CATÉGORIE	EXEMPLE DE CAS	DÉFIS	SOLUTIONS
Utilisation	HÔPITAL AAROGYASRI	<ul style="list-style-type: none"> • Les registres n'étaient pas disponibles pour chaque département clinique. • Les consultations externes n'étaient pas toujours enregistrées et, dans certains lieux, il y avait un décalage entre l'utilisation notée dans les registres physiques et l'utilisation enregistrée dans le système d'information sur la gestion de la santé (HMIS). 	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe de calcul des coûts a enregistré manuellement les séjours départementaux à partir des dossiers des patients. • L'équipe a organisé des réunions avec le PDG de l'hôpital, le directeur et d'autres membres du personnel de l'établissement afin d'obtenir des informations sur les données qui n'étaient pas facilement disponibles.
	HÔPITAL MNHA	<ul style="list-style-type: none"> • Les cas de soins de jour ont parfois été rapportés dans les totaux des utilisations des patients hospitalisés (c'est-à-dire les sorties, les jours-lits). 	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe des NHA a recoupé les enregistrements des patients de l'unité de soins de jour avec les données des patients hospitalisés afin d'extraire les cas de soins de jour mal classés..
Temps du personnel	HÔPITAL AAROGYASRI	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existait pas de données sur le temps passé par le personnel dans les différents départements, ni sur le temps consacré à des procédures spécifiques ou à la salle d'opération. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe de calcul des coûts a interrogé des médecins et des infirmières pour obtenir une estimation de leur temps de travail.
	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune donnée n'était disponible sur l'emploi du temps du personnel clinique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les enquêteurs ont administré une enquête demandant au personnel de se souvenir de leur emploi du temps pendant une semaine.
	COMPHEC MALAISIE	<ul style="list-style-type: none"> • Le temps consacré par le personnel à des procédures très rares n'était pas disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe de calcul des coûts a créé un formulaire simple pour collecter des données sur le temps du personnel et a interrogé le personnel de la clinique.
	HÔPITAL MNHA	<ul style="list-style-type: none"> • Les hôpitaux n'ont pas enregistré de données sur la répartition du temps du personnel par département. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe a administré un questionnaire simple à un échantillon aléatoire de personnel au sein des départements afin d'obtenir des estimations de temps
Personnel Payments	HÔPITAL MNHA	<ul style="list-style-type: none"> • Les hôpitaux n'ont pas souhaité fournir de données sur les salaires individuels du personnel pour des raisons de confidentialité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les analystes ont utilisé le salaire moyen pour les différents grades de personnel plutôt que les salaires réels.

(Suite)

TABLEAU 39, suite

CATÉGORIE	EXEMPLE DE CAS	DÉFIS	SOLUTIONS
Dépenses en médicaments	HÔPITAL AAROGYASRI	<ul style="list-style-type: none"> Les données sur les dépenses de pharmacie ont été difficiles à obtenir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les analystes ont utilisé des hypothèses pour le coût de chaque médicament.
	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> Le stock final de médicaments et de produits consommables n'était pas disponible dans certains établissements. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe a soit demandé les données à un bureau supérieur du système de santé, soit inventorié les médicaments en stock pour les établissements sélectionnés.
	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> Les données sur les dépenses en médicaments et en fournitures médicales n'étaient pas disponibles par département. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe a consulté des experts pour estimer la répartition des médicaments et des fournitures médicales entre les différents départements.
Dépenses des utilitaires	CENTRAL ASIAN REPUBLICS DRG	<ul style="list-style-type: none"> La consommation électrique mensuelle moyenne des différents départements n'était pas disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes ont supposé que la consommation d'énergie était plus élevée dans le service de radiologie que dans les autres services, et ils ont donc demandé l'avis du personnel de radiologie pour répartir les dépenses liées à la consommation d'énergie.
Actifs du capital	HÔPITAL AAROGYASRI	<ul style="list-style-type: none"> Les données sur les prix d'achat des équipements et les années n'étaient pas disponibles en raison de l'achat centralisé ou de l'achat sur des périodes différentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes ont utilisé les listes et les prix des équipements standard du gouvernement.
	CASEMIX INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> Les hôpitaux ont fourni des données incomplètes sur les bâtiments et les équipements. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes ont exclu de l'analyse les hôpitaux qui ne fournissaient pas de données sur les actifs immobiliers.
	COMPHEC MALAISIE	<ul style="list-style-type: none"> Les données sur les bâtiments de la clinique n'étaient pas disponibles. Les données sur certains équipements cliniques n'étaient pas disponibles, et les données sur le prix et leur durée de vie n'étaient pas toujours exactes. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes ont demandé conseil au département des travaux publics, responsable de la construction et de l'entretien des bâtiments publics, sur la manière de gérer les lacunes dans les données. Les analystes ont utilisé le prix de remplacement d'autres prestataires utilisant des équipements du même fabricant, de la même marque et du même modèle.

TABLEAU 39, suite

CATÉGORIE	EXEMPLE DE CAS	DÉFIS	SOLUTIONS
Actif du capital, suite	HÔPITAL MNHA	<ul style="list-style-type: none"> Les données relatives à certains équipements et bâtiments n'étaient pas facilement disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Les coûts du capital ont été exclus des estimations de coûts parce qu'ils n'étaient pas nécessaires dans le cadre du système des comptes de la santé.
	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> Certains services ne tenaient pas de liste du matériel et du mobilier. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel des services hospitaliers a rassemblé les données manquantes sur l'équipement et le mobilier.
	SOINS PRIMAIRES AU VIETNAM	<ul style="list-style-type: none"> Le rapport d'inventaire avec le prix d'achat et l'année des équipements et des bâtiments était incomplet. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes y ont substitué des listes et des prix d'équipements et de bâtiments standard élaborés au niveau central.
Coût du terrain	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> Le coût du terrain n'a pas été communiqué par les prestataires. 	<ul style="list-style-type: none"> Le service d'ingénierie civile associé à chaque hôpital a conservé des informations sur les prix actuels des terrains et a été capable de fournir les données.
	SOINS PRIMAIRES AU VIETNAM	<ul style="list-style-type: none"> Le coût du terrain n'a pas été communiqué par les prestataires ou le gouvernement central. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes ont exclu le coût des terrains de l'analyse.
Dépenses agrégées	DRG DES RÉPUBLIQUES D'ASIE CENTRALE	<ul style="list-style-type: none"> Les données sur certains coûts indirects (par ex. électricité, alimentation des patients) n'étaient pas disponibles par département. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes ont développé des critères d'allocation pour répartir ces coûts entre les départements.
	CASEMIX INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> Les hôpitaux ont soumis des données globales de problèmes avec le modèle de calcul des coûts et de l'absence de données plus détaillées par département. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de calcul des coûts a discuté avec les hôpitaux des données de dépenses soumises de manière agrégée et a décidé d'un pourcentage à attribuer aux différents départements.
	HÔPITAL MNHA	<ul style="list-style-type: none"> Certains services hospitaliers n'avaient pas de ligne budgétaire assignée et donc pas de documentation sur leurs dépenses. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes ont consulté les directeurs de département pour estimer les dépenses désagrégées.
	SOINS PRIMAIRES AU VIETNAM	<ul style="list-style-type: none"> Les établissements n'ont pas enregistré séparément les dépenses des patients hospitalisés et des patients externes. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe chargée de l'évaluation des coûts a consulté le personnel de l'établissement pour obtenir des estimations des pourcentages de patients hospitalisés et externes afin de séparer les dépenses pour l'allocation départementale.

(suite)

TABLEAU 39, suite

CATÉGORIE	EXEMPLE DE CAS	DÉFIS	SOLUTIONS
Données financières	HÔPITAL AAROGYASRI	<ul style="list-style-type: none"> De nombreux documents financiers (factures, reçus, etc.) n'étaient pas disponibles car les paiements ont été effectués en dehors du système de transaction formel. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe a rencontré le PDG de l'hôpital, le directeur et d'autres membres du personnel pour tenter d'obtenir des informations sur les données financières qui n'étaient pas facilement disponibles.
	DRG DES RÉPUBLIQUES D'ASIE CENTRALE	<ul style="list-style-type: none"> La somme des données désagrégées sur les dépenses correspondait rarement aux dépenses hospitalières globales déclarées. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de calcul des coûts a rencontré le personnel de l'hôpital, a discuté des questions de qualité des données et a demandé aux hôpitaux de corriger les données.
	HÔPITAL MNHA	<ul style="list-style-type: none"> Certains transferts financiers informels entre services n'ont pas été enregistrés dans les dossiers des hôpitaux, de sorte que certaines dépenses ont été associées au mauvais service. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de NHA a interrogé le personnel de l'hôpital sur les pratiques de transfert financier des départements afin de retracer les dépenses jusqu'au département concerné.
Statistiques de répartition	HÔPITAL AAROGYASRI	<ul style="list-style-type: none"> Les plans des bâtiments et les mesures de la surface au sol étaient médiocres ou obsolètes. 	<ul style="list-style-type: none"> The costing team measured the buildings.
	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> Certaines installations ne disposaient pas d'un plan des bâtiments ou d'une documentation sur la superficie des bâtiments. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les enquêteurs ont mesuré les bâtiments.
	HÔPITAL MNHA	<ul style="list-style-type: none"> Tous les hôpitaux n'ont pas pu fournir de données sur la surface au sol. 	<ul style="list-style-type: none"> Les enquêteurs ont obtenu des estimations de la surface au sol à partir des plans des entreprises de nettoyage.
	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> Les données relatives à la surface au sol étaient manquantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital personnel measured the buildings.

(Suite)

TABLEAU 39, suite

CATÉGORIE	EXEMPLE DE CAS	DÉFIS	SOLUTIONS
Questionnaire sur les coûts	CASEMIX INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> Les hôpitaux ont soumis des questionnaires incomplets sur les coûts. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes ont renvoyé les questionnaires aux hôpitaux et leur ont demandé de les compléter, les excluant éventuellement de l'analyse s'ils ne renvoyaient pas de questionnaire complété.
	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> La différence entre une véritable valeur zéro dans l'ensemble des données et un zéro correspondant à des données manquantes dans l'instrument de calcul des coûts était difficile à distinguer. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe de vérification a vérifié l'instrument sur papier, s'est rendue dans l'établissement de santé ou a appelé le superviseur de l'établissement pour confirmer les données.
Période de données	HÔPITAL AAROGYASRI	<ul style="list-style-type: none"> Certains établissements ont fourni moins de mois de données que demandé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes n'ont calculé les coûts que pour les mois pour lesquels des données étaient disponibles.
	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> Certains établissements ont fourni moins de mois de données que demandé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les analystes ont soit extrapolé les données à une année entière, soit imputé les données mensuelles manquantes en utilisant la moyenne des données mensuelles disponibles et collectées.

VÉRIFICATION

LEÇONS TIRÉES

ÉTAPE 8 : COLLECTE, TRAITEMENT ET VÉRIFICATION DES DONNÉES

- ✓ **ÉLABORER** un plan pour travailler avec les prestataires et leur offrir des incitations.
- ✓ **COLLECTER** les données.
- ✓ **SAISIR** les données dans les outils de saisie et les tableaux fictifs et suivre les mesures de contrôle de la qualité.
- ✓ **NETTOYER** les données.
- ✓ **IDENTIFIER** les données irrégulières pour vérification.
- ✓ **VERIFIER** les données et corriger la base de données si nécessaire.
- ✓ **DECIDER** de la manière de résoudre les problèmes liés à la disponibilité limitée et à la et la mauvaise qualité des données fournies par les prestataires.

“Visiter les établissements pour identifier les données sensibles, les rapports incorrects ou les pratiques frauduleuses.”

“POUR COMBLER LES LACUNES DANS LES DONNEES, IL FAUT REFLECHIR DE MANIERE CREATIVE ET REGARDER AU-DELA DES DONNEES DISPONIBLES IMMEDIATEMENT.”

“PESER LES BÉNÉFICES D'OBTENIR DES DONNÉES DÉTAILLÉES PAR RAPPORT AUX COÛTS ASSOCIÉS À LA COLLECTE DE CES DONNÉES.”

“LA PARTICIPATION DES PRESTATAIRES S'EST ACCRUE LORSQU'ILS ONT COMPRIS QUE LES TAUX DE PAIEMENT DÉPENDAIENT DES DONNÉES.”

“Les prestataires ont souvent besoin d'une incitation pour participer à la collecte de données dans un premier temps, mais avec le temps, ils comprendront que leur rémunération dépend de la qualité des données qu'ils fournissent.”

RESSOURCES

Walker, Damian, et Lilani Kumaranayake. "Prise en compte des différences de calendrier dans les analyses de coûts : Actualisation et annualisation." *Politique et Planification de la Santé* 17, no. 1: 112-18.

Voir également la boîte à outils sur la clé USB d'accompagnement.

ÉTAPE 9.

ANALYSER ET VALIDER LES DONNÉES

Le volet d'analyse des données de l'exercice de calcul des coûts intervient une fois que les données ont été traitées, nettoyées et vérifiées. L'analyse se focalise sur le calcul des coûts unitaires, établissement par établissement. Cette analyse peut commencer pour un établissement donné une fois que les données ont été vérifiées pour cet établissement. Les équipes de calcul des coûts doivent valider les résultats préliminaires de l'analyse avec les prestataires pour s'assurer que les résultats ont un sens et pour corriger toute erreur résiduelle qui n'aurait pas été identifiée lors du nettoyage et de la vérification des données.

Les équipes de calcul des coûts doivent utiliser un modèle de comptabilité des coûts pour analyser les données. Tout le processus de comptabilité des coûts, y compris les étapes analytiques, est décrit dans l'annexe. Les équipes de calcul des coûts doivent avoir une connaissance approfondie du processus de comptabilité des coûts afin de prendre les décisions nécessaires quant aux exigences relatives aux données et aux données d'entrée du modèle et de mener l'analyse avec précision.

Plusieurs tableaux et modèles fictifs de comptabilité des coûts sont inclus dans la boîte à outils sur la clé USB d'accompagnement. Ces tableaux et modèles fictifs peuvent servir de point de départ à la conception d'outils analytiques ; les échantillons doivent être adaptés à chaque pays et à chaque exercice de calcul des coûts.

Le processus d'analyse est itératif et peut prendre plus de temps que prévu, comme l'ont découvert les équipes de calcul des coûts des exemples de cas. Il peut être utile d'allouer du temps supplémentaire à l'avance pour les multiples itérations et pour la communication avec les prestataires.

L'équipe de calcul des coûts doit également documenter minutieusement chaque étape de l'analyse afin que les itérations puissent être retracées, que les décisions relatives aux hypothèses et aux extrapolations soient transparentes et que les lacunes de données ou d'autres limitations soient spécifiées. Les équipes qui utilisent Microsoft Excel pour l'analyse peuvent utiliser la fonction de commentaire du programme pour documenter les décisions prises au cours de l'analyse.

Les équipes doivent aussi envisager de faire appel à un pair ou à un tiers pour examiner l'analyse, apporter un point de vue extérieur et identifier les éventuelles lacunes ou autres limites.

DÉFIS DE L'ANALYSE DES DONNÉES ET LEÇONS TIRÉES

Bien que les équipes chargées des exemples de cas aient passé beaucoup de temps à développer et à affiner le modèle de comptabilité des coûts (étape 5) pour guider leur analyse, le processus de saisie des données dans le modèle et son analyse se sont déroulés rapidement. L'un des défis majeurs a été de décider à quel moment finaliser l'analyse, car le potentiel de collecte ou de nettoyage de données supplémentaires est illimité. À un certain moment, il est important d'achever le processus, de documenter les limites éventuelles et d'élaborer un plan pour partager les résultats. Par exemple, l'équipe de calcul des coûts de l'Hôpital MNHA a appris que des calculs très précis de petits postes de dépenses, bien que possibles, n'étaient pas nécessaires pour l'analyse et qu'il fallait y consacrer beaucoup de temps. Dans ce cas, il se peut que cela ne vaille pas la peine de consacrer du temps et des efforts supplémentaires, car l'évaluation des coûts pour le paiement des prestataires n'est pas une activité de recherche pure.

Les équipes de calcul des coûts des exemples de cas ont aussi dû faire face à d'autres défis liés à l'analyse des données :

- Se souvenir de prendre continuellement du recul par rapport au processus afin d'évaluer si des données supplémentaires sont nécessaires

- Découvrir des données surprenantes et devoir décider comment les traiter
- Choisir des hypothèses et justifier ces choix
- Rendre transparent pour les décideurs politiques et les autres parties prenantes ce qui a été inclus ou non dans les résultats des coûts
- Effectuer des analyses de sensibilité
- Répondre aux nouvelles exigences de l'analyse lorsque la situation politique a changé au milieu de l'exercice
- Expliquer les limites de l'évaluation des coûts aux décideurs politiques et répondre à leurs attentes d'un « chiffre magique » ou d'un compte rendu des « coûts réels ».
- Répondre à l'évolution des priorités des décideurs politiques - Répondre aux questions des décideurs politiques sur l'analyse des coûts, auxquelles il était difficile de répondre.
- Respecter les délais et les budgets
- Gérer l'élargissement du champ d'application de l'analyse
- Documenter les hypothèses et toutes les étapes de l'analyse
- Décider quand conclure l'analyse
- Comprendre et présenter les analyses réalisées par des consultants sans transfert adéquat de technologie ou de connaissances à l'équipe locale chargée de l'évaluation des coûts.

Le **TABLEAU 40** décrit les principaux défis de l'analyse dans les exemples de cas et les solutions apportées par les équipes de calcul des coûts.

TABLEAU 40. Défis liés à l'analyse des données

CATÉGORIE	EXEMPLE DE CAS	DÉFIS ET SOLUTIONS
Exhaustivité des données	HÔPITAL AAROGYASRI	• Pour remédier aux données incomplètes, les analystes ont utilisé une procédure ascendante lourde pour combler les lacunes.
	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	• Pour tenir compte des mois incomplets, l'équipe a extrapolé les données afin d'obtenir des estimations des dépenses annuelles.
	DRG DE MALAISE	• Pour pallier les données incomplètes, l'équipe a utilisé des moyennes de données provenant d'autres hôpitaux de la même catégorie pour combler les lacunes.
	TAUX DE CAS DE PHILHEALTH	• L'équipe a généré des coûts unitaires en utilisant des données facilement disponibles, mais qui n'étaient pas nécessairement les plus complètes.
Structure des données	HÔPITAL PHFI	Des données détaillées n'étant pas disponibles pour plusieurs départements de soutien clinique, l'équipe de calcul des coûts n'a pas été en mesure d'attribuer ces coûts aux centres de coûts finaux (départements cliniques).
	SOINS PRIMAIRES AU VIËTNAM	• Il a été difficile de séparer l'utilisation et les dépenses des patients hospitalisés et externes à l'aide des rapports des prestataires, de sorte que l'équipe de calcul des coûts s'est appuyée sur les estimations du personnel de l'hôpital.
Précision des données	CASEMIX INDONÉSIE	• L'équipe de calcul des coûts n'a pas pu vérifier l'exactitude des données soumises par les hôpitaux, car elle n'a pas eu accès aux sources de données originales.
Bases d'allocation	HÔPITAL MNHA	• Le plus grand défi pour l'équipe de calcul des coûts a été de choisir des bases d'allocation pertinentes pour répartir les coûts entre les différents départements.
Capacité de calcul des coûts	HÔPITAL AAROGYASRI	L'équipe de calcul des données a eu besoin de plus de formation car tous ses membres n'avaient pas d'expérience en comptabilité de calcul des coûts.
	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	Tous les membres de l'équipe n'ont pas compris les détails de la méthode progressive pour certains aspects complexes de l'analyse qui nécessitaient de nombreuses hypothèses.
	HÔPITAL MNHA	• L'équipe de calcul des coûts s'est heurtée au manque de personnel qualifié pour effectuer l'analyse.
	PHILHEALTH	• - L'équipe de calcul des données n'a pas eu assez de temps ou d'expertise pour analyser toutes les données.

FORMULATION D'HYPOTHÈSES, D'ESTIMATIONS ET D'EXTRAPOLATIONS

Aucun exercice de calcul des coûts ne dispose d'un ensemble de données complet et impeccable à partir duquel il est possible de générer des estimations de coûts unitaires. Il est donc approprié et tout à fait acceptable de formuler des hypothèses, d'extrapoler des données et d'utiliser des estimations pour traiter des données peu fiables, non valides ou incomplètes. Bien que les décideurs politiques et les analystes puissent ressentir une certaine gêne à utiliser ces techniques, l'incertitude est un aspect important de tout exercice analytique et il y a toujours une certaine logique derrière l'utilisation de ces techniques d'analyse. Les décideurs politiques et les chercheurs devraient également être rassurés par le fait que les hypothèses, les estimations et les extrapolations n'ont pas d'impact significatif sur les coûts relatifs, qui sont les principaux résultats de l'évaluation des coûts pour le paiement des prestataires.

Dans les cas étudiés, les équipes de calcul des coûts ont utilisé différentes techniques pour traiter les données peu fiables, invalides ou incomplètes (voir TABLEAU 41.) (Elles ont souvent demandé l'avis d'experts au personnel des établissements de santé pour obtenir des estimations permettant de combler les lacunes des données. Elles ont aussi souvent remplacé les données manquantes par des normes, des standards ou des repères obtenus à partir de sources nationales ou de la littérature sur l'évaluation des coûts. Dans d'autres cas, ils ont utilisé des frais, des redevances, des prix du marché local ou des prix de référence internationaux pour remplacer les données manquantes.

ANALYSE DES COÛTS GLOBAUX

De nombreux établissements de santé n'enregistrent pas séparément les dépenses des patients hospitalisés et des visiteurs externes, ce qui pose un problème aux équipes de calcul des coûts car leurs unités de service - jours-lits et visites externes - ne sont pas comparables.

Il est donc nécessaire de trouver un moyen d'analyser ces dépenses. Par exemple, un hôpital peut regrouper des services d'hospitalisation et de consultation externe fournis par un seul service, comme la gynécologie obstétrique ou la pédiatrie. Les dépenses sont parfois mélangées parce que le personnel du service s'occupe à la fois des patients hospitalisés et des patients externes, que les dépenses en médicaments et autres produits consommables sont enregistrées au niveau du département et que l'espace et l'équipement sont partagés entre les services d'hospitalisation et les services de consultation externe. Les centres de santé enregistrent souvent des dépenses globales, même si le personnel, les produits consommables, les bâtiments et les équipements sont également utilisés pour d'autres activités telles que la promotion de la santé et la sensibilisation.

PhilHealth a été confronté au défi des dépenses fusionnées pour les services d'hospitalisation, de consultation externe et d'urgence. L'équipe de calcul des coûts des hôpitaux du MNHA a dû faire face à des dépenses fusionnées pour les services d'hospitalisation, de consultation externe et de soins de jour. Pour les postes de santé des communes du Vietnam (centres de santé), les dépenses ont été regroupées pour les services d'hospitalisation, les services de consultation externe et les services de prévention et de promotion.

Dans de telles situations, les équipes de calcul des coûts peuvent utiliser des hypothèses, des estimations ou des statistiques de répartition pour séparer les coûts qui ont été fournis de manière globale. La meilleure solution consiste souvent à consulter des experts de l'établissement, tels que les directeurs de département, sur la part des coûts à répartir entre les services hospitaliers et les services de consultation externe, ainsi que sur d'autres services. Ces experts peuvent souvent donner leur avis sur le ratio approprié entre les dépenses des patients hospitalisés et celles des patients

Externes pour les différents postes de coûts (par ex. le temps du personnel, les médicaments et les fournitures médicales, les services UTILITAIRES, les autres postes récurrents, les locaux et l'utilisation d'autres biens d'équipement).

Construire des ratios pour différents postes de coûts prend du temps, mais c'est préférable à la détermination d'un ratio global de coûts entre les patients du département, les patients externes et les autres coûts, car le ratio varie généralement en fonction du poste de coûts.

Une autre approche consiste à collecter des données primaires pour développer une répartition appropriée entre les services hospitaliers et les services de consultation externe et d'autres services. Par exemple, l'équipe de calcul des coûts de l'Établissement de Santé d'Indonésie a collecté des données primaires pour un sous-ensemble d'établissements échantillonnés sur l'utilisation des pharmacies entre les services hospitaliers et les services de consultation externe afin de répartir le coût des médicaments.

Une autre technique consiste à créer une échelle d'équivalence pour attribuer les coûts globaux. Une échelle d'équivalence est un indice qui convertit les unités de service pour en faire des mesures comparables. Des hypothèses sont formulées, généralement en consultation avec les prestataires, sur l'utilisation des ressources des différentes unités de service (par exemple, jour-lit contre visite externe) afin de déterminer une échelle d'équivalence appropriée. L'approche la plus axée sur les données consiste à utiliser une analyse de sensibilité (décrite plus loin) pour définir l'échelle d'équivalence. La collecte de données primaires peut également renseigner l'échelle d'équivalence. L'équipe de calcul des coûts peut utiliser l'échelle d'équivalence pour séparer les coûts globaux en coûts représentatifs pour les différentes unités de service.

Le TABLEAU 42 présente les échelles d'équivalence utilisées dans les exemples de cas pour attribuer les coûts globaux.

TABLEAU 41. Techniques pour traiter les données non fiables, invalides ou incomplètes

TECHNIQUE	EXEMPLE DE CAS	DESCRIPTION
Extrapolation	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> - Construction d'une moyenne mensuelle à partir des données des mois disponibles et extrapolation des points de données sur toute la période.
	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	<ul style="list-style-type: none"> • Les données manquantes sur les dépenses ont été remplacées par les dépenses moyennes d'établissements présentant des caractéristiques similaires (taille, spécialisation). • Utilisation de l'indice des prix des médicaments pour calculer les dépenses en médicaments dans les régions où les données sur les dépenses en médicaments n'étaient pas disponibles.
	DRG MALAISIEN	<ul style="list-style-type: none"> • Les dépenses moyennes calculées à partir des établissements de la même zone géographique ont été utilisées pour ceux qui avaient fourni des données incomplètes.
	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacement des données manquantes sur les prix des équipements et des instruments par les prix de ces mêmes articles dans des hôpitaux similaires.
Procurations	SOINS PRIMAIRES AU VIETNAM	<ul style="list-style-type: none"> • Les listes d'actifs standard obtenues à partir de registres centralisés sur le prix d'achat des équipements et le coût de construction des bâtiments ont été utilisées.
	HÔPITAL AAROYASRI	<ul style="list-style-type: none"> • On a attribué le temps de travail des médecins aux différents centres de coûts sur la base de discussions avec l'équipe de médecins.
	SOINS PRIMAIRES AU VIETNAM	<ul style="list-style-type: none"> • On a consulté le personnel de l'établissement pour estimer la proportion des dépenses liées aux soins internes et externes afin de répartir les données globales sur les dépenses entre les départements qui servaient à la fois les patients hospitalisés et les patients externes.
	HÔPITAL AAROYASRI	<ul style="list-style-type: none"> • On a supposé que le coût de la pharmacie représentait 30 % du prix.
Estimation	DRG DES RÉPUBLIQUES D'ASIE CENTRALE	<ul style="list-style-type: none"> • Le nombre d'employés pour 1000 jours-lits dans un service a été utilisé comme indicateur de la complexité de traitement du département.
	COMPHEC MALAISIEN	<ul style="list-style-type: none"> • On a réparti les frais généraux sur chaque type de patient en supposant une utilisation moyenne des ressources entre les différents types de patients. • On a calculé le temps moyen passé par le personnel sur les procédures et a affecté les coûts de personnel sur la base de ces moyennes.
	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> • On a utilisé le nombre de visites et d'admissions par département pour répartir les dépenses en médicaments et en fournitures médicales, en supposant que les patients hospitalisés consomment trois fois plus que les patients externes ou les patients des urgences. • On a calculé le coût du personnel pour les interventions chirurgicales les plus courantes en utilisant la moyenne du temps consacré par le personnel à toutes les procédures.
	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> • On a utilisé le nombre de visites et d'admissions par département pour répartir les dépenses en médicaments et en fournitures médicales, en supposant que les patients hospitalisés consomment trois fois plus que les patients externes ou les patients des urgences. • On a calculé le coût du personnel pour les interventions chirurgicales les plus courantes en utilisant la moyenne du temps consacré par le personnel à toutes les procédures.
Hypothèses	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> • On a utilisé le nombre de visites et d'admissions par département pour répartir les dépenses en médicaments et en fournitures médicales, en supposant que les patients hospitalisés consomment trois fois plus que les patients externes ou les patients des urgences. • On a calculé le coût du personnel pour les interventions chirurgicales les plus courantes en utilisant la moyenne du temps consacré par le personnel à toutes les procédures.
	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> • On a utilisé le nombre de visites et d'admissions par département pour répartir les dépenses en médicaments et en fournitures médicales, en supposant que les patients hospitalisés consomment trois fois plus que les patients externes ou les patients des urgences. • On a calculé le coût du personnel pour les interventions chirurgicales les plus courantes en utilisant la moyenne du temps consacré par le personnel à toutes les procédures.
	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> • On a utilisé le nombre de visites et d'admissions par département pour répartir les dépenses en médicaments et en fournitures médicales, en supposant que les patients hospitalisés consomment trois fois plus que les patients externes ou les patients des urgences. • On a calculé le coût du personnel pour les interventions chirurgicales les plus courantes en utilisant la moyenne du temps consacré par le personnel à toutes les procédures.
	HÔPITAL PHFI	<ul style="list-style-type: none"> • On a utilisé le nombre de visites et d'admissions par département pour répartir les dépenses en médicaments et en fournitures médicales, en supposant que les patients hospitalisés consomment trois fois plus que les patients externes ou les patients des urgences. • On a calculé le coût du personnel pour les interventions chirurgicales les plus courantes en utilisant la moyenne du temps consacré par le personnel à toutes les procédures.

TABLEAU 42. Échelles d'équivalence

EXEMPLE DE CAS	ÉCHELLES D'ÉQUIVALENCE
Hôpital Aarogyasri	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Jour-lit de l'unité générale = 3 visites externes • 2,7 jour-lit en unité générale = 1 jour-lit en unité de soins intensifs • 3,1 jour-lit en unité de soins intensifs = 1 heure de bloc opératoire en chirurgie générale
Établissement de Santé d'Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> • 1 admission en hospitalisation = 2,4 (moyenne) et 3,5 (médiane) visites externes
Hôpital MNHA	<ul style="list-style-type: none"> • Temps du personnel pour 1 jour-lit = temps du personnel pour 1 visite externe
Soins Primaires au Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> • 1 jour-lit = 3 visites externes

AMORTISSEMENT DE BIENS D'ÉQUIPEMENT

Par L'amortissement est le montant par lequel la valeur d'un actif diminue continuellement au fil du temps en raison de son utilisation. En d'autres termes, l'amortissement répartit le coût d'un actif sur la durée de sa vie utile afin de déterminer la part de sa valeur qui a été utilisée. Les politiques d'amortissement ont tendance à varier en fonction du pays, de l'institution ou du prestataire. Bien qu'il existe différentes méthodes pour calculer l'amortissement des actifs, l'amortissement linéaire (constant) est la méthode la plus simple et la plus couramment utilisée dans le calcul des coûts pour le paiement des prestataires. Cette méthode divise le prix d'achat de l'actif par ses années de vie utile, en supposant que les actifs perdent leur valeur de manière uniforme au cours de leur durée de vie, et attribue une partie du coût net à chaque année. Les exemples de cas ont utilisé la méthode linéaire pour l'amortissement de tous les biens d'équipement. Il est à noter que le choix de la méthode d'amortissement peut varier en fonction du type de bien à amortir. L'amortissement linéaire est une pratique courante pour les bâtiments, mais d'autres méthodes (par exemple, la méthode du solde dégressif ou la méthode des unités de production) sont parfois préférées pour les équipements

ou les véhicules qui perdent leur valeur plus rapidement au cours des premières années. Quelles que soient les méthodes d'amortissement choisies par l'équipe de calcul des coûts, elles doivent être appliquées de façon cohérente à toutes les installations de l'échantillon.

Les actifs immobiliers doivent être évalués sur la base de leur prix d'achat initial ou de leur prix de remplacement. Les exemples de cas ont utilisé différentes bases d'amortissement pour évaluer les actifs immobiliers. Par exemple, l'équipe malaisienne de DRG a utilisé le prix d'achat parce que ces données étaient facilement disponibles et collectées de manière routinière. L'équipe de l'hôpital de la PHFI a utilisé le prix de remplacement parce que les prix d'achat des biens d'équipement n'étaient pas disponibles dans la plupart des hôpitaux. Les pays où l'inflation est élevée doivent être prudents quant à l'utilisation du prix d'achat ; s'ils n'ajustent pas l'inflation, ils risquent de sous-estimer la valeur des actifs. L'utilisation du prix de remplacement pour les équipements (ordinateurs, appareils de tomographie et d'IRM) ou les véhicules peut présenter des inconvénients car il peut être plus élevé que le prix d'acquisition. Le coût du terrain peut être utile pour distinguer les variations des prix de la propriété en

fonction de la région et de la localisation, mais de nombreuses équipes de calcul des coûts l'excluent car il est souvent très difficile à calculer. Toutefois, les exercices de calcul des coûts qui incluent des prestataires privés devraient tenter d'estimer le coût du terrain (le cas échéant), car il peut s'agir d'un coût supplémentaire important supporté par les prestataires privés, contrairement à ce qui se passe avec les prestataires publics. Les équipes de calcul des coûts qui incluent le coût du terrain dans leurs calculs de coûts unitaires ne doivent pas considérer le terrain comme un actif amortissable, car il ne perd pas nécessairement de sa valeur au fil du temps.

Le coût des bâtiments peut être difficile à calculer car les données sur les prix de la construction initiale et des rénovations ultérieures peuvent être limitées. Dans ce cas, les équipes de calcul des coûts disposent de plusieurs options pour estimer les coûts :

- Déterminez le coût d'un bâtiment récemment construit dont la structure est similaire - taille et matériaux de construction - et ajustez le coût en fonction de l'inflation et de toute différence majeure entre les bâtiments.
- Estimer le coût de construction d'une nouvelle structure similaire et l'ajuster en fonction de l'inflation.

- Utilisez un devis de construction standard du marché local (par exemple, 500/mètre carré), ajustez-le en fonction de l'inflation et multipliez-le par la taille du bâtiment.

- Obtenez le taux de location annuel pour un bâtiment de structure similaire auprès d'un agent immobilier et utilisez-le comme approximation de l'amortissement annuel (ce coût doit être traité comme un coût récurrent).

La mesure et l'évaluation des actifs du capital comportent toujours une part d'incertitude, car il est difficile de prévoir la durée de vie utile d'un actif. Une bonne pratique consiste à présenter les résultats des coûts en incluant et en excluant les coûts en capital.

AJUSTEMENT À L'INFLATION

L'ajustement à l'inflation est un élément important de l'analyse des données, en particulier dans les marchés locaux volatils. L'ajustement à l'inflation est nécessaire dans les scénarios suivants :

- Lorsque les données couvrent plus d'une année
- Lorsque l'on calcule la dépréciation du capital
- Lorsque la politique de paiement du prestataire est fixée longtemps après l'obtention des résultats des coûts.

Une technique courante d'ajustement de l'inflation consiste à utiliser un indice déflateur du PIB. L'utilisation de l'indice des prix à la consommation (IPC) ou de l'IPC médical est une des méthodes alternatives, bien que ces indices ne soient souvent pas disponibles ou ne soient pas pertinents pour les pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'utilisation de l'IPC présente un certain risque car l'inflation générale ne suit pas toujours l'inflation dans le secteur de la santé.

REPARTITION DES COÛTS

Des techniques de répartition descendante des coûts sont nécessaires pour répartir d'abord les coûts indirects, puis les coûts des services, afin de calculer les coûts unitaires des services de santé. Une répartition directe est recommandée pour attribuer les coûts indirects, et une comptabilité descendante est recommandée pour attribuer les coûts aux départements.

La répartition directe est utilisée pour attribuer les coûts indirects aux différents départements (c'est-à-dire aux centres de coûts). Par exemple, le coût des utilités est directement alloué aux différents services sur la base d'une estimation de la consommation d'utilités par département. Cette estimation est souvent basée sur une mesure indirecte telle que la surface au sol (par exemple, les mètres carrés) du département.

En revanche, il existe quatre méthodes principales pour répartir les coûts des services administratifs et de soutien clinique (c'est-à-dire les centres de coûts non générateurs de revenus) entre les services cliniques (c'est-à-dire les centres de coûts générateurs de revenus) :

- **Distribution directe.** Cette méthode permet de répartir les coûts non liés aux centres de revenus uniquement sur les centres de revenus.

Par exemple, les coûts du service de l'entretien ménager sont répartis en utilisant les mètres carrés comme base de répartition aux centres de coûts de revenus uniquement.

- **Méthode par paliers.** Cette méthode consiste à répartir les coûts des centres non payants entre les centres non payants et les centres payants de manière progressive, de sorte que les coûts des centres non payants qui fournissent des services au plus grand nombre de personnes soient répartis entre les centres non payants et les centres payants.
- **Double distribution.** Selon cette méthode, chaque centre de coûts répartit les coûts entre tous les autres centres de coûts, après quoi une partie des coûts reste dans les centres de coûts non productifs. La méthode par paliers est ensuite utilisée pour répartir les coûts restants dans les centres de coûts non générateurs de recettes.
- **Distribution réciproque.** Avec cette méthode, chaque centre de coûts répartit les coûts entre tous les autres centres de coûts, après quoi certains coûts restent dans les centres de coûts non productifs. Des équations algébriques sont utilisées pour répartir les coûts restants, ce qui donne un résultat similaire à un nombre infini de distributions.

La méthode par paliers est la méthode traditionnelle et la plus couramment utilisée pour répartir les coûts de haut en bas dans le cadre de l'établissement des coûts pour le paiement des prestataires. Cette méthode permet de résoudre certains problèmes de distorsion causés par la distribution directe et elle est considérée comme adéquate et plus facile à mettre en œuvre que la distribution double ou réciproque. La méthode par paliers est décrite en détail dans l'annexe.

MENER UNE ANALYSE DE SENSIBILITÉ

L'analyse de sensibilité est utile pour tester les hypothèses et envisager les scénarios possibles et leur impact sur les résultats. En particulier, lorsque des hypothèses sont formulées, une analyse de sensibilité peut montrer dans quelle mesure les résultats changeraient si une hypothèse différente était utilisée. Étant donné que la comptabilité des coûts pour le paiement des prestataires repose sur des estimations et des hypothèses, l'analyse de sensibilité est utile pour tester ces estimations et hypothèses et se faire une idée de l'ampleur de leur impact sur les estimations finales.

L'analyse de sensibilité est également utile pour tester la robustesse des résultats, mieux comprendre la relation entre les intrants et les estimations de coûts, et identifier les intrants qui ont un effet limité ou nul sur les estimations de coûts.

L'analyse de sensibilité est également un outil utile pour améliorer la communication entre les décideurs politiques et les analystes. Les deux parties peuvent déterminer les hypothèses à tester et les scénarios à explorer, et l'analyse peut révéler comment les résultats changeraient. Microsoft Excel dispose d'outils d'analyse de sensibilité intégrés grâce à la fonction de scénario " et si ". Les exemples de cas ont utilisé l'analyse de sensibilité pour examiner les résultats après que des changements ont été apportés aux données d'entrée sur la base de différentes hypothèses, estimations ou exclusions. Plus précisément, ils ont exploré les scénarios suivants :

- Avec et sans coût d'amortissement du capital (Établissement de Santé d'Indonésie)
- Différences de coûts entre les établissements de santé situés en zone urbaine et ceux situés en zone rurale (Établissement de Santé d'Indonésie)
- Différences de coûts entre les hôpitaux de différents types et tailles (Établissement de Santé Indonésien)
- Avec et sans le coût du terrain (Hôpital PHFI)
- Avec et sans les coûts d'amortissement du capital périmé (Soins Primaires au Vietnam)
- Avec et sans les coûts récurrents financés de manière centralisée pour les salaires et les indemnités du personnel, les coûts de formation et les coûts de recherche (Soins Primaires au Vietnam).

- Échelle d'équivalence (jour-lit par rapport à une visite externe) de 1:1 vs. 1:3 (Soins Primaires au Vietnam)
- Différentes hypothèses concernant le temps passé par le personnel du centre de santé à des activités curatives ou préventives (Soins Primaires au Vietnam).

COMPARER ET VALIDER LES RÉSULTATS

Les équipes de calcul des coûts doivent comparer les résultats des coûts unitaires entre les départements et les prestataires et valider les résultats avec les prestataires. À l'étape 8, les équipes d'évaluation des coûts vérifient auprès des prestataires les valeurs des données qui semblent incomplètes, incohérentes ou improbables, sur la base d'un examen de leur cohérence logique et d'une comparaison avec des prestataires homologues. Après l'analyse des données à l'étape 9, les équipes d'évaluation des coûts doivent déterminer si les coûts unitaires moyens sont intuitifs et raisonnables et si la variabilité des coûts unitaires entre les départements et entre les prestataires est logique. Les prestataires peuvent aider à valider les résultats en vérifiant qu'ils sont raisonnables.

VERIFICATION

ÉTAPE 9 : ANALYSE ET VALIDATION DES DONNÉES

- ✓ **UTILISER** le modèle de comptabilité des coûts pour analyser
- ✓ **DOCUMENTER** chaque étape de l'analyse afin que les itérations puissent être retracées, que les hypothèses et les extrapolations soient transparentes et que les lacunes dans les données ou d'autres limitations soient spécifiées.
- ✓ **DETERMINER** si des données supplémentaires doivent être collectées ou vérifiées.
- ✓ **TRAITER** les données peu fiables, invalides ou manquantes en formulant des hypothèses, des estimations et des extrapolations.
- ✓ **DÉCIDER** quand l'analyse est complète et ensuite documenter les éventuelles limites de l'analyse.

RESSOURCES

Conteh, Lesong, and Damian Walker. "Calculs de coûts et de coûts unitaires à l'aide de la comptabilité par paliers." *Politique et planification de la santé* 19, no. 2 (2004): 127–35.

Finkler, Steven A., David M. Ward, and Judith J. Baker. *Principaux éléments de comptabilité des coûts pour les organisations de soins de santé*, 3e édition Sudbury, MA: Jones et Bartlett Publishers, 2007.

Mogyorosy, Zsolt, and Peter Smith. "Principales questions méthodologiques dans le calcul des coûts des services de soins de santé : Une revue de la littérature." *Document de recherche CHE* 7. York, Royaume-Uni : Université de York, Centre d'économie de la santé, 2005.

LEÇONS TIRÉES

“La méthode par paliers est la méthode traditionnelle et la plus couramment utilisée pour répartir les coûts de haut en bas dans le cadre du paiement des prestataires.”

“C'est un défi que d'arrêter finalement de nettoyer et d'analyser les données.”

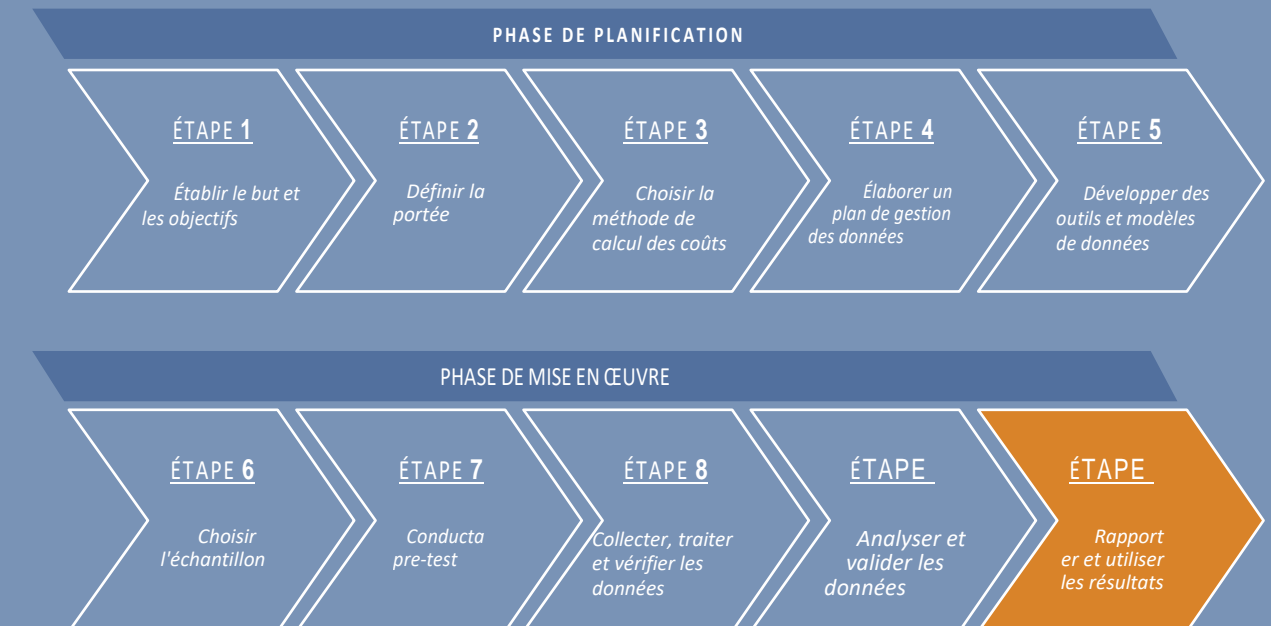
“LES EXTRAPOLATIONS ET LES HYPOTHÈSES CONCERNANT LES DONNÉES MANQUANTES SONT INÉVITABLES.”

PARTIE 3.

DU CALCUL DES COÛTS AU PAIEMENT DES PRESTATAIRES

La partie 3 de ce manuel couvre l'étape 10 de l'exercice d'évaluation des coûts : la communication et l'utilisation des résultats. Ce manuel se focalise sur l'utilisation des résultats d'un exercice de calcul des coûts pour concevoir et mettre en œuvre la politique de paiement des prestataires, et plus particulièrement pour fixer les taux de paiement.

PLAN EN DIX ÉTAPES POUR UN EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS



LE RÔLE DES INFORMATIONS SUR LES COÛTS DANS LA POLITIQUE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES ET LA FIXATION DES TARIFS

Les informations sur les coûts ne sont qu'un des éléments à prendre en compte dans la fixation des taux de paiement des prestataires, mais elles peuvent aider les parties prenantes à mieux comprendre et à mieux évaluer les autres éléments. Comme indiqué dans l'introduction de ce manuel, la fixation des taux de paiement des prestataires est un exercice d'équilibre pour l'acheteur de soins de santé.

L'acheteur est chargé de maintenir les paiements dans les limites des ressources disponibles tout en payant suffisamment les prestataires pour qu'ils fournissent des soins de haute qualité et en créant des incitations à l'efficacité, à l'amélioration continue de la qualité et à la réactivité vis-à-vis des patients. Pour atteindre ces objectifs, l'acheteur doit tenir compte de quatre facteurs : les objectifs politiques, les ressources disponibles, le coût moyen de la prestation de services pour les prestataires et la négociation avec les prestataires et les autres parties prenantes. (Voir FIGURE 8.)

L'objectif de la fixation des taux de paiement des prestataires est de payer aux prestataires le coût moyen attendu pour un prestataire efficace de diagnostiquer et de traiter un cas ou de gérer la totalité des soins d'un patient dans une catégorie donnée. Dans certains cas, les coûts réels encourus par les prestataires pour traiter des cas individuels dépasseront le taux de paiement et dans d'autres cas, ils lui seront inférieurs, en fonction des caractéristiques cliniques des cas et

des incitations offertes aux prestataires pour qu'ils soient plus efficaces. Le coût de la prestation de services pour les prestataires n'est donc pas nécessairement le premier facteur à prendre en compte dans la fixation des tarifs, mais des informations sur les coûts peuvent fournir une base factuelle pour les trois autres facteurs. Par exemple, si le renforcement des soins primaires est un objectif politique, une analyse des coûts peut démontrer que les soins primaires sont sous-financés, ce qui peut justifier des taux de paiement plus élevés. Les résultats de l'analyse des coûts peuvent être utilisés pour planifier l'extension de la couverture sanitaire et veiller à ce que des ressources adéquates soient disponibles et bien gérées par le biais de systèmes de paiement appropriés pour les prestataires. Ces informations peuvent, à leur tour, rendre plus transparentes les négociations entre l'acheteur et le prestataire.

Les coûts relatifs sont plus importants que les coûts unitaires absolus pour la politique de paiement des prestataires.

Les prestataires fournissent généralement plus de services qui sont relativement plus "rentables", c'est-à-dire ceux pour lesquels ils sont payés à des taux plus élevés par rapport au coût de leur prestation. Si les prix relatifs ne reflètent pas les coûts relatifs, les prestataires peuvent avoir intérêt à fournir davantage de services dont les coûts relatifs sont plus faibles et les prix relatifs plus élevés. C'est souvent le cas des services de diagnostic de haute technologie, dont le coût marginal est faible après l'achat de l'équipement, mais qui sont souvent payés à des taux relatifs élevés. C'est pour cette raison que l'utilisation excessive de services de diagnostic de haute technologie est courante. De plus, les patients les plus malades sont plus coûteux à traiter, donc les taux de paiement devraient garantir que les prestataires ne soient pas sous-payés pour traiter les patients gravement malades.

Toutefois, il est tout aussi important de comprendre les coûts absolus. Si les taux de paiement sont significativement et

FIGURE 8. Considérations sur la fixation des taux de paiement des prestataires



et chroniquement inférieurs aux coûts de prestation des services, la qualité finira par en souffrir car les prestataires réduiront la quantité et la qualité des intrants qu'ils utilisent ou les patients seront invités à contribuer davantage au coût de leurs soins. Le suivi des coûts absolus de la prestation des services de santé et des écarts entre les coûts et les taux de paiement peut aider à orienter les stratégies d'augmentation ou de redistribution du financement dans le système de santé et à identifier les moyens d'améliorer l'efficacité.

Les résultats de l'évaluation des coûts peuvent être utilisés de différentes

manières dans le cadre de la politique de paiement des prestataires :

- Pour informer ou servir de base aux taux de paiement des prestataires et aux ajustements.
- Valider et/ou recouper les taux de paiement
- Faciliter une plus grande transparence et une plus grande équité dans les négociations sur les taux de paiement
- Permettre une révision ou un affinement continus des taux de paiement des prestataires
- Améliorer la planification et la budgétisation
- Simuler des scénarios alternatifs d'extension de la couverture

- Contrôler les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs politiques.

Le TABLEAU 43 décrit comment les résultats de l'évaluation des coûts ont été utilisés pour informer la politique de paiement des prestataires et la fixation des taux dans les pays cités en exemple.

L'utilisation des résultats de l'évaluation des coûts dépendra en fin de compte du contexte national. Chaque acheteur doit trouver un moyen d'équilibrer les objectifs politiques, les ressources disponibles, le coût de la prestation des services, et la négociation avec les prestataires.

TABLEAU 43. Emploi d'informations sur les coûts dans la fixation des taux de paiement des prestataires

EMPLOI DES RÉSULTATS DE CALCUL DU COÛT	EXEMPLE DE CAS	TYPE DE SYSTÈME DE PAIEMENT
Fixer les taux de paiement (en se basant principalement sur les informations relatives aux coûts)	CASEMIX INDONÉSIE	Paiement par cas des hôpitaux
	G-DRG GHANA	Paiement par cas des hôpitaux
Pour calculer les pondérations relatives des cas	DRG DES RÉPUBLIQUES D'ASIE CENTRALE	Paiement par cas des hôpitaux
	DRG DES RÉPUBLIQUE D'ASIE CENTRALE	Capitation
Pour calculer les coefficients d'ajustement	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ D'INDONÉSIE	Capitation
	G-DRG GHANA	Paiement par cas des hôpitaux
	SOINS PRIMAIRES AU VIETNAM	Capitation
Pour recouper les taux de paiement calculés provenant d'autres sources	HÔPITAL AAROGYASRI	Paiement par cas des hôpitaux
	G-DRG Ghana	Capitation
	TAUX DES CAS PHILHEALTH	Paiement par cas des hôpitaux
	SOINS PRIMAIRES AU VIETNAM	Capitation

ÉTAPE 10. RAPPORTER ET UTILISER LES RÉSULTATS

COMMUNIQUER LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES COÛTS AUX PARTIES PRENANTES

Étant donné que les taux de paiement des prestataires ont une incidence sur la viabilité financière des systèmes de financement sanitaire ainsi que sur les revenus des prestataires, toute une série de parties prenantes seront intéressées par les résultats de l'évaluation des coûts et par la manière dont ils sont utilisés. Toutes ces parties prenantes doivent être associées à l'examen et à l'interprétation des résultats du calcul des coûts à différents stades, avant et pendant le processus de fixation des tarifs.

Comme indiqué à l'étape 1, il est important, au début d'un exercice d'évaluation des coûts, que les décideurs et les équipes d'évaluation des coûts discutent du type de résultats d'évaluation des coûts qui sont nécessaires pour éclairer la politique de paiement des prestataires. Anticiper ces besoins dès le départ permet de s'assurer que toutes les parties prenantes sont en phase et ont les mêmes attentes quant aux résultats.

Les équipes de calcul des coûts doivent indiquer les parties prenantes avec lesquelles elles doivent communiquer, les informations les plus pertinentes pour elles et la façon dont elles doivent transmettre ces informations. Le TABLEAU 44 décrit les informations dont les principales parties prenantes ont généralement besoin.

La meilleure façon de présenter les résultats de l'évaluation des coûts dépendra de la richesse des données collectées

et de ce qui est nécessaire pour les décisions politiques en matière de paiement des prestataires. Le TABLEAU 45 présente des conseils sur les sujets à aborder lors de la communication des résultats de l'évaluation des coûts aux parties prenantes. Les exercices de calcul des coûts peuvent inclure quelques produits finaux à fournir, notamment un rapport descriptif plus long (voir les exemples dans la boîte à outils sur la clé USB d'accompagnement), des présentations

TABLEAU 44. Parties prenantes clés et les résultats de calcul des coûts dont elles ont besoin

PARTIES PRENANTES	RÉSULTATS PERTINENTS
<i>Décideurs politiques</i>	Résumé des résultats et interprétation pour la fixation des taux et la réforme du paiement des prestataires
<i>Acheteurs (assureurs, employeurs, MdS, etc.)</i>	Synthèse des résultats et discussion des implications potentielles pour leurs pratiques d'achat
<i>Équipes techniques de paiement des prestataires</i>	Résultats détaillés et interprétation pour la fixation des taux et la réforme du paiement des prestataires
<i>Analystes et groupes techniques (évaluateurs pairs)</i>	Méthodologie détaillée de calcul des coûts, résultats et limites
<i>Associations de prestataires</i>	Résumé des résultats avec les résultats moyens des installations ventilés par facteurs clés (par ex. niveau de service du bâtiment, propriété /privée).
<i>Prestataires</i>	Résultats spécifiques à l'établissement comparés à ceux d'établissements homologues, mettant en évidence les facteurs de coût et les domaines potentiels d'amélioration des opérations de gestion et de la performance.
<i>Société civile, membres et patients</i>	Résumé des résultats avec discussion des implications pour leurs prestations et leurs paiements directs

BUT TABLEAU 45. Informations à communiquer aux parties prenantes

SUJET	CE QU'IL FAUT COMMUNIQUER	BUT
Contexte du but et des objectifs de l'exercice de calcul des coûts	<ul style="list-style-type: none"> But: le paiement des prestataires (par exemple, révision des taux de capitation). Objectifs spécifiques (par ex. estimer les coûts unitaires des services de soins primaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Placer l'exercice de calcul des coûts dans le contexte de changements et d'objectifs plus vastes du système de santé.
Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> Champ d'application de l'exercice de calcul des coûts, en particulier les types de prestataires et les catégories de coûts (étape 2) Choix de l'échantillon (étape 6) et approche du pré-test (étape 7) Méthodologie de calcul des coûts (étape 3) Détails de la collecte des données (calendrier, parties concernées) Sources de données Limites de l'exercice d'évaluation des coûts 	<ul style="list-style-type: none"> Décrire clairement le processus et faire preuve de transparence. Éviter d'être trop descriptif, mais donner suffisamment d'informations pour que les gens comprennent et aient confiance dans la rigueur du processus. Convaincre les décideurs politiques et les prestataires que la méthodologie répond aux normes mondiales et qu'elle est appropriée pour le paiement des prestataires (plutôt que pour la recherche). Expliquer les limites majeures ou les choix d'analyse qui intéressent les parties prenantes. Essayer d'anticiper les questions sur les limites et les hypothèses utilisées pour l'analyse.
Résultats clés	<ul style="list-style-type: none"> Des illustrations, des graphiques et des tableaux clairs pour transmettre les résultats de l'évaluation des coûts. Calculs pertinents pour rendre les analyses transparentes Explication sur l'interprétation des résultats Conclusions et (le cas échéant) recommandations sur les améliorations ou les implications politiques 	<ul style="list-style-type: none"> Présenter les résultats de façon simple et claire, en fonction du public visé, afin de maximiser l'impact et de faire passer les messages les plus importants. Éviter de présenter plus de détails que les parties prenantes ne peuvent en absorber et en interpréter. Il est toujours possible de fournir plus de détails en réponse aux demandes spécifiques.

adaptées à différents publics, et des notes politiques. Les résultats du calcul des coûts peuvent être organisés et présentés de différentes manières, notamment en fonction des zones géographiques, des prestataires, des services, des patients et du temps. Les sections suivantes proposent quelques options pour communiquer les résultats.

Présentation des coûts unitaires moyens

La première série de résultats à présenter est celle des coûts unitaires moyens, qui sont utilisés pour calculer les taux de base (expliqués plus loin). Les coûts moyens sont présentés par jour-lit, par sortie, par visite externe, par intervention chirurgicale, par test de laboratoire, etc. Les tableaux comparatifs des coûts sont utiles pour montrer l'éventail des résultats des coûts unitaires d'un établissement à l'autre.

Au moment d'expliquer les variations observées dans les coûts unitaires (entre zones géographiques, prestataires ou services, par exemple), les équipes de calcul des coûts doivent expliquer les facteurs sous-jacents à ces variations, lesquels incluent généralement :

- Les prix unitaires des intrants (par ex. les salaires, les prix des médicaments)
- Le personnel (nombre, niveau de compétence et composition)
- La disponibilité des médicaments et du matériel
- L'accès à différents types d'équipements médicaux
- La combinaison des services
- La gravité des cas (répartition des cas)
- La productivité / l'efficacité
- L'utilisation-
- La sophistication des systèmes comptables utilisés pour la saisie des données

Les différences inhérentes aux établissements de santé, telles que la situation géographique et le statut de propriété, peuvent également contribuer à la variation, tout comme les caractéristiques cliniques de leurs services. En d'autres termes, un même service peut avoir un profil de coût différent d'un établissement à l'autre, en fonction de la composition des cas, des protocoles de traitement et de l'accès à des intrants.

Les équipes de de calcul des coûts doivent présenter les coûts unitaires moyens comme une moyenne pondérée des établissements de leur échantillon. En d'autres termes, plutôt que de faire en sorte que le coût unitaire moyen de chaque prestataire (ou service) contribue de manière égale à la moyenne finale,

ENCADRÉ 13. Présenter les résultats du calcul des coûts pour mettre en évidence d'éventuels profits d'efficacité en Inde

Des études de coûts menées dans les états de Meghalaya et de Chhattisgarh, en Inde, ont révélé que les coûts unitaires variaient considérablement d'un hôpital à l'autre, alors que certains hôpitaux achetaient des services ou des biens au prix du marché de détail, d'autres les produisaient directement.

Certains hôpitaux, par exemple, ont acheté les services de médecins consultants et ont externalisé les pharmacies et les services de diagnostic aux prix du marché, ce qui a entraîné des coûts unitaires moyens plus élevés que ceux observés pour les hôpitaux qui

généraient directement leurs propres pharmacies et fournissaient leurs propres services de diagnostic. Les équipes de calcul des coûts ont pu analyser les effets des pratiques de délocalisation sur les coûts unitaires sur la base de consultations avec des experts, et ont procédé à des ajustements pour simuler des gains potentiels d'efficacité. Pour l'étude de coûts au Chhattisgarh, les prix des médicaments au détail ont été actualisés de 40 % pour que les coûts soient cohérents avec les prix probables d'achat en gros.

Avec les résultats du calcul des coûts présentés de cette manière, l'acheteur pouvait alors décider d'utiliser le coût unitaire moyen non ajusté plus élevé (dû au paiement des prix de détail des médicaments) comme intrant dans les taux de paiement ou de refuser d'intégrer ces inefficacités dans les taux de paiement aux hôpitaux.

elles devraient donner plus de poids aux prestataires (ou services) dont l'utilisation est plus élevée.

Il peut s'avérer utile de regrouper les infrastructures en fonction de caractéristiques clés qui influent sur l'efficacité, telles que le niveau de service, la géographie ou le type de propriété, afin que les parties prenantes puissent voir comment ces facteurs peuvent expliquer les variations des coûts unitaires. Ces comparaisons peuvent servir de base à des discussions sur l'efficacité et sur la question de savoir si le système de paiement doit compenser certains de ces facteurs. Par exemple, en Inde, les coûts unitaires

peuvent varier considérablement d'un hôpital à l'autre lorsque certains hôpitaux externalisent certains intrants ou services (tels que les pharmacies et les tests de diagnostic) et les paient au prix de détail. Les acheteurs doivent décider s'il y a lieu de compenser ces différences de coûts dans les taux de paiement (voir ENCADRÉ 13). (Voir ENCADRÉ 13.)

La FIGURE 9 montre un exemple de coûts unitaires moyens pondérés pour des établissements regroupés par type de propriété. La FIGURE 10 montre un exemple de coûts unitaires moyens pondérés pour les établissements regroupés par zone géographique. Le volume des services fournis par les

établissements est également important pour la comparaison des résultats en termes de coûts. Les établissements de santé dont le volume est élevé auront généralement des coûts unitaires inférieurs à ceux des établissements dont le volume est plus faible. Une utilisation plus importante peut être liée à l'efficacité et à la qualité, ou éventuellement à des facteurs tels que la géographie, et ces facteurs doivent être pris en compte dans la fixation des taux de paiement. Les équipes de calcul des coûts peuvent communiquer aux parties prenantes comment les résultats des coûts unitaires sont liés à la taille et à l'utilisation de l'établissement (voir FIGURE 11) ou à d'autres caractéristiques opérationnelles telles que les taux d'occupation des lits.

FIGURE 9. Tableau illustratif des coûts unitaires par propriétaire d'établissement

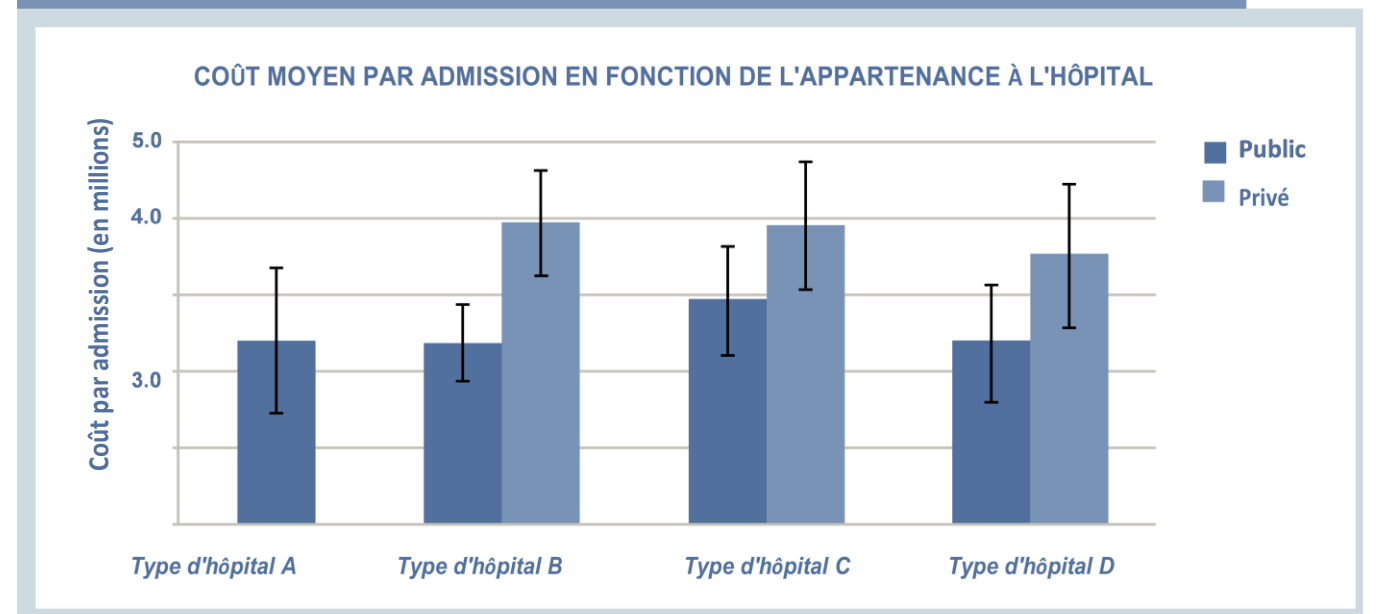


FIGURE 10. Graphique illustratif des coûts unitaires par catégorie géographique

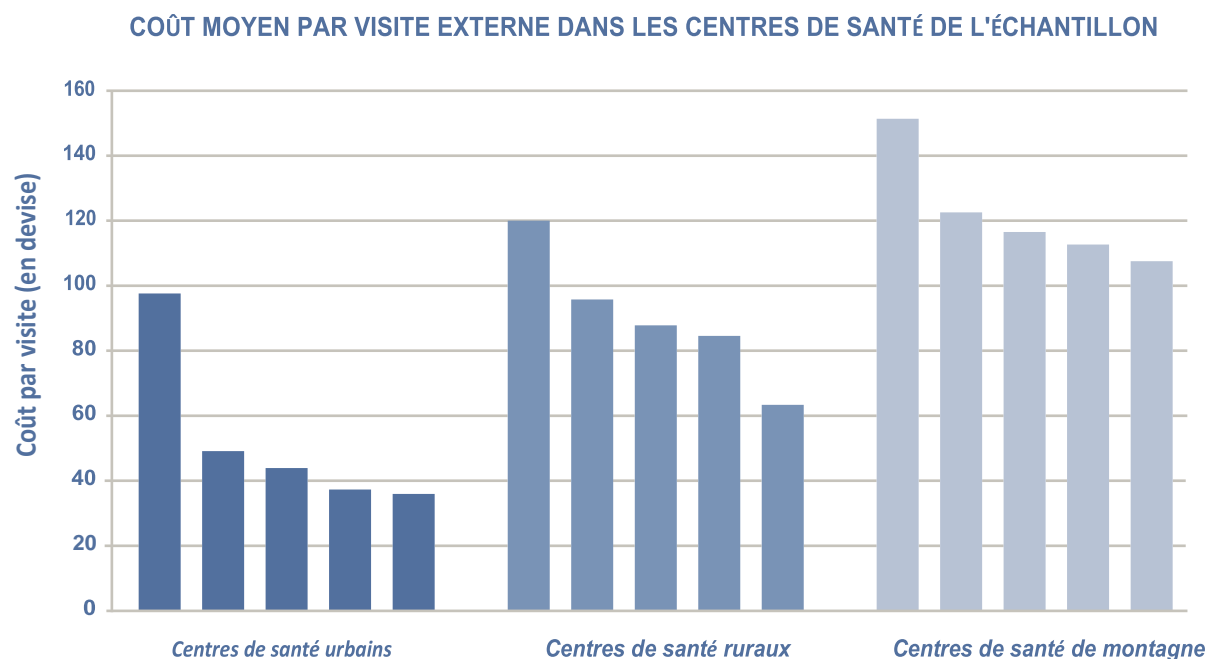


FIGURE 11. Tableau illustratif des coûts unitaires selon la taille et l'utilisation de l'établissement

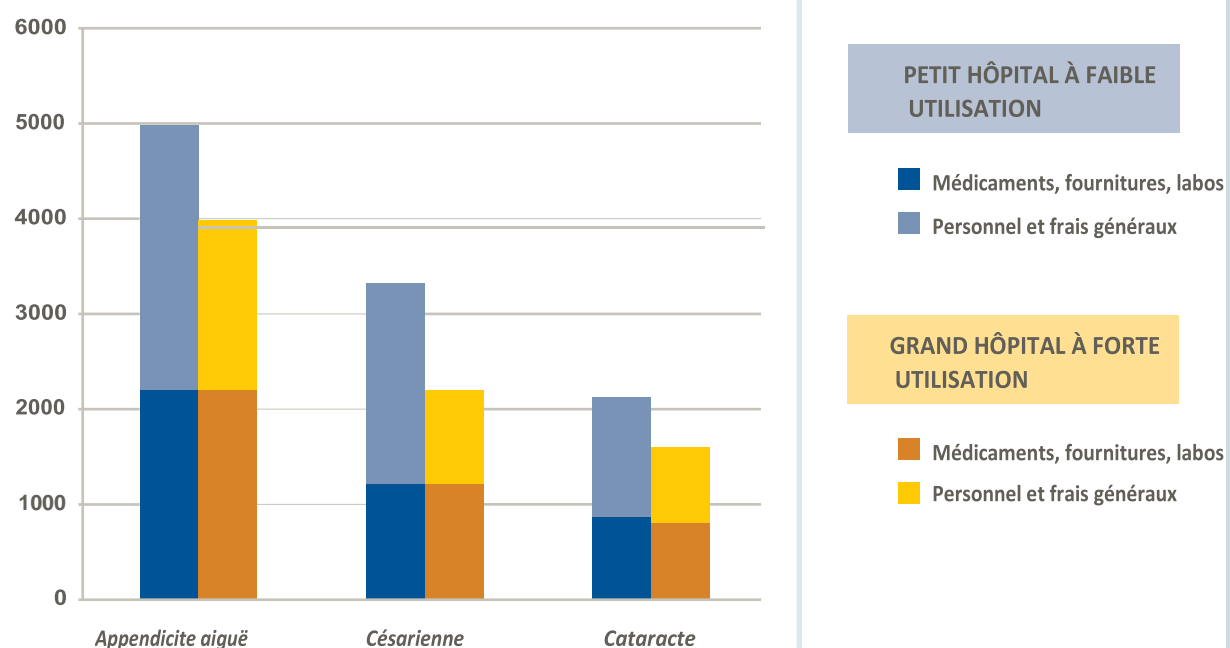
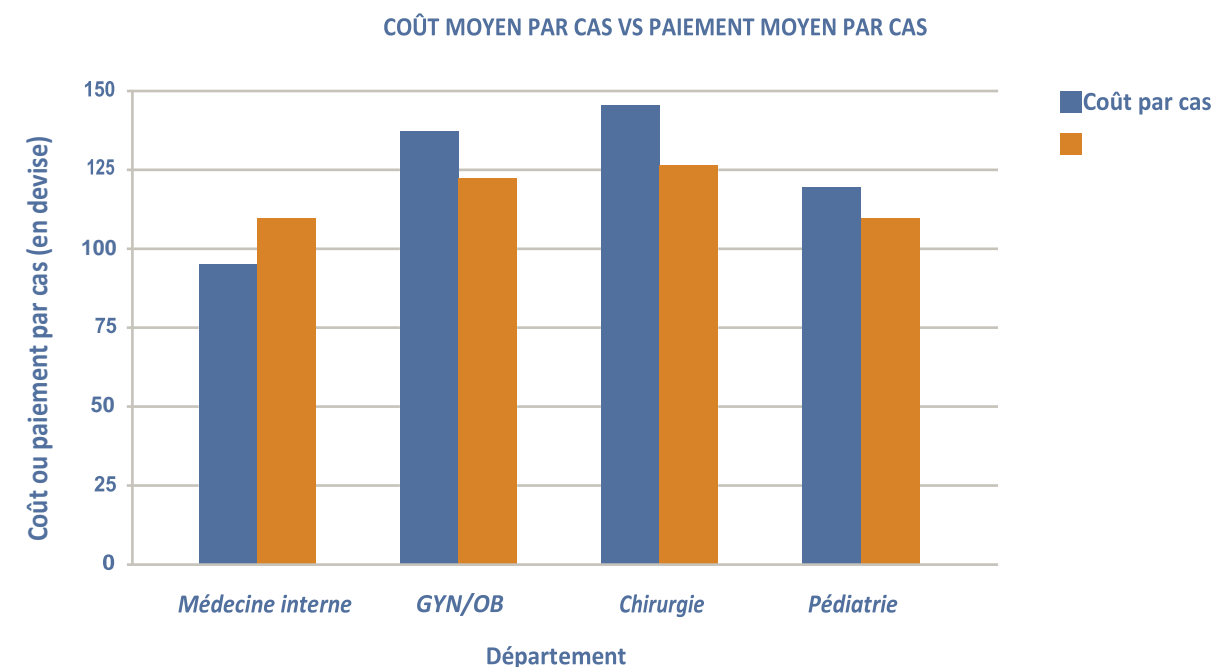


FIGURE 12. Graphique illustratif comparant les coûts unitaires et les taux de paiement



Les équipes de calcul des coûts peuvent également présenter des informations sur les coûts afin de mettre en évidence les écarts entre les coûts et les taux de paiement actuels. La quantification des écarts peut éclairer des discussions de plus haut niveau sur l'allocation des ressources au secteur de la santé et à l'intérieur de celui-ci. La FIGURE 12 montre un exemple de la manière dont les différences entre les coûts unitaires et les taux de paiement peuvent être présentés pour faciliter les discussions avec les parties prenantes sur la manière de combler ces écarts.

Lorsque les résultats du calcul des coûts sont obtenus à partir de plusieurs exercices de calcul des coûts ou à l'aide de plusieurs méthodologies, les équipes de calcul des coûts peuvent utiliser la triangulation pour valider les résultats. Les équipes de calcul des coûts doivent recouper les résultats des coûts unitaires obtenus à l'aide de différentes méthodologies et expliquer toute différence significative. Elles doivent également comparer les résultats avec le paiement ou la valeur moyenne par réclamation sur la même période. (Voir TABLEAU 46.)

Présentation des coûts relatifs

Les parties prenantes sont généralement plus intéressées par les coûts unitaires absolus, mais les coûts relatifs sont plus importants pour le paiement des prestataires. Il n'existe pas de "coût réel" ou de "vrai coût", de sorte que les coûts unitaires absolus ne doivent servir que de guide, en particulier pour la politique de paiement des prestataires. Les coûts unitaires absolus sont fortement influencés (plus que les coûts relatifs) par les pratiques de gestion des acheteurs et des prestataires, qui ne sont pas toujours

TABLEAU 46. Comparaison illustrative des résultats obtenus à partir de différentes méthodologies

RÉSULTATS	PNEUMONIE	CATARACT	ASTHME
Coût unitaire moyen (ascendant)	8,047	14,319	7,065
Coût unitaire moyen (descendant)	7,723	13,695	5,989
Valeur moyenne par réclamation	6,301	19,376	5,106

TABLEAU 47. Comparaison illustrative des estimations de coûts relatifs

DÉPARTEMENT DE L'HÔPITAL	COÛT MOYEN PONDÉRÉ PAR CAS	COEFFICIENT DE PONDÉRATION
Médecine interne	\$104	0.75
GYN/OB	\$116	0.84
Cardiologie	\$129	0.94
Chirurgie	\$148	1.10
Soins intensifs	\$172	1.25
Moyenne globale pondérée (pour tous les départements et toutes les installations)	\$138	1.00

efficientes ou efficaces, et ils sont davantage affectés par tout problème lié à la qualité des données. Les estimations des coûts unitaires absolus sont également rapidement dépassées car elles sont basées sur l'utilisation et les dépenses au cours d'une période donnée.

Les coûts relatifs reflètent l'augmentation ou la diminution du coût unitaire moyen pour un type spécifique de patient, de service, de département ou de prestataire par rapport au coût unitaire moyen pour tous les types de patients, de services, de départements ou de prestataires. Le TABLEAU 47 montre une option pour présenter les estimations des coûts relatifs. La pondération des coûts est calculée en divisant le coût moyen pondéré par cas dans un service par le coût moyen global par cas. Dans cet exemple, les résultats montrent que les cas sortant du service de médecine interne ne sont en moyenne que 75 % plus coûteux que l'ensemble des cas en moyenne, alors que les cas sortant du service de soins intensifs sont 25 % plus coûteux que l'ensemble des cas en moyenne.

Présentation des structures de coûts

Les parties prenantes souhaitent souvent savoir quels sont les éléments de coût qui déterminent les coûts unitaires,

de sorte qu'il peut être utile de présenter les résultats de la structure des coûts. Les résultats de la structure des coûts montrent la part de chaque catégorie de coûts dans le coût unitaire moyen total. La comparaison des structures de coûts entre les établissements ou les services peut éclairer les discussions sur les domaines dans lesquels des gains d'efficacité sont possibles. La FIGURE 13 présente deux types de graphiques pouvant être utilisés pour communiquer la structure des coûts. Le graphique du haut compare la structure des coûts unitaires entre les établissements en utilisant un pourcentage ; le graphique du bas compare la structure des coûts unitaires entre les services sous forme d'unités monétaires.

Présentation des résultats spécifiques à l'établissement

Bien que la politique de paiement des prestataires soit fondée sur des estimations de coûts moyens pour tous les prestataires, les équipes de calcul des coûts devraient partager les résultats de l'exercice de calcul des coûts avec les prestataires individuels pour leur propre usage interne. Les prestataires considèrent qu'il est instructif de voir les résultats pour leur établissement individuel - à travers les départements ou à travers le temps - dans le but d'améliorer la gestion et la performance. Les prestataires peuvent également tirer profit de la comparaison de leurs résultats à ceux des autres établissements de la même cohorte.

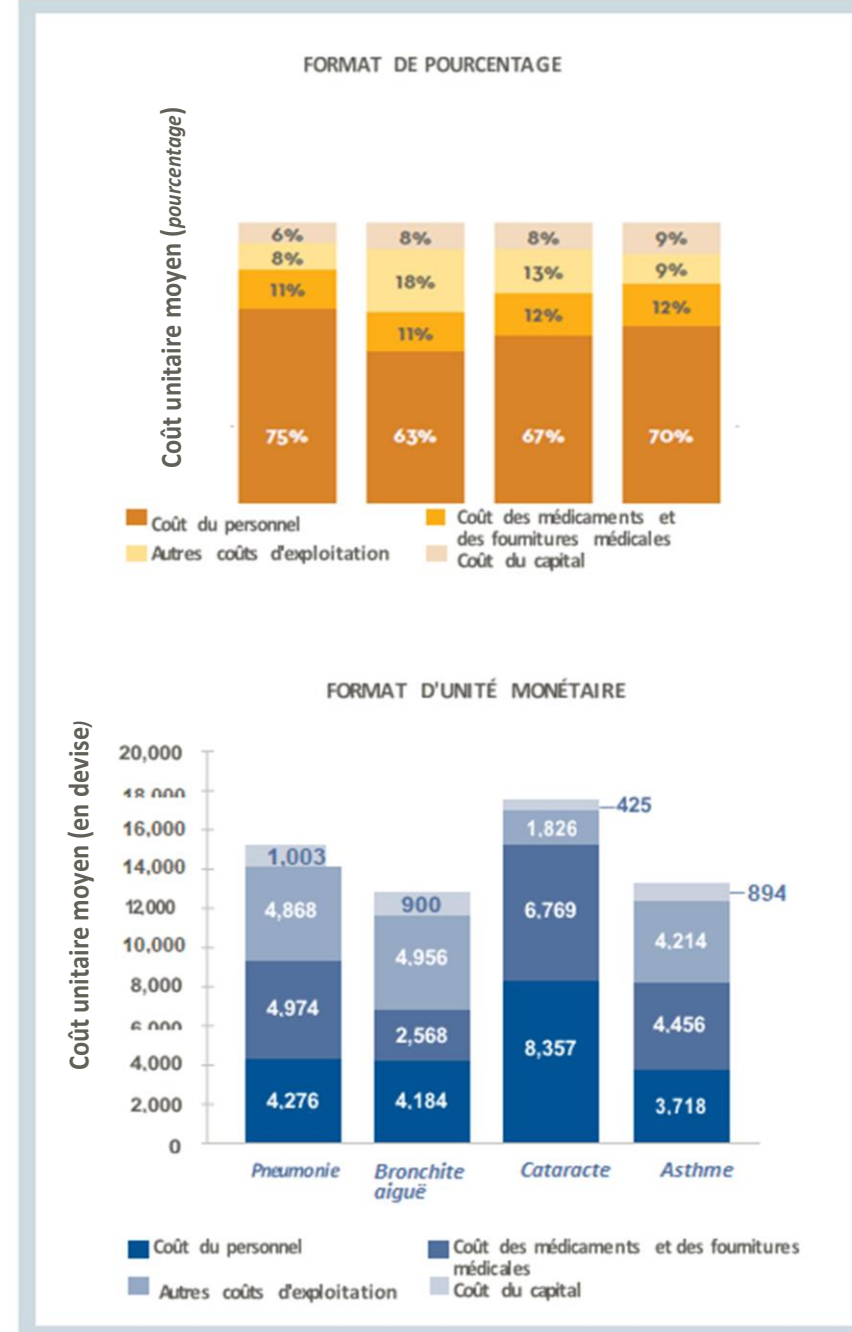
La FIGURE 14 présente des exemples de graphiques spécifiques à l'établissement pour le coût moyen par service et le coût moyen pour tous les services dans le temps. La FIGURE 15 présente un exemple de tableau comparatif des coûts unitaires, dans lequel les coûts unitaires par jour-lit sont comparés entre les hôpitaux de l'échantillon. La ligne horizontale indique le coût moyen pondéré par jour-lit pour tous les hôpitaux.

Communiquer les résultats aux décideurs politiques

Les équipes de calcul des coûts doivent communiquer les informations aux décideurs politiques dans un format facile à digérer et qui répond à leurs principales préoccupations et questions politiques. Les décideurs politiques ne disposeront probablement que d'un temps limité pour assimiler tous les détails des résultats de l'évaluation des coûts ; ainsi, l'équipe de calcul des coûts ne doit présenter que les résultats de haut niveau et les principaux messages. Voici quelques lignes directrices pour communiquer efficacement les résultats d'un exercice de calcul des coûts aux décideurs politiques :

- Comprendre les besoins et les préoccupations des décideurs politiques. Quelles sont les questions les plus importantes pour eux ?

FIGURE 13. Graphiques illustratifs comparant les structures de coûts unitaires moyens



Essaier-ils de gérer l'augmentation des coûts des patients hospitalisés, d'accroître le financement des soins primaires, de réduire les frais à la charge des patients ou d'atteindre d'autres objectifs ? La présentation des résultats de l'évaluation des coûts doit répondre clairement à ces questions.

- **Expliquer les points forts et les limites d'un exercice de calcul des coûts.** Il est important que les décideurs politiques sachent exactement ce qu'un exercice de calcul des coûts peut et ne peut pas faire afin d'utiliser correctement les informations et d'aligner leurs objectifs de manière appropriée. Malgré ces limites, il est important de faire comprendre aux décideurs politiques que les résultats d'un petit exercice de calcul des coûts sont préférables à l'absence d'estimation des coûts.
- **Expliquer l'importance des estimations de coûts relatifs.** Les décideurs politiques doivent comprendre que les estimations des coûts unitaires absolus deviennent rapidement obsolètes. Elles reflètent également les structures de coûts historiques, qui peuvent être inefficaces, et les niveaux de financement du système, qui peuvent être inadéquats. L'équipe de calcul des coûts doit expliquer que les estimations des coûts relatifs sont susceptibles de refléter de manière plus stable et plus précise l'utilisation actuelle des ressources par les prestataires.
- Expliquer comment les résultats de l'évaluation des coûts peuvent être utilisés dans les négociations avec les prestataires. Dans de nombreux pays, la détermination des taux de paiement se résume en fin de compte à une négociation avec les prestataires, qui ont souvent l'avantage en termes de données et d'informations. Les décideurs politiques doivent comprendre qu'une analyse des coûts basée sur des normes mondialement acceptées peut rendre les négociations sur les taux de paiement plus transparentes et plus objectives.
- Présenter les résultats de l'analyse dans un format clair et simple. La présentation des résultats de l'évaluation des coûts aux décideurs politiques est différente de la présentation des résultats à des collègues analystes. Les équipes de calcul des coûts doivent rester simples, se concentrer sur les résultats plutôt que sur les subtilités de la méthodologie, et éviter de submerger les décideurs politiques de détails.

Communication des résultats aux prestataires

Les prestataires jouent un rôle unique dans le processus d'évaluation des coûts, car ils contrôlent une grande partie des données et les nouveaux taux de paiement les affectent plus directement que les autres parties prenantes.

Les prestataires devraient avoir accès aux résultats de l'évaluation des coûts concernant leur établissement de santé ainsi qu'aux résultats plus généraux. Le fait de voir leurs propres données de coûts dans le contexte de la moyenne de tous les prestataires est utile non seulement pour leur gestion interne, mais aussi pour placer les résultats dans un contexte politique plus large.

Voici quelques lignes directrices concernant la communication des résultats du calcul des coûts aux prestataires :

- **Relier les résultats de l'évaluation des coûts à des réformes plus vastes du système.** Dans de nombreux pays, les exercices de calcul des coûts sont lancés dans le cadre de réformes plus vastes du système, telles que le passage du paiement à l'acte au paiement par cas. Il est important d'expliquer aux prestataires que les informations qu'ils fournissent peuvent contribuer à la réussite de cette transition.

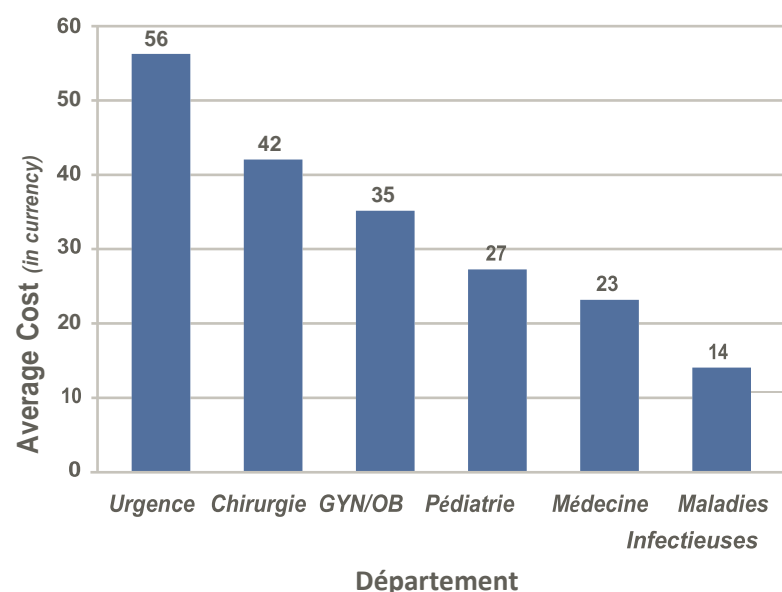
- **Comprendre les besoins des prestataires.** Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les prestataires sont confrontés au défi de fournir des services de haute qualité dans des environnements généralement sous-financés. Les informations sur les coûts qui quantifient les écarts entre les taux de paiement et les coûts peuvent les aider à plaider en faveur d'un financement supplémentaire ou à procéder à des ajustements afin de pouvoir fournir des services plus nombreux et de meilleure qualité dans le cadre des niveaux de financement actuels.

- **Discuter des résultats dans le contexte des contraintes de ressources de l'acheteur.** Les estimations des coûts unitaires ont tendance à être inférieures aux attentes des prestataires, et ces derniers se concentrent parfois sur l'écart entre les estimations des coûts et les taux de paiement actuels. Dans plusieurs des pays étudiés, le MdS ou l'acheteur ont discuté des résultats de l'évaluation des coûts avec les prestataires dans le contexte du financement total disponible. Cela a permis d'orienter la discussion sur la meilleure façon d'utiliser les ressources disponibles, étant donné que le financement est fixé à des niveaux politiques plus élevés.

- **Protéger les données sensibles.** L'une des principales préoccupations des fournisseurs est l'utilisation qui sera faite des données qu'ils fournissent, en particulier des données sensibles telles que les salaires et les avantages sociaux. Lors de la présentation des résultats du calcul des coûts, les équipes chargées du calcul des coûts doivent veiller à ce que toutes les données soient anonymes et à ce que les données particulièrement sensibles soient exclues ou présentées uniquement sous forme agrégée.

FIGURE 14. Graphiques illustratifs des coûts unitaires spécifiques à un établissement

COÛT MOYEN PAR JOURNÉE D'HOSPITALISATION PAR SERVICE



COÛT MOYEN PAR JOURNÉE D'HOSPITALISATION (2014-2015)

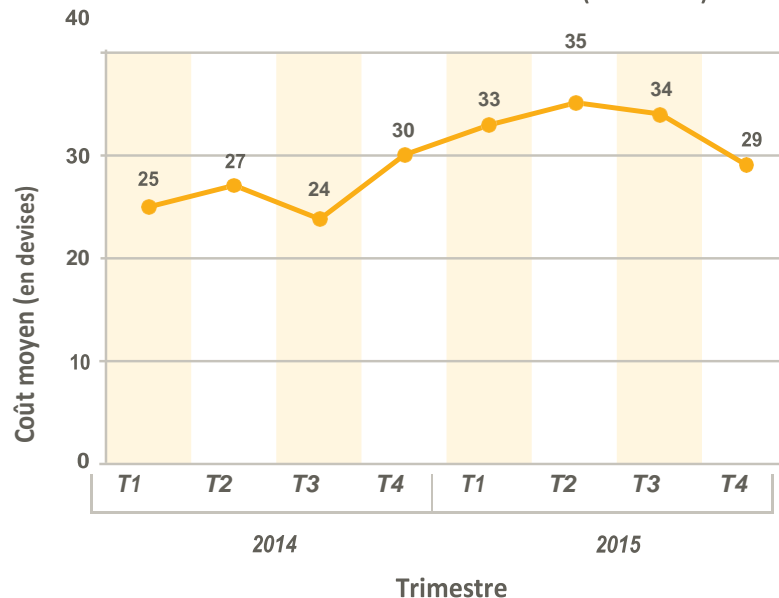
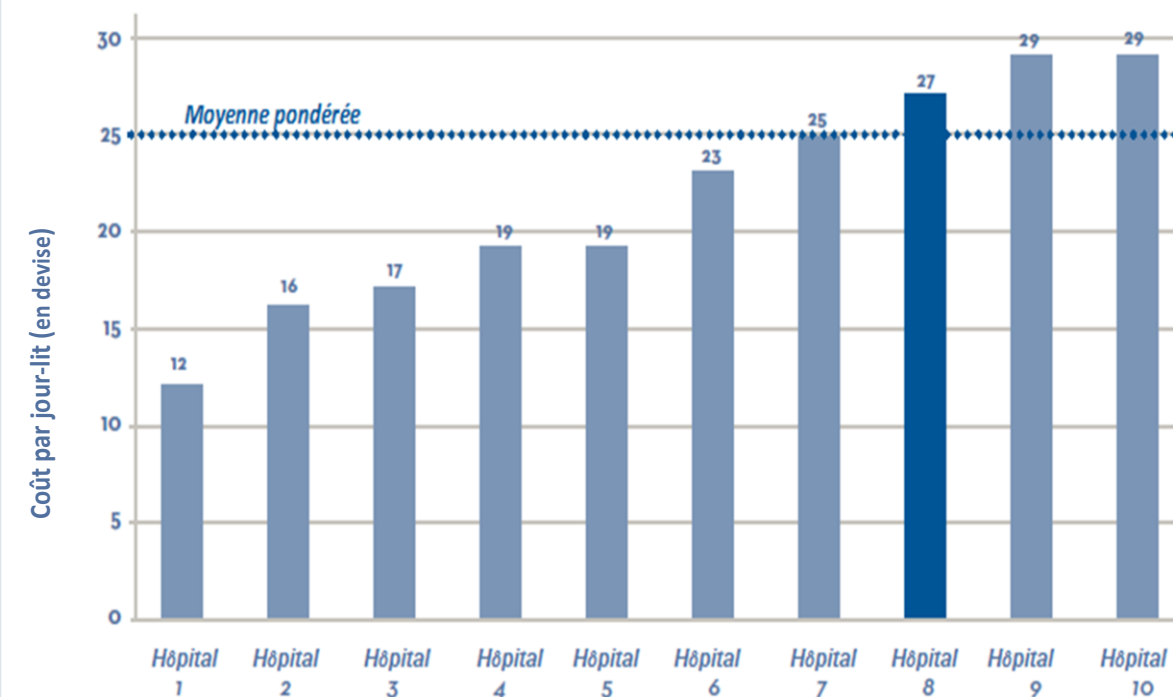


FIGURE 15. Graphique illustratif des coûts unitaires pour un étalonnage spécifique à un établissement

COÛT MOYEN PAR JOURNÉE D'HOSPITALISATION



UTILISATION D'INFORMATIONS SUR LES COÛTS POUR ÉCLAIRER LA POLITIQUE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES ET LA FIXATION DES TARIFS

Les informations sur les coûts sont utilisées pour développer les trois principales composantes des systèmes de paiement des prestataires : les taux de base, les pondérations relatives des cas et les coefficients d'ajustement (ces éléments sont décrits dans le TABLEAU 48.) La plupart des pays utilisent une combinaison de ces éléments pour élaborer des systèmes de paiement acceptables pour les prestataires et viables dans le cadre des niveaux de financement disponibles.

Le point de départ de la plupart des systèmes de paiement des prestataires est un taux de base, ou taux de paiement moyen par unité de service ou individu enregistré. Dans un système de paiement à l'acte, le taux de base est le tarif lié à un service particulier. Dans un système de paiement par capitation, le taux de base est le taux de paiement moyen par personne inscrite ou enregistrée avant tout ajustement. Dans un système de paiement par cas, le taux de base est le taux de paiement moyen par cas d'hospitalisation avant l'application de coefficients de pondération ou d'ajustement relatifs (voir FIGURE 16.)

Les coefficients de pondération et d'ajustement relatifs sont utilisés dans les systèmes de paiement pour établir des taux de paiement relatifs. Les coefficients de pondération et d'ajustement relatifs compensent les variations systématiques des coûts et les facteurs de risque financier associés à certains services, populations ou caractéristiques des prestataires.

Le TABLEAU 49 présente un résumé de la manière dont l'information sur les coûts est utilisée pour construire les composantes des systèmes de paiement des prestataires.

Les sections suivantes décrivent les trois principales options pour l'utilisation des informations sur les coûts dans la fixation des taux de paiement des prestataires :

- En tant qu'intrant principal pour le calcul des taux de base
- Pour déterminer les pondérations relatives des cas et les coefficients d'ajustement
- Pour recouper les taux de paiement dérivés d'autres informations, telles que les données relatives aux réclamations.

TABLEAU 48. Composantes des systèmes de paiement des prestataires

COMPOSANTE DU SYSTÈME DE PAIEMENT	DÉFINITION
Taux de base	Taux de paiement moyen par unité de service, ensemble de services ou individu inscrit.
Poids relatif du cas	Coefficient (entre 0,0 et 1,0) appliqué au taux de base pour ajuster le paiement afin de refléter le coût du traitement des cas d'un groupe particulier par rapport au coût moyen par cas pour l'ensemble des cas. La pondération relative des cas reflète l'intensité des ressources nécessaires pour diagnostiquer et traiter les cas du groupe de cas par rapport à la moyenne.
Coefficient d'ajustement	Coefficient (entre 0,0 et 1,0) appliqué au taux de base pour ajuster le paiement afin de refléter le coût de la satisfaction des besoins des services sanitaires de différents groupes de population ou les différences de coût légitimes liées aux caractéristiques spécifiques du prestataire (par ex. le fait d'être situé dans une zone rurale ou éloigné ou de servir d'établissement d'enseignement).

FIGURE 16. Composantes des taux de paiement par capitation et des systèmes de paiement par cas à l'hôpital

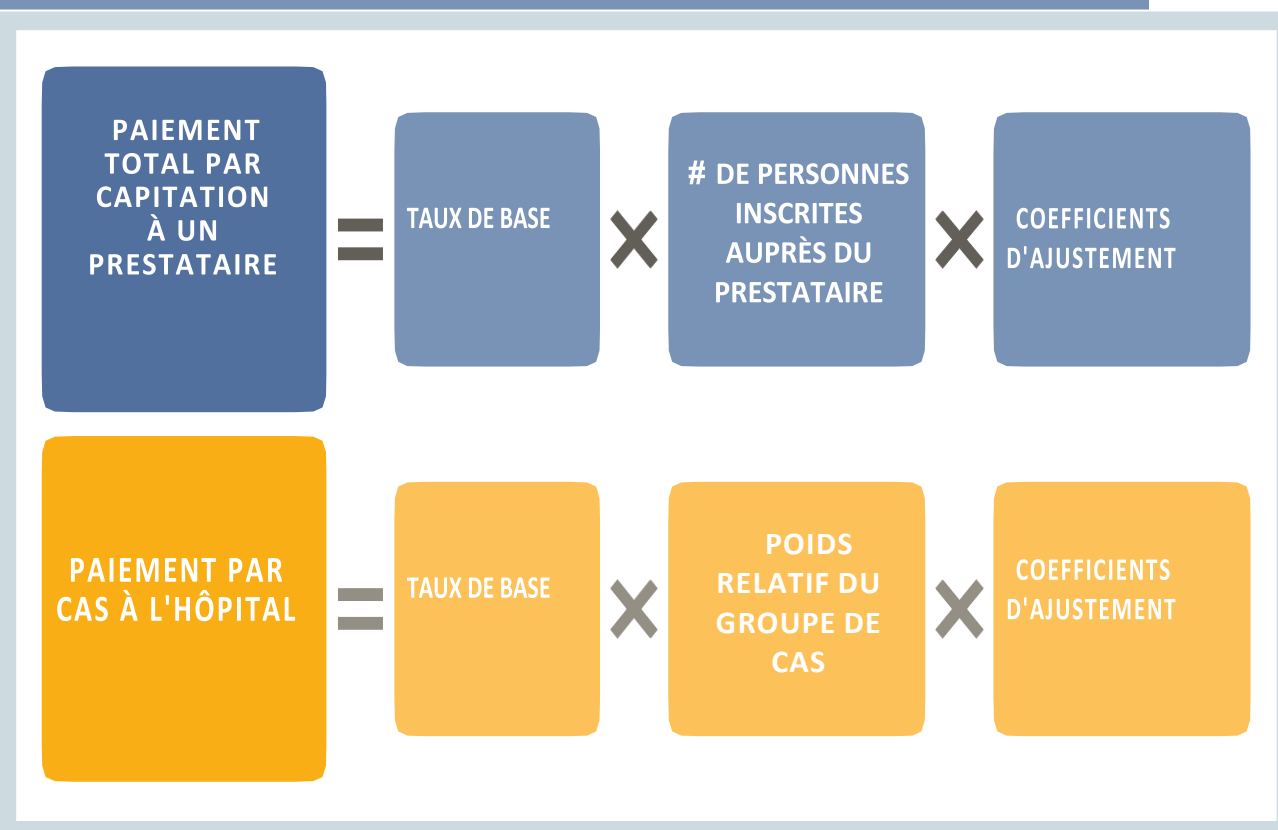


TABLEAU 49. Utilisation des informations sur les coûts pour éclairer les composantes du système de paiement

ÉLÉMENT DU SYSTÈME DE PAIEMENT	SYSTÈME DE PAIEMENT	UTILISATION DES INFORMATIONS SUR LES COÛTS	AUTRES DONNÉES
Taux de base	CAPITATION	Taux de base par habitant	Comme point de départ pour le calcul des taux de base (mais d'autres considérations sont presque toujours plus importantes dans les calculs finaux)
	PAIEMENT HOSPITALIER PAR CAS	Taux de paiement de base pour un cas à l'hôpital	
	PAIEMENT À L'ACTE	Taux de paiement pour un service spécifique	
Poids relatif des cas	SYSTÈME DE PAIEMENT PAR CAS	Pondérations pour le paiement des cas dans chaque groupe de cas (appliquées au taux de base)	Pour calculer le coût moyen par cas dans chaque groupe de cas par rapport au coût moyen global par cas
Adjustment coefficients	TOUS LES SYSTÈMES DE PAIEMENT	Pondération des paiements pour des groupes de population ou des caractéristiques des prestataires spécifiques	Pour calculer le coût unitaire moyen au sein d'un groupe de population ou d'une caractéristique du prestataire par rapport au coût unitaire moyen

Utilisations des estimations de coûts pour informer les taux de base

Les taux de base doivent refléter le coût moyen de la prestation des services couverts par le système de paiement pour les prestataires efficaces. Le coût moyen pour l'ensemble des prestataires sert de base à la fixation des taux, car le coût pour les prestataires individuels reflète les variations dans les besoins cliniques des patients ainsi que les décisions des prestataires qui peuvent inclure des inefficacités, telles que l'utilisation d'une technologie obsolète ou une dépendance excessive à l'égard des médecins et des spécialistes pour les soins de routine.

Toutefois, les estimations des coûts unitaires ne sont généralement qu'un point de départ pour le calcul des taux de base, car elles reflètent souvent des distorsions dans le système actuel.

Par exemple, un sous-financement chronique du système sanitaire peut générer des estimations de coûts unitaires et des taux de base artificiellement bas. Lorsqu'il existe un déséquilibre entre les soins primaires et tertiaires dans le système, les estimations des coûts unitaires des hôpitaux peuvent être artificiellement élevées et les estimations des coûts des soins primaires artificiellement basses. L'acheteur doit tenir compte de ces facteurs lorsqu'il utilise les estimations de coûts pour calculer les taux de base.

Le fait de baser les taux de paiement directement sur les estimations des coûts unitaires est intuitivement attrayant, mais n'est généralement pas faisable ou souhaitable pour les raisons suivantes :

- Fonder les taux de paiement sur le coût des intrants ou sur les dépenses historiques suppose qu'il est approprié et souhaitable de maintenir la structure de coûts actuelle du prestataire. Les schémas de dépenses actuels reflètent rarement une utilisation efficace des ressources, et le volume et la composition des cas traités sont rarement appropriés. L'objectif des réformes de paiement des prestataires peut être de modifier la structure globale des coûts du système sanitaire (par ex. renforcer le système de soins primaires ou passer à un système de soins primaires plus rentable) ou de modifier la structure des coûts pour des services spécifiques en introduisant des normes de pratique clinique fondées sur des données probantes (par ex. pour le traitement du paludisme).

1. Cette approche conduit presque toujours à des taux de paiement plus élevés que les ressources disponibles ne le permet - parfois de façon spectaculaire. Les buts politiques doivent être réalisables en utilisant les ressources disponibles, aussi le calcul des taux de base doit-il toujours tenir compte de l'estimation de l'ensemble des ressources disponibles.

2. Les estimations des coûts absolus deviennent rapidement obsolètes, de sorte que les taux de paiement calculés uniquement sur la base des coûts unitaires doivent être mis à jour fréquemment. Les données de routine sur les coûts sont rarement disponibles à cette fin dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

3. Les informations sur les coûts peuvent toutefois être utiles pour mettre en évidence les écarts entre les coûts et les ressources disponibles, et elles peuvent éclairer les discussions de haut niveau sur l'allocation des ressources au secteur de la santé et à l'intérieur de celui-ci. Lorsque l'écart entre les estimations de coûts et les taux de paiement réalisables est excessif, les informations sur les coûts peuvent être utilisées pour plaider en faveur d'une augmentation des ressources disponibles ou d'une réaffectation des ressources à partir d'autres parties du budget.

4. Par exemple, au Vietnam, les parties prenantes ont engagé de telles discussions après que l'exercice d'évaluation des coûts ait révélé que les taux de paiement couvraient moins de 20 % du coût de la prestation des services de soins primaires au niveau de la communauté. Cet écart est actuellement comblé par les paiements directs des patients. L'analyse des coûts a donné lieu à des discussions sur le partage des responsabilités pour combler cet écart par une combinaison d'allocations gouvernementales plus importantes au secteur de la santé, le transfert de certaines ressources d'autres parties du système et une prestation de services plus efficace de la part des prestataires de soins de santé primaires.

Utilisation des estimations de coûts pour déterminer la pondération relative des cas et les coefficients d'ajustement

Contrairement au calcul des taux de base, les informations sur les coûts sont essentielles pour calculer les pondérations et les ajustements relatifs. Les conséquences de taux de paiement relatifs incorrects peuvent être graves, c'est pourquoi les informations sur les coûts sont souvent un facteur important dans le calcul des pondérations et des ajustements des cas relatifs. Par exemple, si les différences de coûts liées à la fourniture de tous les services nécessaires aux enfants ne sont pas dans les coefficients d'ajustement des taux de capitation, les prestataires peuvent être incités à éviter cette population ou à ne pas la desservir suffisamment, ce qui peut avoir des conséquences sur la morbidité, voire la mortalité infantile. Les taux de paiement relatifs peuvent également avoir un lien plus large avec la garantie que les priorités en matière de prestation de services sont respectées (par exemple, pour le paludisme, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, la tuberculose, le VIH et les maladies non transmissibles).

S'ils sont correctement calibrés, les pondérations relatives des cas et les ajustements n'affecteront pas les paiements totaux effectués par l'acheteur, de sorte que les contraintes en matière de ressources n'affecteront pas ces calculs.

Les poids relatifs (pondérations relatives) des cas sont des coefficients appliqués au taux de base pour ajuster le paiement au coût du traitement des cas d'un groupe particulier par rapport au coût moyen par cas pour l'ensemble des cas. Les pondérations relatives sont calculées pour des groupes de cas considérés comme ayant des caractéristiques cliniques similaires et des besoins en ressources similaires pour le diagnostic et le traitement. Les Groupes de diagnostics (DRG) sont un exemple de système de groupes de cas et de pondérations relatives (Voir FIGURE 17.)

Les pondérations relatives par cas doivent être calculées directement à partir du coût relatif par cas dans chaque groupe de cas dans le système de paiement des hôpitaux.

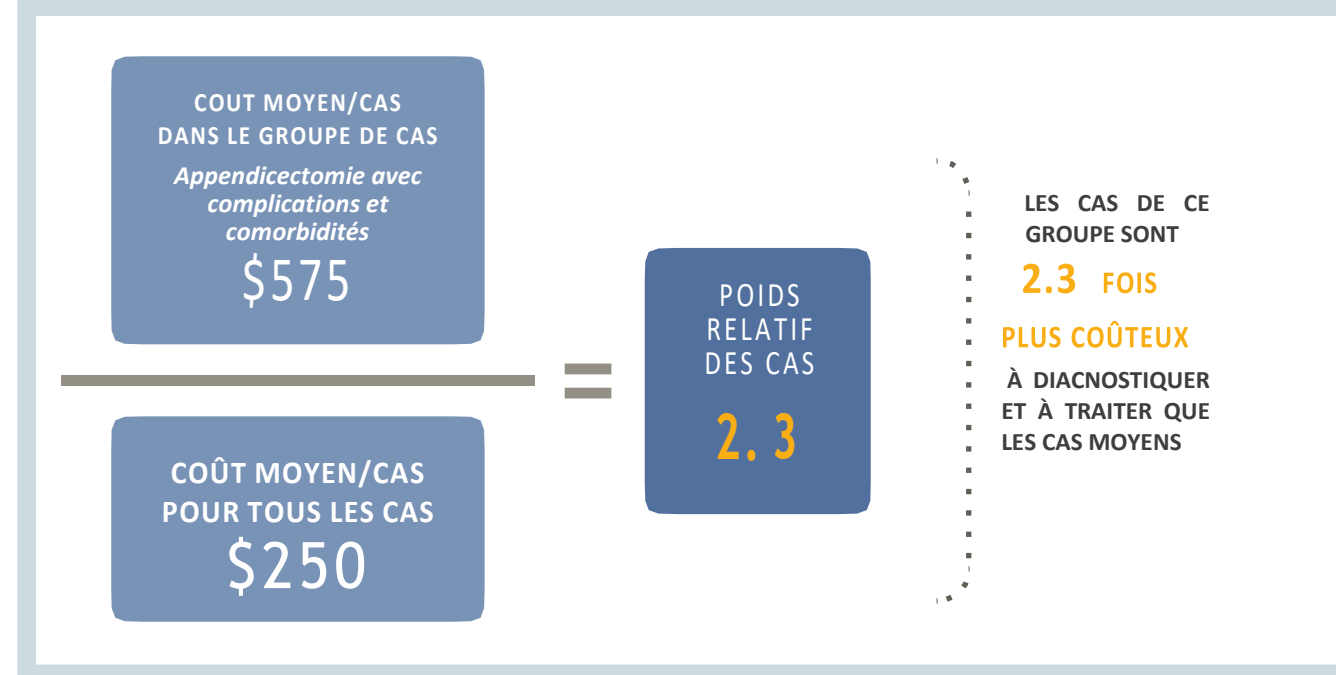
L'information sur les coûts est cruciale pour établir des pondérations précises qui déterminent les prix relatifs payés aux prestataires. Les équipes de calcul des coûts peuvent s'appuyer sur l'avis d'experts ou sur des coefficients de pondération tirés de sources internationales afin de valider les résultats de l'analyse des coûts.

Toutefois, les considérations politiques continueront d'influer sur la pondération relative finale des cas. En pondérant le paiement de certains services au-dessus ou au-dessous de leurs coûts relatifs estimés, l'acheteur peut orienter les prestataires vers les services prioritaires et les éloigner des services moins rentables. Par exemple, une pondération supérieure à celle suggérée par les informations sur les coûts peut être appliquée au paiement des accouchements normaux et une pondération inférieure appliquée aux césariennes afin d'encourager une réduction de ce qui peut être considéré comme un taux excessif de césariennes.

Si les pondérations relatives des cas sont fondées sur des informations valables quant aux coûts, il ne devrait pas être nécessaire de fixer des taux de base plus élevés pour les établissements dotés d'une plus grande capacité clinique. Il peut être tentant de fixer des taux de paiement plus élevés pour les hôpitaux de niveau supérieur parce qu'ils ont des coûts moyens plus élevés en raison d'un personnel plus qualifié et d'une meilleure technologie. Mais les établissements de niveau supérieur ont également tendance à traiter une plus grande proportion de cas complexes, et ces cas auront un poids relatif plus élevé, de sorte que les établissements ayant une plus grande capacité et des coûts plus élevés recevront naturellement des paiements plus élevés de la part du système de paiement.

Des coefficients d'ajustement sont appliqués au taux de base pour ajuster le paiement au coût de la satisfaction des besoins en services de santé de différents groupes de population ou aux différences de coûts légitimes liées aux caractéristiques spécifiques des prestataires.

FIGURE 17. Calcul de la pondération relative d'un cas



Si les pondérations font partie intégrante de certains systèmes de paiement (par exemple, les pondérations relatives des cas dans un système de paiement des hôpitaux basé sur les cas et utilisant les DRG), les ajustements sont un moyen largement facultatif de veiller à ce que les groupes ayant des besoins de santé plus importants ou nécessitant des services plus coûteux ne soient pas mal desservis et à ce que les prestataires soient incités à servir ces populations.

Les taux de base par capitation peuvent être ajustés à l'aide de coefficients qui reflètent les différences de coût de la prestation de services pour différents groupes de population (par exemple, pour tenir compte des besoins de santé variables en fonction de l'âge et du sexe). Les paiements hospitaliers basés sur les cas peuvent être ajustés afin d'augmenter uniformément les taux de paiement pour les hôpitaux universitaires ou les hôpitaux qui accueillent une part disproportionnée de patients pauvres et socialement vulnérables.

Au Ghana, le système de paiement des hôpitaux basé sur les cas G-DRG intègre un coefficient d'ajustement pour augmenter les taux de paiement des établissements privés, car ils ne reçoivent pas de subventions pour les salaires

Et les avantages sociaux du personnel et d'autres intrants que reçoivent les prestataires publics et confessionnels.

Les coefficients d'ajustement peuvent inclure :

- **Des ajustements des paiements par capitation en fonction de l'âge et du sexe**, afin de compenser les coûts supplémentaires liés à la fourniture de soins à certains groupes de population (par exemple, les nourrissons, les personnes âgées, les femmes en âge de procréer)
- **Des ajustements urbains/ruraux/géographiques** pour compenser les difficultés rencontrées par les prestataires pour fournir des services en raison de la densité de la population (par exemple, longs trajets pour se rendre dans un établissement) ou de la géographie (par exemple, régions montagneuses, îles) et compenser la charge que représente la répartition des coûts fixes sur un nombre réduit de patients.
- **Des ajustements publics/privés** pour compenser les coûts supplémentaires liés au fait d'être un établissement public ou privé, notamment lorsqu'il s'agit d'intégrer ces deux types d'établissements dans le même système de paiement.
- **Des ajustements des hôpitaux universitaires** pour compenser les coûts

Supplémentaires liés aux fonctions éducatives de l'hôpital

• **Des ajustements de l'indice des salaires** pour compenser les prestataires dans les régions où les salaires sont systématiquement plus élevés.

Les coefficients d'ajustement peuvent également être utilisés pour répondre aux priorités politiques ou pour assurer une transition progressive vers un nouveau système de paiement. L'introduction d'un nouveau système de paiement avec des taux de paiement moyens déterminés prospectivement peut modifier de façon significative la répartition des ressources entre les prestataires, et il est donc risqué de le faire trop rapidement sans donner aux prestataires (en particulier aux « perdants » potentiels) le temps de s'adapter. Les acheteurs peuvent utiliser des ajustements spécifiques à l'établissement pour, par exemple, appliquer progressivement un taux de base unique à tous les hôpitaux. Ils peuvent également utiliser des coefficients d'ajustement pour promouvoir certaines priorités politiques, telles que l'amélioration de l'accès des populations mal desservies en payant les prestataires relativement plus cher pour soigner ces populations.

Les coefficients d'ajustement doivent refléter des estimations précises des variations de coûts entre les populations et certaines caractéristiques des prestataires. Les ajustements des taux de paiement sont appliqués à tous les paiements pour compenser les variations de coûts systématiques et prévisibles et les facteurs de risque financier associés à certaines populations ou caractéristiques des prestataires. Des estimations précises des coûts sont donc nécessaires pour compenser de manière adéquate et équitable les prestataires qui doivent faire face à des coûts systématiquement plus élevés pour des raisons indépendantes de leur volonté.

Les taux de base par capitation peuvent être ajustés à l'aide de coefficients qui reflètent les différences de coût de la prestation de services pour différents groupes de population (par exemple, pour tenir compte des besoins de santé variables en fonction de l'âge et du sexe). Les paiements hospitaliers basés sur les cas peuvent être ajustés afin d'augmenter uniformément les taux de paiement pour les hôpitaux universitaires ou les hôpitaux qui accueillent une part disproportionnée de patients pauvres et socialement vulnérables.

factors beyond a simple rural/urban. Cependant, les coefficients d'ajustement nécessitent souvent plus d'informations que celles générées par la plupart des exercices de calcul des coûts. Par exemple, les coefficients d'ajustement pour la capitation nécessitent des données d'utilisation au niveau individuel. Et les coefficients d'ajustement pour la géographie (par exemple, rural/urbain) peuvent nécessiter des informations supplémentaires pour saisir ce qui est à l'origine de la différence de coût observée, comme les taux de pauvreté, l'éloignement ou d'autres facteurs allant au-delà d'une simple classification rurale/urbaine. En outre, les différences de coûts estimées peuvent refléter des inefficacités, et les considérations politiques peuvent être plus importantes que les différences de coûts. Par conséquent, les coefficients d'ajustement sont souvent élaborés sur la base d'avis d'experts ou sont motivés par des considérations politiques.

Dans les républiques d'Asie centrale, par exemple, les résultats de l'évaluation des coûts ont montré que, sur la base des taux d'utilisation et du coût unitaire des services, les enfants de moins d'un an coûtaient quatre fois plus cher à soigner que le patient moyen (voir BFIGURE18.).

Les coefficients d'ajustement finaux adoptés par l'acheteur n'ont pas entièrement compensé les différences de coûts parce que celles-ci étaient considérées comme reflétant certaines inefficacités et parce qu'il aurait été politiquement inacceptable de le faire.

Ajuster les paiements à la hausse pour certains prestataires signifie qu'il faut soit ajuster les paiements à la baisse pour d'autres prestataires afin de rester dans les limites du budget total (rester neutre sur le plan budgétaire), soit augmenter le total des paiements dans le système. Comme dans les Républiques d'Asie centrale, les coefficients d'ajustement ne sont parfois pas entièrement appliqués (ou pas du tout) parce qu'il est politiquement difficile ou contraire aux objectifs politiques d'augmenter les paiements pour certains prestataires tout en réduisant les paiements pour d'autres, et qu'il n'est pas possible d'augmenter le budget total pour soutenir des paiements totaux plus élevés dans le système.

L'information sur les coûts en Indonésie a montré que le coût total par habitant de la prestation des services de soins primaires était de 30 % plus élevé pour les prestataires ruraux que pour les prestataires urbains, mais les coefficients d'ajustement n'ont pas été mis en œuvre. Il serait politiquement inacceptable de transférer des ressources d'une telle ampleur des prestataires urbains vers les prestataires ruraux, et les ressources disponibles ne sont pas suffisantes pour augmenter le total des paiements dans le système (voir ENCADRÉ 14.)

Bien que les coefficients d'ajustement puissent être nécessaires pour compenser les différences de coûts légitimes entre les groupes de population et les caractéristiques des prestataires, il existe des risques liés à l'utilisation excessive de cet outil. Un trop grand nombre d'ajustements, en particulier des ajustements liés à la capacité et au volume des prestataires, peut rendre les incitations du système de paiement peu claires ou inappropriées. En particulier, si les paiements sont ajustés à la hausse pour les établissements de santé dont le volume ou la capacité d'accueil est plus élevé, les prestataires seront incités à générer un volume et une capacité supplémentaires, ce qui peut conduire à des services inutiles. Cela désavantagera encore plus les petits établissements qui desservent des populations plus modestes.

Les ajustements spécifiques aux établissements peuvent être utiles lors de la transition vers de nouveaux systèmes de paiement, mais il existe un risque de maintenir des allocations historiques inefficaces et injustes lorsque les prestataires résistent à l'abandon des ajustements spécifiques aux établissements.

UTILISATION DE L'INFORMATION SUR LES COÛTS POUR RECOUPER LES TAUX DE PAIEMENT OBTENUS À PARTIR D'AUTRES SOURCES

Bien qu'il ne soit pas recommandé de calculer les taux de paiement des prestataires uniquement à partir des estimations de coûts, les informations sur les coûts sont importantes pour recouper les taux élaborés à partir d'autres sources. Les données historiques sur les réclamations et les ressources annuelles totales dont dispose l'acheteur constituent deux sources d'information courantes pour l'élaboration des taux de paiement. Les taux de paiement peuvent également être calculés en utilisant les coûts normatifs, en adaptant les poids relatifs des cas utilisés dans d'autres pays ou en consultant des experts

Taux de paiement dérivés des données relatives aux réclamations.

L'historique des réclamations peut constituer un point de départ utile pour déterminer les taux de paiement. Les données relatives aux réclamations - données provenant des factures que les prestataires soumettent aux acheteurs afin d'être payés - peuvent fournir des informations sur les services fournis par cas pour différents diagnostics ou par période de temps pour différents groupes de population. L'acheteur peut ainsi se faire une idée des services à couvrir et de leur volume attendu. Aux Philippines, par exemple, PhilHealth a développé des taux de paiement pour son système de paiement des hôpitaux basé sur les cas en analysant la valeur moyenne par réclamation payée pour des services ou des ensembles de services dans le cadre du système de paiement à l'acte. PhilHealth a ajouté un pourcentage complémentaire pour encourager la participation des prestataires au nouveau système de paiement.

FIGURE 18. Coefficients d'ajustement par âge/sexe du paiement par capitation dans les Républiques d'Asie centrale



Un groupe d'experts s'est appuyé sur des données et des considérations politiques pour élaborer la série finale de coefficients d'ajustement.

- Les coefficients ont été utilisés comme outil politique :
- Le coefficient pour les enfants de 0 à 1 an a été ajusté à la baisse afin de stimuler une prestation plus efficace des soins aux bébés bien portants.
- Le coefficient pour les hommes adultes a été ajusté à la hausse pour augmenter l'utilisation, en particulier pour les maladies chroniques.

ENCADRÉ 14. Calcul des coefficients d'ajustement géographique en Indonésie

En 2014, l'Indonésie a lancé un nouveau régime national d'assurance maladie sociale qui a fusionné plusieurs régimes existants.

Les systèmes de paiement des prestataires dans le cadre du plus grand régime existant, Jamkesmas, sont en train d'être mis à jour pour être utilisés dans le cadre du nouveau régime intégré. Les systèmes de paiement comprennent la capitation pour les soins primaires et un système de paiement par cas pour les hôpitaux (INA-CBG). En raison de l'énorme diversité géographique de l'Indonésie, le coût de la prestation des soins primaires varie considérablement d'un bout à l'autre du pays.

Par conséquent, l'extension du système de paiement par capitation à l'ensemble du pays nécessitera des ajustements pour tenir compte des facteurs géographiques.

Le MDS indonésien a analysé un certain nombre de variables susceptibles d'entraîner des variations de coût dans la prestation des soins primaires à travers le pays. Il a utilisé plusieurs sources de données et les résultats de l'exercice de calcul des coûts pour identifier les variables les plus significatives et quantifier leur impact sur le coût total par habitant des services de soins primaires.

L'analyse par régression a montré que seule la variable urbaine/rurale était un facteur significatif des différences de coûts, le coût total par habitant des services de soins primaires étant 30 % plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Les ajustements ruraux n'ont pas encore été mis en œuvre parce qu'il ne serait pas politiquement acceptable de transférer des ressources d'une telle ampleur des prestataires urbains vers les prestataires ruraux et que les

VARIABLE	MÉTHODE DE QUANTIFICATION
Urbain vs. Rural	Population par type, en utilisant les définitions acceptées d'urbain et de rural.
Densité de population	Population/km ²
Accessibilité	Score de Likert : 1 = facile à atteindre ; 4 = très difficile à atteindre
% de la population pauvre	Pourcentage de la population répondant aux critères de pauvreté au niveau du district
Disponibilité des lits	Nombre d'établissements de soins primaires avec et sans lits

PhilHealth a ajouté un pourcentage complémentaire pour encourager la participation des prestataires au nouveau système de paiement.

Cependant, les réclamations ne contiennent souvent que peu ou pas d'informations sur les coûts et doivent être vérifiées par recoupement. Les taux de paiement et d'utilisation figurant dans les données des réclamations peuvent être inexacts car ils sont susceptibles de refléter des dépenses historiques plutôt que des coûts réels, et ils reflètent également les réponses des prestataires aux incitations des systèmes de paiement existants.

Par exemple, au Ghana, les données relatives aux réclamations sont souvent gonflées parce que le système de paiement par G-DRG récompense les prestataires qui fournissent davantage de services, en particulier ceux qui ne sont pas groupés et qui sont payés par le biais du paiement à l'acte détaillé. Il est donc important que les taux de paiement calculés à partir des données relatives aux réclamations soient recouverts avec certains résultats de calcul des coûts. Même de petits exercices de calcul des coûts peuvent fournir des repères utiles et aider l'acheteur à décider

si les taux de paiement dérivés des données relatives aux réclamations sont trop bas ou trop élevés pour atteindre les objectifs du système.

Taux de paiement dérivés directement des ressources disponibles

Pour gérer les dépenses totales d'un système, certains pays calculent les taux de paiement directement à partir de l'ensemble des ressources disponibles afin de créer un système de paiement neutre sur le plan budgétaire (voir ENCADRE15.). Ils commencent avec les fonds disponibles pour le système ou la catégorie de services pour le système ou la catégorie de services

(par exemple, les soins primaires) et les divisent par la population (par exemple, pour un taux de base par capitation) ou par le volume prévu de services (par exemple, pour un paiement hospitalier basé sur les cas). Les pondérations relatives des cas et/ou les coefficients d'ajustement doivent être calibrés à 1 - c'est-à-dire que tout ajustement à la hausse doit être compensé par des ajustements à la baisse - pour que les paiements totaux restent neutres du point de vue budgétaire. Les informations sur les coûts peuvent être utilisées pour recouper les taux de paiement calculés de cette manière.

Un système de paiement à neutralité budgétaire calibre les taux de paiement de manière à ce que les paiements totaux aux prestataires (après application des pondérations et/ou ajustements) soient inférieurs ou égaux au budget total de l'acheteur.

Certains pays ont constaté que le calcul des taux de paiement à partir de données historiques sur les réclamations, ajustées en fonction des ressources disponibles, permet d'obtenir des taux de paiement réalistes, compris par les prestataires et qui ne modifient pas radicalement les schémas d'allocation des ressources au départ. Toutefois, ces taux de paiement doivent être recouverts avec les informations sur les coûts pour les raisons évoquées précédemment. Au Ghana, le taux de base d'un nouveau système de paiement par capitation des soins primaires a été élaboré en utilisant cette approche combinée. (Voir FIGURE 19.)

ENCADRÉ 15. Calcul des taux de base budgétaires neutres dans les Républiques d'Asie centrale

Lorsque les Républiques d'Asie centrale ont mis en place de nouveaux systèmes d'assurance maladie obligatoire au milieu des années 1990, les gouvernements ont profité de l'occasion pour introduire de nouveaux systèmes de paiement des prestataires afin d'abandonner le système budgétaire très inefficace basé sur les intrants hérité de l'ère soviétique. Les nouveaux fonds provenant des systèmes d'assurance ne représentaient que des recettes marginales pour les hôpitaux (seulement 20 % de plus que les ressources budgétaires existantes). (Les nouveaux acheteurs, les fonds d'assurance maladie obligatoire (MHIF), ont donc cherché à tirer le meilleur parti de ces nouvelles incitations.

Au Kirghizstan, les revenus de l'impôt sur les salaires pour l'assurance maladie étaient très imprévisibles lorsque le système a été mis en œuvre, de sorte que le MHIF n'a pas voulu s'engager sur des taux de paiement insoutenables et a introduit un système de paiement neutre du point de vue budgétaire. Il a calculé le taux de base du nouveau système de paiement des hôpitaux basé sur les cas directement à partir de la part du budget prévisionnel total du MHIF réservée aux services hospitaliers, divisée par le volume historique des cas.

Il s'est également réservé le droit d'ajuster le taux de base à la baisse au cours de l'année si les revenus réels étaient inférieurs aux prévisions ou si le volume des cas augmentait au-delà des niveaux historiques. Mais comme les fonds d'assurance ont apporté de l'argent frais au système, aucun prestataire n'a vu ses revenus diminuer dans l'ensemble. L'ajustement du taux de base en milieu d'année a été inclus dans la formule de paiement en tant que facteur d'ajustement et a été appelé "indicateur économique" pour des raisons de transparence et pour signaler l'objectif et l'intention aux prestataires. Le MHIF a utilisé des informations sur les coûts pour développer des pondérations relatives de cas afin de différencier les taux de paiement pour les différents types de cas.

Au cours des premières années, le MHIF a ajusté le taux de base deux fois par an parce que les revenus n'étaient pas aussi élevés que prévu. Au fil du temps, lorsque les revenus se sont stabilisés et que les prestataires se sont adaptés aux incitations du système de paiement par cas, les ajustements semestriels du taux de base ont été davantage motivés par des augmentations de volume.

1. Pondération relative des cas et ajustements adaptés depuis d'autres systèmes

Lorsque les pays ne disposent pas d'informations suffisantes sur les coûts pour élaborer des coefficients de pondération et d'ajustement, ils peuvent adapter les coefficients de pondération et d'ajustement relatifs d'autres systèmes. Cette méthode est souvent utilisée pour les systèmes de paiement des hôpitaux basés sur les DRG, car l'élaboration des informations cliniques et de coût requises pour développer les groupes de cas et les poids relatifs de cas (appelés ensemble « grouper ») peut prendre des années. Un grouper importé peut ne pas correspondre exactement au système de prestation de services de santé du pays, au fardeau de la maladie, aux pratiques cliniques et aux structures de coûts, de sorte qu'il est utile de procéder à des vérifications croisées avec les données de coûts du pays. Les acheteurs doivent également s'assurer

que les systèmes d'appui (par exemple, les systèmes d'information, les systèmes financiers) fonctionnent et que les processus et procédures appropriés sont en place pour affiner le grouper et le système de paiement au fil du temps. En Indonésie, le système INACBG a été adapté à partir d'un grouper importé, mais les pondérations relatives des cas ont été recoupées avec les résultats de l'évaluation des coûts par pays afin de mieux aligner le système sur les structures et les modèles de prestation de services en Indonésie.

Taux de paiement dérivés de l'évaluation normative des coûts et de l'avis d'experts.

Certains pays tentent de calculer les taux de paiement et de développer des références pour les pondérations relatives des cas en utilisant l'évaluation normative des coûts (décrite à l'étape 3).

Cette approche génère le coût estimé des intrants (temps du personnel, fournitures, médicaments, etc.) nécessaires pour suivre les directives de traitement standard pour un type de cas. Malgré son attrait intuitif, l'évaluation normative des coûts n'est possible que pour un petit nombre de services très coûteux ou très prioritaires et ne constitue pas une base fiable pour la fixation de la majorité des taux de paiement. (Voir **ENCADRÉ 16.**)

L'évaluation normative des coûts présente de nombreuses lacunes lorsqu'il s'agit d'informer la politique de paiement des prestataires. Tout d'abord, les directives de traitement standard n'existent généralement que pour quelques pathologies, alors que les systèmes de paiement doivent produire des taux de paiement pour tous les services couverts par l'acheteur.

ENCADRÉ 16. Utilisation de l'évaluation normative des coûts afin d'élaborer de référence pour les tarifs forfaitaires en Inde

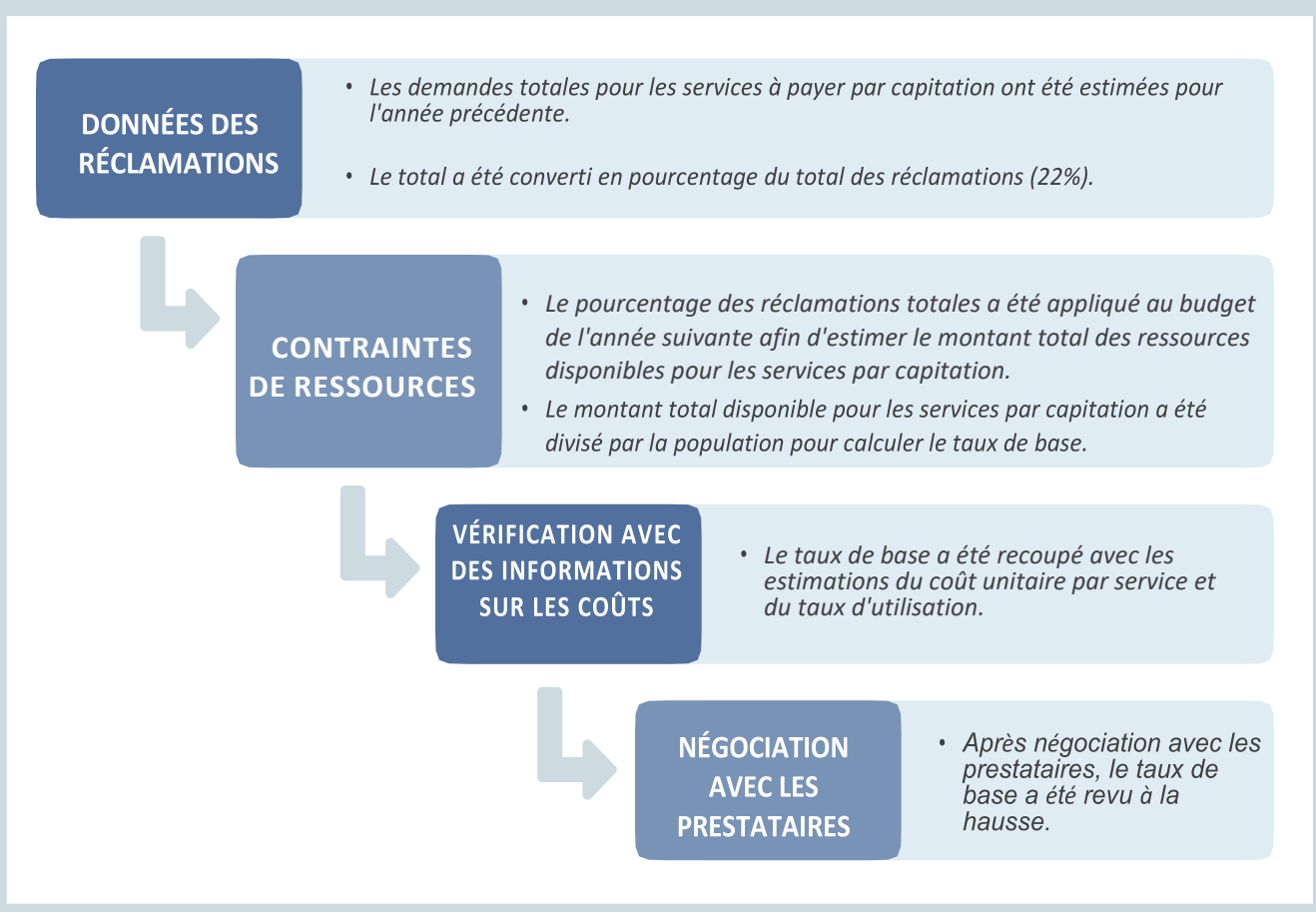
Le programme d'assurance Rajiv Aarogyasri du gouvernement indien utilise un système de paiement par cas qui paie aux hôpitaux des tarifs forfaitaires pour les procédures d'hospitalisation, telles que la chirurgie de pontage. Le taux procédures.

Un taux forfaitaire est un paiement fixe pour l'ensemble de l'épisode, y compris le séjour hospitalier et les procédures ambulatoires liées à l'admission. Les taux de paiement sont généralement déterminés par le biais de négociations avec les prestataires, mais de plus en plus d'informations sur les coûts sont introduites dans le processus. Par exemple, Aarogyasri a mené un petit exercice de calcul des coûts pour examiner les coûts relatifs de diverses procédures.

L'acheteur a travaillé avec un groupe de cliniciens pour traduire les informations sur les coûts et calculer les taux de référence pour 2 000 procédures groupées. Les taux de paiement finaux ont été ajustés à la baisse par rapport aux taux de référence en utilisant les données de réclamation et d'utilisation pour tenter de rester dans les limites des contraintes budgétaires d'Aarogyasri. Aarogyasri a utilisé certains coûts normatifs pour développer des tarifs forfaitaires relatifs à plusieurs procédures dont les lignes directrices cliniques sont largement acceptées. La quantité de chaque intrant clinique requis par les lignes directrices a été multipliée par le prix du marché ou le prix négocié, en tenant compte

des données de coût, afin de déterminer le coût normatif total de la procédure. Bien que les tarifs forfaitaires aient été élaborés par consensus par les praticiens et les médecins, Aarogyasri a exigé qu'ils soient basés sur des directives de traitement standard. Cette approche a pris beaucoup de temps car elle a nécessité l'élaboration de directives de traitement standard pour 2 000 procédures (il a fallu plus de deux ans pour élaborer des lignes directrices pour seulement 20 de ces procédures). En outre, on craignait que les directives de traitement standard n'entraînent une utilisation exagérée des ressources et un manque d'efficacité.

FIGURE 19. Fixation du taux de base de la capitation dans le régime national d'assurance maladie du Ghana



Deuxièmement, la plupart des directives sont flexibles et laissent une large place à l'appréciation clinique, ce qui rend difficile l'attribution d'exigences exactes en matière d'intrants. En outre, les directives de traitement standard peuvent inclure une utilisation exagérée de ressources et des inefficacités.

PROCESSUS DE NÉGOCIATION

Certains Sauf dans les systèmes de santé bureaucratiques les plus étroitement contrôlés, une certaine forme de négociation entre les décideurs, les acheteurs et les prestataires est une étape clé pour parvenir à des taux de paiement définitifs aux prestataires. Le processus de négociation doit aboutir à un consensus sur les services qui seront fournis, sur la manière dont ils seront fournis et sur le montant qui sera versé aux prestataires afin de les fournir. Le processus de négociation doit également aboutir à un accord sur ce à quoi l'acheteur s'engage en termes de délais de paiement et d'autres aspects de la mise en œuvre du système de paiement.

Le processus de négociation est également une opportunité d'informer les prestataires sur les objectifs du nouveau système de paiement et quels sont les changements qu'ils peuvent être amenés à faire pour réussir dans le nouvel environnement.

Le rôle de la négociation dans la fixation des taux de paiement, la façon dont la négociation est menée et le pouvoir relatif des décideurs politiques, des acheteurs et des prestataires varient considérablement d'un pays à l'autre. Les acheteurs peuvent avoir plus de pouvoir dans les négociations que les prestataires, ou vice-versa. Dans certains pays, le ministère de la santé ou un autre organe politique aura le pouvoir de fixer la politique de paiement des prestataires et même les taux de paiement, et les acheteurs et les prestataires devront opérer dans le cadre de ces contraintes.

De graves déséquilibres de pouvoir dans le processus de négociation peuvent avoir des conséquences négatives pour le système de santé. Quand les acheteurs ont le pouvoir de passer outre aux demandes des prestataires, les taux de paiement peuvent être fixés à un niveau si bas que la qualité des soins est compromise ou que les patients sont obligés de contribuer à des éléments clés de leurs soins (comme les médicaments). Lorsque les prestataires exercent un pouvoir excessif en menaçant de faire grève ou de se retirer des systèmes d'assurance publique, les acheteurs peuvent être contraints de payer des tarifs qu'ils ne peuvent pas supporter. Lorsque les décideurs politiques dictent des règles que les acheteurs et les prestataires sont contraints de mettre en œuvre, les taux de paiement sont moins susceptibles de refléter les réalités du système.

1. Le processus de négociation doit permettre à toutes les parties prenantes de s'exprimer. La procédure de négociation la plus systématique et la plus transparente comprend une représentation formelle des groupes de parties prenantes et des forums de négociation formels.

2. En pratique, les processus de négociation vont du très informel au formel régi par la législation. Chaque pays adoptera un forum et un processus différents qui reflètent ses propres priorités et l'équilibre des pouvoirs entre les parties prenantes.

3. Ci-dessous figurent quelques-unes des approches adoptées dans les exemples de cas :

- 4. **Hôpital Aarogyasri** : Le processus de négociation en cours n'est pas régi par la loi ou la réglementation et est largement informel. Les taux de paiement sont négociés à deux niveaux : (1) le niveau technique (entre les prestataires et le comité de tarification de l'acheteur) et (2) le niveau politique (entre le conseil d'administration de l'acheteur et l'organisation prestataire). Les négociations sont enregistrées sur vidéo afin d'éviter toute accusation de favoritisme.
- 5. **Casemix Indonésie** : En Indonésie, le Centre national Casemix - l'unité du MdS chargée de calculer les taux de paiement des hôpitaux - élabore des options de taux à partir de l'analyse des coûts, en tenant compte du budget disponible. Le MdS (plutôt que l'acheteur) prend la tête des discussions entre l'acheteur et les représentants des prestataires pour parvenir aux taux de paiement finaux.
- 6. **Taux des cas PhilHealth** : Le processus de négociation aux Philippines n'est pas régi par une loi ou un règlement, mais les réunions, les audiences publiques et les discussions entre PhilHealth et les sociétés de prestataires sont formalisées.

- 7. **Soins Primaires au Vietnam** : Faut de lois régissant les négociations, le processus de négociation a été un mélange de formel et d'informel. Avant d'introduire un système pilote de paiement par capitation pour les soins primaires, le MdS a organisé une série de réunions formelles avec les parties prenantes et a également mené des négociations informelles dans le cadre de relations personnelles. Les informations sur les coûts introduites dans le processus devaient servir à la fois les processus de négociation officiels et non officiels et fournir des informations objectives pour aider à gagner la confiance des parties prenantes.

8. Si tous les acteurs clés sont officiellement représentés dans le processus de négociation, les taux de paiement finaux ont plus de chances d'être acceptés par toutes les parties. La table des négociations est généralement constituée d'une combinaison de décideurs, d'acheteurs et de prestataires, et chaque sous-groupe clé doit pouvoir s'exprimer de manière représentative. À titre d'exemple, dans les pays où les associations de prestataires sont faibles ou relativement nouvelles, elles peuvent ne représenter qu'un segment très étroit de prestataires, tels que ceux des zones urbaines ou ceux des spécialités très bien payés. La participation d'un plus grand nombre de prestataires à la table des négociations pour représenter les soins primaires, les zones rurales, etc. permettra aux prestataires de mieux se faire entendre. La négociation devra peut-être être flexible - si certaines des parties qui ont besoin d'être influencées et de se mettre d'accord ne sont pas présentes dans la salle, des relations informelles peuvent aider à instaurer la confiance et à générer plus d'informations.

9. L'accès de toutes les parties à des informations objectives peut améliorer l'équité et la transparence du processus de négociation.

10. Les pays utilisent une série d'analyses et d'outils pour introduire des informations objectives dans le processus de négociation. Les analyses de simulation et d'impact peuvent montrer les incidences potentielles des modifications de paiement des prestataires sur l'ensemble du système et déterminer les gagnants et les perdants lorsque les taux de paiement sont ajustés (voir **ENCADRÉ 17**). Lors de l'expérience philippine, PhilHealth a fourni aux prestataires des informations sur le budget total du système d'assurance afin de montrer que des taux de paiement plus élevés ne pouvaient tout simplement pas être soutenus par les ressources disponibles dans le système. Les résultats des réformes pilotes peuvent également éclairer la discussion en montrant les changements spécifiques qui peuvent survenir et la manière dont les taux de paiement peuvent devoir être ajustés afin de se préparer à ces changements.

Les résultats de l'évaluation des coûts, tout particulièrement, peuvent améliorer la transparence des négociations. Lorsque les acheteurs et les prestataires s'assoient pour négocier, les acheteurs ont tendance à considérer les taux de paiement à un niveau élevé, du point de vue des priorités politiques et des budgets globaux, tandis que les prestataires ont tendance à considérer les taux de paiement du point de vue des priorités au niveau de l'établissement et des revenus escomptés. Les résultats de l'évaluation des coûts peuvent contribuer à combler ce fossé en fournissant de meilleures données et en mettant en évidence les domaines dans lesquels des compromis sont possibles. Dans le cadre du régime indien Aarogyasri, les prestataires ont toujours eu le plus de pouvoir dans les négociations - en raison de leur volume de données sur les réclamations et de leur force de lobbying - tandis que les acheteurs n'ont eu que peu d'influence sur les taux. Avec la disponibilité croissante des informations sur les coûts, le pouvoir de négociation s'est déplacé vers les acheteurs et les négociations sont devenues en même temps plus transparentes.

ENCADRÉ 17. Utilisation de l'analyse par simulation pour éclairer les négociations au Vietnam

Le Viêt Nam envisage actuellement de réviser sa loi de 2008 sur l'assurance maladie, notamment en ce qui concerne la réglementation des modes de paiement des prestataires. Le MdS et l'acheteur, la Sécurité sociale du Viêt Nam (VSS), ont utilisé un simple modèle de simulation basé sur un tableur pour analyser les effets potentiels de différents scénarios de réforme du paiement des prestataires sur l'allocation des ressources entre les prestataires de soins de santé dans trois provinces du Viêt Nam, ainsi que sur les dépenses totales des branches provinciales de la VSS.

Les résultats ont montré que plus de 50 % des dépenses de SSV sont actuellement concentrées au niveau provincial, le reste étant réparti au niveau du district. Les hôpitaux de district assument également un niveau élevé de risque financier dans le cadre de l'accord actuel.

Les résultats du modèle de simulation ont montré que plusieurs scénarios alternatifs de réforme du paiement des prestataires pourraient améliorer le système de paiement actuel en réduisant le risque financier assumé par les hôpitaux de district sans modifier

radicalement le niveau et la répartition des dépenses de VSS. Les résultats de l'analyse de simulation ont fourni une base empirique permettant aux responsables de la politique de santé au Viêt Nam d'évaluer et de négocier différentes options de réforme de paiement des prestataires et de prendre des décisions plus susceptibles de faire progresser les objectifs du système de santé.

Compromis avec les prestataires

Lorsque de nouveaux systèmes de paiement sont adoptés, les prestataires ont souvent moins de contrôle sur leurs revenus ou supportent plus de risques financiers. Pour que les prestataires acceptent les nouvelles méthodes de paiement, les acheteurs font souvent des compromis sur les taux de paiement. Ces compromis ont des conséquences potentielles pour le système de santé, comme l'introduction d'inefficacités ou des paiements totaux plus élevés aux prestataires (qui doivent provenir de nouveaux fonds ou nécessiteront de transférer des fonds d'autres parties du système). Si les coûts plus élevés mettent en péril les objectifs du système de santé, c'est que les compromis sont allés trop loin.

Dans les cas cités en exemple, diverses approches ont été utilisées pour parvenir à un compromis avec les prestataires et aller de l'avant :

- **Tenir les prestataires " inoffensifs "**. Certains pays ont veillé à ce que

les nouvelles méthodes et les nouveaux taux de paiement des prestataires n'entraînent pas, dans un premier temps, un grand nombre de perdants parmi les prestataires, voire aucun, et ce en maintenant ou en augmentant les paiements totaux au cours de la première année. Lorsque l'Autorité Nationale d'Assurance Maladie (NHIA) a introduit au Ghana des paiements par capitation pour les soins primaires, le taux de base a été fixé de manière à ce que le total des paiements aux prestataires pour les services de soins primaires ne soit pas inférieur à celui de l'année précédente, même si la répartition entre les prestataires dépendait de l'inscription des abonnés. Quand les prestataires ont affirmé que certains d'entre eux seraient perdants dans ce nouveau système en raison des variations d'inscription, la NHIA a accepté de revoir les taux G-DRG utilisés pour calculer les taux liés à la capitalisation. Les résultats ont conduit à des taux G-DRG plus élevés, qui à leur tour ont conduit à des taux capitalisés plus élevés et à des dépenses globales plus élevées pour la NHIA.

• Arrondir les taux de paiement.

Lorsque les prestataires ne sont pas satisfaits des taux proposés, certains pays " arrondissent " les taux de paiement à la limite supérieure. PhilHealth a utilisé cette approche dans le cadre de son système de paiement par cas pour les cas hospitaliers. Les taux par cas ont été fixés à trois niveaux, en fonction de la gravité des cas - bas, moyen et élevé. Pour obtenir l'adhésion des prestataires, PhilHealth a fixé les taux de paiement de base à " élevé " pour tous les cas. Par la suite, certains prestataires ont suggéré d'abaisser les taux de certains cas afin de créer une relation de travail plus honnête basée sur les coûts relatifs.

• Suppléments ad hoc pour les cas particuliers.

Les pays utiliseront parfois des compléments ad hoc pour des cas particuliers afin d'aider les prestataires à passer à de nouveaux systèmes et taux de paiement. Ces suppléments peuvent prendre la forme d'une augmentation des taux de paiement pour les traitements coûteux (par ex. le cancer) ou la situation géographique (par ex. en milieu rural), par exemple.

Les républiques d'Asie centrale ont peu négocié, mais l'acheteur a eu recours à des compléments ad hoc pour apaiser les inquiétudes des prestataires lors de la mise en œuvre de nouvelles méthodes et de nouveaux taux de paiement. L'Indonésie, où le taux actuel pour certaines procédures et certains traitements est encore considéré comme trop bas, le système de paiement INA-CBG permet des paiements complémentaires pour des cas particuliers, tels que la chimiothérapie, les prothèses et d'autres procédures coûteuses.

• **Mise en œuvre pilote ou progressive.**

Une mise en œuvre pilote ou progressive peut être utile pour tester les modèles de paiement et définir les attentes des prestataires avant une mise en œuvre à l'échelle nationale. Au Viêt Nam, une évaluation approfondie du système de paiement existant a montré qu'il était nécessaire d'en améliorer la conception. Les prestataires qui reconnaissaient la nécessité d'un changement mais n'avaient aucun moyen d'en connaître toutes les implications ont soutenu la mise en œuvre pilote du nouveau système et se sont même portés volontaires pour y participer. Ce compromis a permis au Viêt Nam de tester la nouvelle conception du système et de préparer le pays aux changements plus vastes qui allaient être apportés au système de paiement.

Le processus de négociation ne prend pas fin lorsque les taux de paiement sont décidés. Au fur et à mesure que les systèmes de paiement sont mis en œuvre et que les prestataires s'adaptent aux nouveaux taux de paiement, les discussions se poursuivent. Les prestataires peuvent demander des ajustements ou d'autres modifications du système de paiement ou des taux. Si une plateforme de négociation bien structurée est en place, étayée par des informations objectives sur les coûts, ces questions ont plus de chances d'être traitées de manière systématique et les décisions ont plus de chances d'être fondées sur des preuves plutôt que d'être prises de manière ad hoc.

LIER LE TOUTENSEMBLE

La façon dont les objectifs politiques, les ressources disponibles, les informations sur les coûts et la négociation se conjuguent pour fixer les taux de paiement des prestataires dépend de nombreux facteurs dans un pays donné à un moment donné. Lorsque les systèmes en sont à leurs débuts et que les flux de revenus sont incertains, comme dans les Républiques d'Asie centrale au milieu des années 1990, les contraintes liées aux ressources peuvent être la considération dominante dans la fixation des taux. Au fur et à mesure que les informations sur les coûts deviennent disponibles, cette considération peut avoir une plus grande influence. Dès que les systèmes arrivent à maturité et que les prestataires s'adaptent aux systèmes de paiement, les considérations politiques peuvent devenir le facteur le plus important.

Et au fur et à mesure que l'équilibre des pouvoirs se stabilise entre les parties prenantes du système, la négociation peut devenir le facteur dominant du processus de fixation des taux, comme c'est le cas dans de nombreux pays à revenu élevé. L'importance relative de ces facteurs varie considérablement d'un cas à l'autre. Le **TABLEAU 50** montre comment ces pays ont évalué l'importance de chaque facteur, en utilisant l'échelle présentée ci-dessous. Une pleine lune indique une forte influence, tandis qu'une lune vide indique une faible influence. Il ne s'agit pas d'un jeu à somme nulle entre ces quatre facteurs. Par exemple, quatre pleines lunes indiqueraient que les quatre facteurs jouent un rôle tout aussi important dans le processus de fixation des taux.

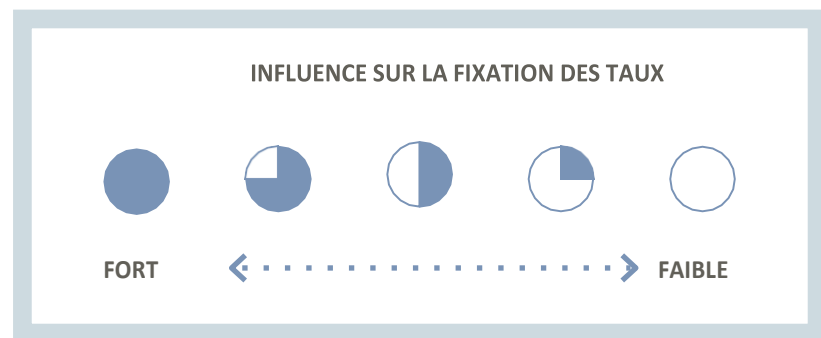
Malgré les variations, certains modèles sont apparus dans les exemples de cas :

- L'information sur les coûts n'est généralement pas le facteur le plus important, mais tous les pays ont essayé d'intégrer au moins une partie de l'information sur les coûts dans leur processus de fixation des taux. Le rôle des informations sur les coûts dépend en partie de leur disponibilité. Même lorsqu'elles sont disponibles, comme dans les Républiques d'Asie centrale, en Indonésie et en Malaisie, elles sont presque toujours éclipsées par d'autres facteurs.

- Le facteur dominant a presque toujours été les contraintes de ressources. Tous les acheteurs publics cités dans les exemples de cas avaient pour mandat d'opérer dans le cadre des contraintes budgétaires des fonds publics mis à leur disposition. Leur tâche principale consistait à allouer les ressources disponibles pour atteindre les objectifs du système de santé. Bien que les systèmes dépendent de la satisfaction et de la coopération des prestataires et de taux de paiement suffisants pour financer des soins de bonne qualité, la viabilité financière est en fin de compte une contrainte.
- La capacité de l'acheteur et des prestataires à générer et à utiliser des informations peut fortement influencer le processus de fixation des prix. La capacité des principaux acteurs du processus de fixation des taux détermine qui a le plus de données à sa disposition et éventuellement le dessus dans les négociations. Dans le système indien d'Aarogyasri, les prestataires avaient historiquement une plus grande capacité à générer des informations pour les négociations et utilisaient ces informations pour obtenir des taux plus élevés. Lorsque le régime d'Aarogyasri a augmenté sa capacité à générer des informations sur les coûts, la relation est devenue plus équitable.
- L'influence relative des facteurs autres que les informations sur les coûts peut refléter l'équilibre des pouvoirs entre les acheteurs et les fournisseurs. Dans les pays où les acheteurs sont puissants, comme dans les Républiques d'Asie centrale et en Indonésie, les objectifs politiques et les ressources disponibles ont généralement plus d'influence, alors que la négociation joue généralement un rôle plus important dans les pays où les prestataires sont puissants et bien organisés, comme au Ghana et en Inde.
- Tous les pays cités en exemple prennent des mesures pour intégrer davantage d'informations sur les coûts dans la conception, la mise en œuvre et la fixation des taux de paiement des prestataires. Bien que les informations sur les coûts ne soient pas le facteur dominant pour la fixation des taux de paiement des prestataires, les pays conviennent tous que l'accès à de meilleures informations sur les coûts permet de prendre de meilleures décisions globales. Au Viêt Nam, par exemple, le calcul des coûts est intégré dans le processus de suivi et d'évaluation du projet pilote de système de paiement par capitation des soins primaires afin d'améliorer en permanence la conception et la mise en œuvre du système.

En Malaisie, la négociation pourrait devenir plus importante à mesure que les prestataires privés sont intégrés dans le système de financement de la santé publique, de sorte que les données sur les coûts des services dans le secteur public seront essentielles pour établir des repères en vue du processus de négociation.

L'équilibre des facteurs changera au fil du temps. Au fur et à mesure que les systèmes de santé évoluent, que les systèmes de paiement mûrissent et que davantage d'informations deviennent disponibles, les facteurs qui déterminent les taux de paiement des prestataires changeront également. Plusieurs des pays cités en exemple sont au milieu de ces changements. Au fur et à mesure que les acheteurs et les prestataires acquièrent de l'expérience avec les systèmes et les taux de paiement, ils chercheront souvent à obtenir de meilleures informations pour affiner en permanence les systèmes de paiement, ce qui pourrait également modifier l'équilibre. Des systèmes de suivi et d'évaluation solides peuvent contribuer à rendre le processus plus systématique et plus objectif.



TABEAU 50. Influence des facteurs clés sur la fixation des taux

EXEMPLE DE CAS	PLATEFORME DE FIXATION DES TAUX	RÔLE DU PRESTATAIRE	RÔLE DE L'ACHETEUR	INFLUENCE DES OBJECTIFS POLITIQUES	INFLUENCE DE L'INFORMATION SUR LES COÛTS	INFLUENCE DES RESSOURCES DISPONIBLES	INFLUENCE DE LA NÉGOCIATION	
<i>Hôpital Aarogyasri</i>	Deux niveaux de négociation, technique et de haut niveau ; enregistrement vidéo à titre de preuve	Les prestataires dominent traditionnellement le processus de fixation des taux parce qu'ils disposent de plus d'informations sur les coûts que l'acheteur.		L'acheteur joue un rôle plus important dans l'élaboration des taux grâce à la disponibilité d'informations sur les coûts et le marché.				
<i>Casemix Indonésie</i>	Le MdS discute des résultats du travail technique effectué par le Centre National Casemix avec les acheteurs et les prestataires ; le MdS publie un décret une fois que les taux sont convenus.	Les prestataires répondent aux taux proposés par le MdS. Les prestataires répondent aux taux proposés par le MdS.		Le MdS détient la majorité des pouvoirs.				
<i>Établissement de Santé d'Indonésie</i>	Équipe de calcul des coûts de capitation mise en place par le MdS	Les prestataires donnent leur avis sur les facteurs qui influencent le taux.		L'acheteur n'est pas activement impliqué ; le MdS détient la majorité des pouvoirs.				
<i>DRG des Républiques d'Asie centrale</i>	Les taux de paiement sont fixés par le MdS ; il n'y a pas de plateforme formelle de négociation avec les prestataires.	Les prestataires tentent d'influencer les taux de manière non officielle et informelle.		Le MdS détient la majorité des pouvoirs.				
<i>G-DRG Ghana</i>	Accord requis entre le MdS et les représentants des prestataires	Les taux ne peuvent être institués sans consultation et accord des prestataires.		L'acheteur dirige le processus d'élaboration des taux.				
<i>COMPHEC Malaisie</i>	Réunions politiques sur la fixation des taux	Les prestataires tentent de convaincre les acheteurs que le taux peut être utilisé comme base pour l'allocation des fonds.		L'acheteur teste le taux pour voir s'il est approprié et s'il améliore l'efficacité et la qualité				
<i>Taux de cas PhilHealth</i>	Réunions, auditions publiques, discussions entre l'acheteur et les sociétés pour expliquer comment et pourquoi ils sont parvenus à des décisions	Le MdS détient la majorité des pouvoirs.		PhilHealth a le pouvoir de décision ultime.				
<i>Soins Primaires au Vietnam</i>	Réunions internes, réunions publiques, analyse d'impact	Le MdS définit la politique de calcul des taux de paiement, et le VSS effectue les calculs des taux.		Les prestataires répondent aux taux proposés par le ministère de la santé et VSS.				

INFLUENCE SUR LA FIXATION DES TAUX



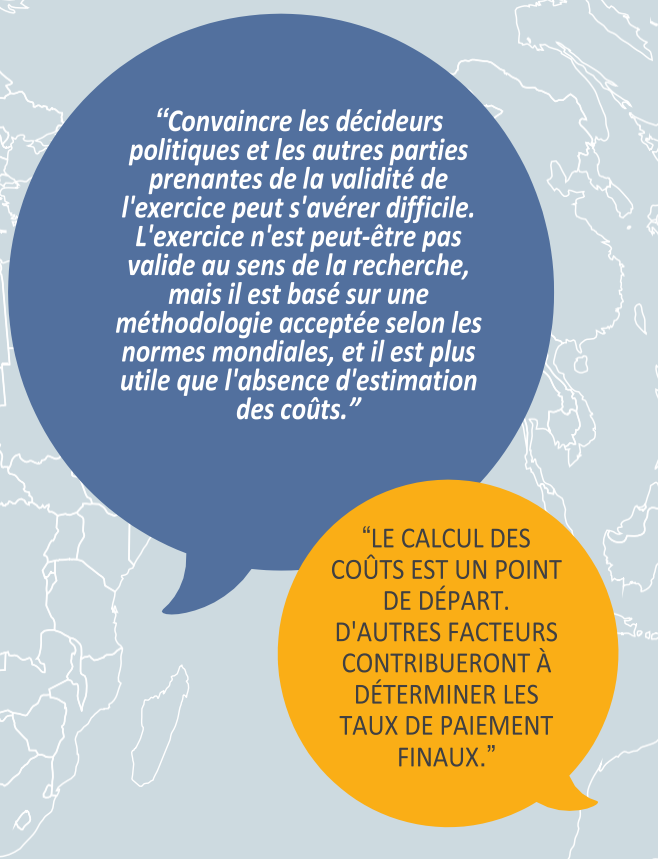
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

VÉRIFICATION

ÉTAPE 10 : RAPPORTER ET UTILISER LES RÉSULTATS

- ✓ **DETERMINER** les informations nécessaires à partir des résultats de calcul des coûts pour chaque groupe de parties prenantes et la meilleure façon de les communiquer.
- ✓ **ÉLABORER** les principaux tableaux analytiques pour présenter les résultats du calcul des coûts pour l'ensemble de l'échantillon ainsi que les résultats ventilés selon les variables clés.
- ✓ **COMMUNIQUER** les résultats de l'évaluation des coûts d'une manière simple et claire et dans des formats appropriés pour différents publics.
- ✓ **INCLURE** dans la présentation le but et les objectifs, les méthodologies et les principaux résultats de l'exercice de calcul des coûts.
- ✓ **UTILISER** des supports visuels lorsque cela est possible et fournir un contexte approprié pour interpréter les résultats.
- ✓ **METTRE** les résultats du calcul des coûts à la disposition du public dans des formats qui faciliteront leur utilisation appropriée pour éclairer la politique de paiement des prestataires et la fixation des taux.

LEÇONS TIRÉES



RESSOURCES

Langenbrunner, Jack, Cheryl Cashin, et Sheila O'Dougherty. *Conception et mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires de soins de santé : Manuels pratiques*. Washington, D.C. : Banque mondiale, 2009.

Tan, Siok Swan, and Lisbeth Serdén, Alexander Geissler, Martin van Ineveld, Ken Redekop, Mona Heurgren, et Leona Hakkaart-van Roijen. « DRG et calcul des coûts : Qui dirige qui ? » dans *Groupes liés au diagnostic en Europe : Vers la transparence, l'efficacité et la qualité dans les hôpitaux*, édité par Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, et Miriam Wiley, 59-74. Série de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. New York : Open University Press, 2011.

VERS UN SYSTÈME DE CALCUL DES COÛTS DE ROUTINE DURABLE

À mesure que les pays progressent dans la conception de nouvelles méthodes de paiement des prestataires qui soutiennent les objectifs de couverture sanitaire universelle et paient de plus en plus pour les résultats plutôt que pour les intrants, ils sont confrontés au défi d'établir une base de coûts pour les taux de paiement des différents services et paquets de services. De nombreux pays constatent que leurs systèmes de financement sanitaire existants n'ont pas généré l'expertise ou les données nécessaires à l'utilisation de nombreuses méthodologies de calcul des coûts bien établies, et commencent donc par des exercices de calcul des coûts ponctuels.

Ces exercices initiaux servent à trois objectifs : fournir une expérience à un groupe critique d'experts dans le pays et entamer le processus de conception du système de paiement, fournir des données initiales sur le coût de la prestation de services, et démontrer les processus et confirmer la faisabilité de l'établissement des coûts aux parties prenantes. Ces exercices ponctuels fournissent souvent une base initiale de taux et de coefficients de pondération relatifs pour lancer de nouveaux systèmes de paiement. Ce manuel fournit des orientations pour un processus standardisé qui peut améliorer la validité des exercices ponctuels de calcul des coûts.

L'utilisation d'exercices ponctuels de calcul des coûts pour la fixation des taux de paiement des prestataires peut toutefois poser des problèmes. Ces exercices sont souvent basés sur de petits échantillons et ne génèrent pas d'informations de routine qui soient acceptées et utilisables par toutes les parties prenantes. En outre, les analyses de coûts deviennent rapidement obsolètes car les systèmes de santé, les taux d'utilisation, le comportement des prestataires et la technologie évoluent constamment. Il est donc important de créer un système de calcul des coûts de routine qui soit calé sur le processus de fixation des taux, qui fournisse des informations que les parties prenantes puissent utiliser en cas de besoin et qui soit accepté par toutes les parties prenantes. Un tel système devrait produire des informations sur les coûts de manière standardisée sur une base régulière - généralement annuelle.

Les décideurs politiques ont besoin d'informations régulières sur les coûts pour élaborer et défendre les budgets du secteur de la santé et pour prendre des décisions d'investissement. Les acheteurs de soins de santé ont besoin d'informations sur les coûts pour élaborer et négocier les taux de paiement des services de santé. Les prestataires de soins de santé ont besoin de données précises sur les coûts afin de mieux gérer leurs ressources pour fournir efficacement des services de qualité et négocier équitablement avec les acheteurs. Les conseils relatifs à la planification et à la mise en œuvre d'un exercice de calcul des coûts fournis dans ce manuel peuvent également être utilisés pour jeter les bases d'un système régulier de calcul des coûts des services de santé.

ÉLÉMENTS CLÉS D'UN SYSTÈME DE CALCUL DES COÛTS DE ROUTINE

Les parties prenantes doivent avoir confiance dans le système de calcul des coûts de routine et comprendre clairement la précision et la rigueur des résultats produits. Les éléments suivants sont essentiels à la crédibilité d'un système de calcul des coûts de routine.

- La collecte de données est gérée de manière centralisée et guidée par des normes et des processus de révision. Le système de calcul des coûts doit inclure une collecte centralisée de données sur les coûts auprès d'un échantillon représentatif de prestataires.

La collecte des données doit être gérée par une institution dotée d'une autorité réglementaire, telle que le MdS ou l'acheteur de soins de santé du gouvernement. Les données doivent être collectées selon un cycle établi, avec des étapes et des points d'action clairement compris et une rétroaction en temps voulu aux prestataires. Un moyen pratique de fournir cette rétroaction est d'utiliser un outil d'évaluation des performances complété par un rapport qui comprend les questions à traiter.

- Des éléments de données sur les coûts et des méthodes de comptabilité normalisés. Un système de calcul des coûts de routine doit être basé sur des modèles standards et des directives pour la collecte des données, approuvés par les décideurs politiques, les acheteurs et les prestataires. Les modèles standards doivent toutefois être flexibles pour tenir compte des variations de structure et de centres de coûts entre les prestataires. Les éléments clés qui doivent être normalisés sont les suivants :
 - La méthode d'alignement des dépenses sur les services et les résultats
 - Les bases d'allocation pour la répartition des coûts indirects
 - Un plan comptable servant de point de référence à tous les prestataires et permettant de rattacher les coûts à des centres de coûts comptables normalisés
 - Une identification codée des éléments de coût et des résultats

Les modèles de données et de rapports doivent commencer par la structure et le niveau de complexité des systèmes actuels de données et des rapports dans le système de santé. Il est préférable de commencer simplement et de laisser le modèle et les normes de calcul des coûts évoluer au fur et à mesure que les systèmes de paiement se développent et se compliquent. Les dix étapes présentées dans ce manuel peuvent être suivies pour générer des modèles de données standard et des lignes directrices pour l'analyse de routine.

- **Une plateforme informatique accessible à toutes les parties prenantes (décideurs, acheteurs et prestataires).** Des normes relatives aux systèmes d'information devraient être élaborées afin que les prestataires individuels puissent adapter leurs systèmes internes d'information de gestion et de comptabilité des coûts, tout en restant compatibles à travers le système.

- **Des outils d'analyse des données et d'établissement de rapports qui permettent d'analyser les données relatives aux coûts à des fins multiples.**

Les systèmes d'information de l'acheteur et des prestataires doivent être équipés pour exploiter les données sur les coûts afin de comparer les coûts et la qualité des processus cliniques. La possibilité de comparer les schémas d'utilisation des intrants pour des types de patients particuliers est un outil puissant de gestion des coûts pour les responsables des services de santé. Il leur permet de tirer le meilleur parti des ressources disponibles pour les patients. L'analyse des données permet également aux acheteurs de mesurer la conformité aux meilleures pratiques et de contrôler l'impact des systèmes de paiement des prestataires sur l'efficacité et les soins aux patients.

- **Un mécanisme permettant de générer des données sur les dépenses totales et l'utilisation dans tout le système.**

Les données relatives aux dépenses totales et à l'utilisation de tous les prestataires du système sont nécessaires pour que les résultats de

l'évaluation des coûts puissent être réconciliés avec les dépenses totales du système. A minima, les données doivent inclure des mesures de base des dépenses et de l'utilisation pour tous les types de résultats majeurs (par exemple, les soins primaires, les sorties d'hôpital). Ces données sont indispensables après la mise en œuvre des nouvelles méthodes ou des nouveaux taux de paiement des prestataires, car les changements de système de paiement dans n'importe quelle partie du système créeront une incitation à la redistribution des coûts. Ces données sont également essentielles lorsque les plans stratégiques comprennent des objectifs spécifiques visant à intégrer les soins dans les différents domaines de services au niveau du patient (par exemple, intégrer les services préventifs et curatifs au niveau des soins primaires) ou à déplacer les services des soins internes vers l'intervention précoce ou la prévention.

Plusieurs des pays cités en exemple mettent en place des systèmes de calcul des coûts de routine afin d'améliorer la production et l'utilisation d'informations sur les coûts pour la politique de paiement des prestataires et à d'autres fins. Cette démarche a été facilitée par l'influence croissante des acheteurs publics et par l'évolution vers des systèmes de paiement axés sur les résultats, en particulier les systèmes de paiement des hôpitaux basés sur les DRG.

- En Indonésie, la loi exige que les taux payés aux hôpitaux par le biais du système de paiement par cas soient révisés périodiquement, de sorte qu'un système de calcul des coûts de routine a été mis en place depuis six ans sur la base d'un modèle élaboré par le MdS.

- Au Ghana, le MdS dirige un processus conjoint entre les prestataires et la NHIA afin de mettre en œuvre un système unifié de calcul des coûts pour les services de santé. Ce système institutionnalisera la collecte systématique de données de calcul des coûts auprès d'un échantillon de prestataires de soins de santé sur une base continue à l'usage du MdS, de la NHIA, des prestataires et d'autres parties intéressées.

- Aux Philippines, le processus d'évolution vers le paiement des hôpitaux par cas à l'aide de DRG crée un besoin de calcul des coûts de routine. PhilHealth a mis au point un modèle et des outils de calcul des coûts et demandera aux prestataires de produire des rapports de coûts réguliers dans le cadre de leurs obligations contractuelles. Les changements réglementaires permettent également à PhilHealth d'exiger la présentation de données sur les coûts, car l'acheteur a récemment été autorisé à examiner les données financières et cliniques des prestataires.

Ces pays n'en sont qu'aux premiers stades du développement de leurs systèmes de calcul des coûts de routine et n'ont pas encore mis en place tous les éléments clés. Mais ils ont franchi une étape importante en passant d'exercices de calcul des coûts ponctuels à des systèmes de calcul des coûts institutionnalisés.

ANNEXE

COMPTABILITÉ DES COÛTS - MODE D'EMPLOI

Cette annexe décrit en détail comment effectuer une comptabilité des coûts par paliers - le processus par lequel les coûts directs sont affectés et les coûts indirects sont répartis entre les centres de coûts des établissements de santé afin de calculer les coûts unitaires des services de santé. (Voir FIGURE 20.)

Ce processus est appelé comptabilité des coûts "par paliers" parce que les coûts totaux des centres de coûts de niveau supérieur (ceux qui sont éloignés des soins directs aux patients, tels que les services administratifs et de soutien clinique) sont répartis entre

les centres de coûts de niveau inférieur (ceux qui sont plus proches des soins directs aux patients, tels que les services de soutien clinique et les services cliniques) selon un processus progressif. Bien que ce processus soit principalement réalisé au cours de l'analyse des données (étape 9),

l'équipe de calcul des coûts doit prendre plusieurs décisions en matière de comptabilité des coûts bien plus tôt, au cours de la phase de conception de l'exercice de calcul des coûts.

FIGURE 20. Affectation et répartition des coûts

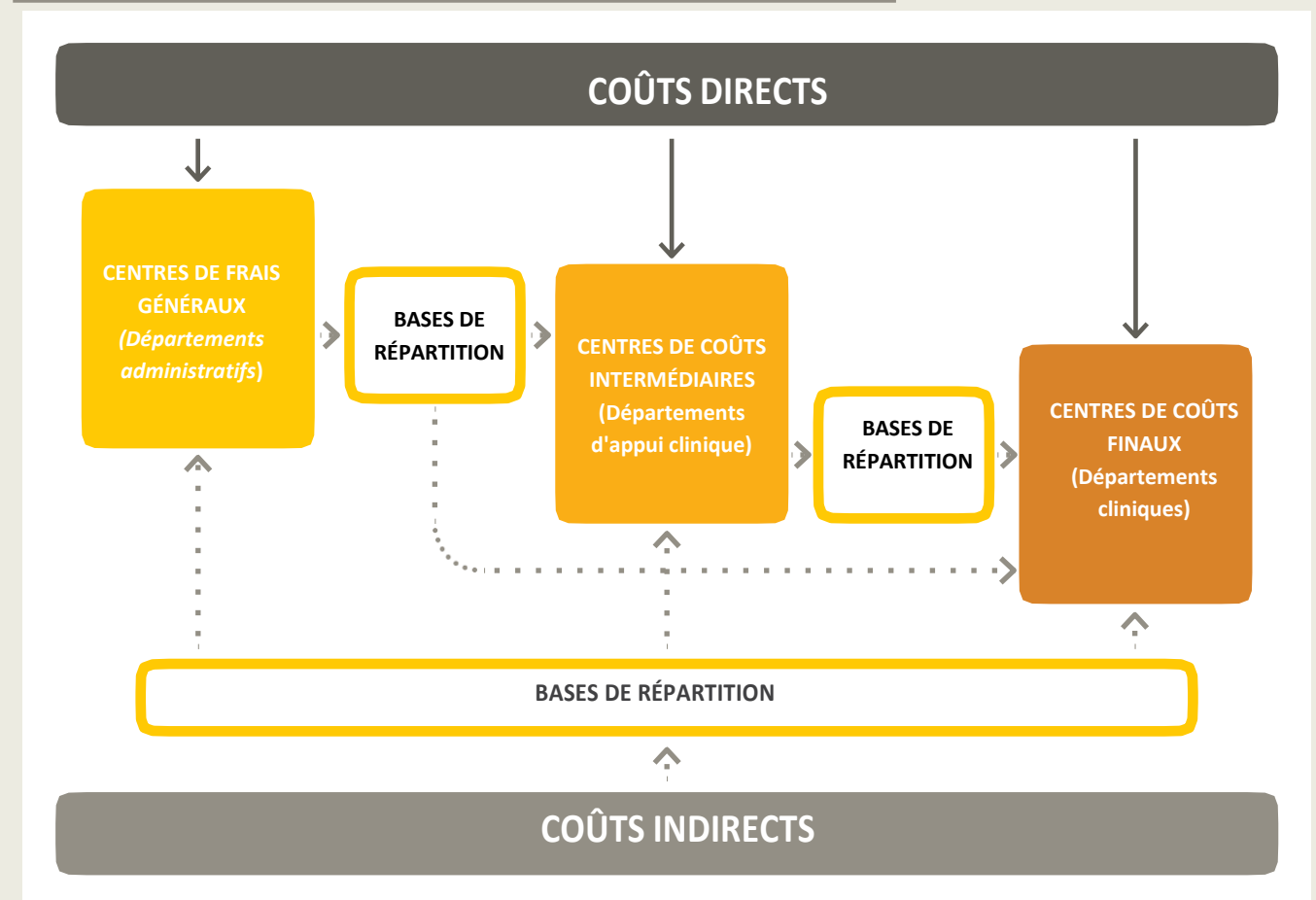


TABLEAU 51. Étapes de la comptabilité des coûts

ÉTAPE	DESCRIPTION
I	Élaborer une liste standard des centres de coûts des établissements de santé.
II	Affecter les départements à l'un des groupes de centres de coûts suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Départements administratifs • Départements de soutien clinique • Départements cliniques
III	Calculer le coût total de chaque intrant.
IV	Affecter les coûts directs aux centres de coûts.
V	Spécifier les bases de répartition - critères qui seront utilisés pour répartir les coûts indirects et les coûts totaux entre les centres de coûts de niveau supérieur et les centres de coûts de niveau inférieur.
VI	Affecter les coûts indirects aux centres de coûts et les coûts totaux des centres de coûts de niveau supérieur aux centres de coûts de niveau inférieur : <ul style="list-style-type: none"> • Affecter les coûts indirects à chaque département (administratif, soutien clinique, clinique). • Répartir les coûts du service administratif (directs + indirects) entre les services de soutien clinique et les services cliniques. • Affecter les coûts du service de soutien clinique (directs + indirects + coûts du département administratif alloués) aux services cliniques.
VII	Calculer et recouper les coûts unitaires.

Départements de services internes

- Clinique médicale spécialisée
- Clinique médicale spécialisée
- Clinique chirurgicale spécialisée
- Clinique pédiatrique spécialisée
- Clinique O&G spécialisée
- Clinique orthopédique spécialisée
- Clinique psychiatrique spécialisée
- Centre de soins de jour
- Autres

Le processus de comptabilité des coûts - utilisé à la fois pour l'approche descendante et l'approche ascendante - suit cette séquence :

- Identifier les ressources totales utilisées par un centre de coûts (c'est-à-dire une unité ou une entité organisationnelle ou de gestion bien définie pour laquelle les coûts sont accumulés et à laquelle les coûts directs sont affectés et les coûts indirects sont répartis). (Voir l'étape 2 pour plus de détails sur le choix des centres de coûts).
- Mesurer les ressources totales utilisées par un centre de coûts. Certaines ressources, telles que les heures du personnel consacrées au traitement des patients ou les médicaments consommés par les patients, peuvent être mesurées directement. D'autres ressources, telles que les frais généraux, ne peuvent être mesurées qu'indirectement.
- Calculer le coût des ressources utilisées *directement* par tous les centres de coûts et affecter ces coûts à chaque centre de coûts.
- Calculer le coût des ressources utilisées *indirectement* par tous les centres de coûts et attribuer une part du coût à chaque centre de coûts sur base de son utilisation estimée des ressources.
- Déterminer les coûts unitaires moyens à l'aide de données sur les coûts et les unités de service (par ex. patients sortis de l'hôpital, jour-lit ou visites externes).

Pour permettre l'affectation des coûts directs et la répartition des coûts indirects aux centres de coûts, la conception de l'exercice de calcul des coûts doit spécifier les centres de coûts standards ainsi que les critères de répartition des coûts. Le TABLEAU 51 énumère les sept étapes du processus de comptabilité des coûts. La section suivante décrit chaque étape à l'aide de l'exemple des départements hospitaliers

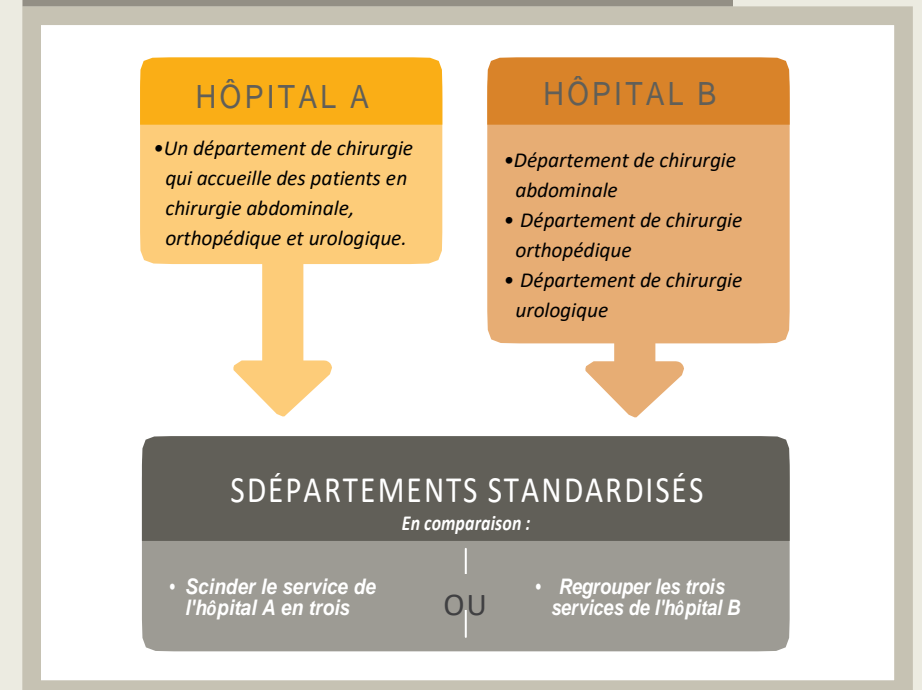
LE PROCESSUS DE COMPTABILITÉ DES COÛTS

L'estimation des coûts unitaires moyens pour la fixation des taux de paiement des prestataires nécessite le calcul des coûts unitaires pour plusieurs établissements de santé. Les équipes de calcul des coûts doivent donc standardiser les centres de coûts pour s'assurer que les coûts unitaires calculés peuvent être comparés de manière juste et précise entre les établissements. Les établissements d'un même système de santé peuvent avoir des structures organisationnelles différentes, en particulier au niveau tertiaire, ce qui peut rendre la standardisation difficile. Par exemple, le profil clinique et opérationnel d'un département de médecine interne dans un hôpital peut être différent de celui du même département dans un autre hôpital. De même, un bilan de diabète dans une clinique peut être très différent de celui d'une autre clinique.

Les équipes de calcul des coûts doivent cependant éviter de forcer la standardisation des départements et doivent prendre en considération la réalité des établissements de santé. Par exemple, si l'hôpital A dispose d'un département de chirurgie combinée pour les patients abdominaux, orthopédiques et urologiques, mais que l'hôpital B dispose de trois départements distincts pour ces patients, la standardisation à des fins de comparaison pourrait soit combiner les trois départements de l'hôpital B, soit diviser le département de l'hôpital A en trois départements (voir FIGURE 21.)

Pour déterminer si les départements sont comparables, il peut être utile de comprendre

FIGURE 21. Exemple de standardisation d'un département



comment les caractéristiques cliniques et opérationnelles suivantes peuvent affecter leurs besoins en ressources et donc leurs coûts :

- Dispositions institutionnelles
- Propriété de l'établissement (public/privé) et ramifications fiscales
- Structure organisationnelle et administrative
- Systèmes financiers/de paiement
- Portée des services
- Contenu des services cliniques
- Configuration
- Cas mixte des patients
- Normes/protocoles de traitement
- Environnement juridique et de conformité
- Qualité de l'environnement
- Autres caractéristiques uniques

Pour faciliter la standardisation, les équipes de calcul des coûts peuvent consulter les directives du MdS, examiner les demandes d'accréditation, étudier les données du système d'information sur la santé ou consulter le personnel de l'hôpital. La standardisation des départements peut également se faire au fil du temps si l'exercice de comptabilité des coûts est routinisé, ce qui permet de disposer de définitions cohérentes, d'une base de données de codes de référence et de passerelles permettant de comparer les départements entre les hôpitaux.

Étape II. Affectation des départements aux groupes de centres de coûts

Après avoir identifié et standardisé les départements, l'équipe de calcul des coûts doit les classer en trois groupes en fonction

TABLEAU 52. Listes de départements et groupes de centres de coûts standardisés par pays dans trois exemples de cas

DÉPARTEMENTS DONT LES COÛTS ONT ÉTÉ CALCULÉS		
DRG des Républiques d'Asie centrale	Taux de cas PhilHealth Vietnam	Soins Primaires au
<p>DÉPARTEMENTS ADMINISTRATIFS Finances et achats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blanchisserie • Cuisine • Transport • Sécurité • Autres services administratifs <p>DÉPARTEMENTS AUXILIAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie • Imagerie • Laboratoires • Physiothérapie • Bloc opératoire • Soins d'urgence • Admission <p>DÉPARTEMENTS CLINIQUES Départements de soins internes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins intensifs • Chirurgie • Ophtalmologie • Thérapie (médecine interne) • Gynécologie • Néonatalogie • Maternité • Santé mentale•- Soins dentaires • Pédiatrie • Maladies infectieuses • Accouchement • Oto-rhino-laryngologie (ORL) <p>Départements de soins externes - OPD</p>	<p>CENTRES DE FRAIS GENERAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administration • Administration des soins infirmiers • Assistance médicale • Entretien et maintenance • Services de nettoyage • Sécurité • Magasin et consommables • Centre informatique • Bibliothèque • CSSD • Diététique • Dossier médical • Blanchisserie et linge • Autres <p>CENTRES DE COÛTS INTERMEDIARES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie et médicaments • Radiologie • Laboratoires • Physiothérapie • USI • USIN ET USIP • Soins coronariens et soins intensifs • Salle d'opération • Autres <p>CENTRES DE COÛTS FINAUX Départements de soins internes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Département de médecine • Département de chirurgie • Département de pédiatrie • Département O & G • Département d'orthopédie • Département de psychiatrie • Autres services <p>Départements de soins externes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinique de médecine spécialisée • Clinique de chirurgie spécialisée • Clinique spécialisée en pédiatrie • Clinique spécialisée O & G • Clinique spécialisée en orthopédie • Clinique spécialisée en psychiatrie • Centre de jour 	<p>DÉPARTEMENTS DE SOUTIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administration et organisation • Planification • Soins infirmiers • Financement • Autres départements de soutien <p>DÉPARTEMENTS PARACLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie • Laboratoire • Services d'imagerie • Nutrition • Contrôle de l'infection • Pathologie • Autres services paracliniques <p>DÉPARTEMENTS CLINIQUES Départements d'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgences et soins intensifs • Médecine interne • Maladies infectieuses • Pédiatrie • Chirurgie • Maternité/Gynécologie • Bloc opératoire • ORL/Dentaire/Ophtalmologie • Autres services de soins internes <p>Départements de soins externes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations externes générales (OPD)

leur rôle fonctionnel au sein de l'établissement de santé :

- **Administratif:** Des départements qui fournissent des services de soutien généraux à d'autres départements.
- **Soutien clinique:** Des départements qui fournissent des services de diagnostic et de soutien clinique aux départements cliniques. (Ces services peuvent également être appelés services auxiliaires ou paracliniques). Les unités de service du département comprennent les tests de laboratoire, les examens radiologiques, les unités de sang, les prescriptions, les opérations chirurgicales, etc.
- **Clinique:** Des départements qui fournissent des soins directs aux patients et qui, soit font sortir les patients, soit effectuent des consultations externes ou des visites de jour. Les unités de service des départements englobent les sorties, les jours-lits et les visites externes. Le processus de comptabilité des coûts aboutit à des coûts unitaires pour ces unités de service dans les centres de coûts cliniques.

La classification des départements peut varier en fonction du contexte du système de santé du pays. Par exemple, le département des urgences peut être considéré comme un service de soutien clinique dans un contexte donné et comme un service clinique dans un autre contexte. La classification dépendra du fait que les patients sortent ou non de ce département. Ou encore, le département de physiothérapie peut être classé comme un département de soutien clinique dans un contexte et comme un département clinique de consultation externe dans un autre contexte. Un département tel que la stérilisation ou la blanchisserie peut être classé comme administratif dans un contexte et comme soutien clinique dans un autre.

Pour améliorer la précision du processus de comptabilité des coûts, les équipes de calcul des coûts peuvent aussi choisir d'inclure des départements non officiels qui ne sont pas officiellement reconnus par l'établissement.

Par exemple, un établissement peut regrouper toutes les dépenses relatives à l'administration, à la comptabilité, à l'hygiène et au transport au sein d'un seul service administratif. Pour une répartition plus précise de ces différents coûts, l'équipe de calcul des coûts peut séparer ces départements du département général de l'administration. Les coûts du département pour le personnel (par ex. administrateurs, comptables, nettoyeurs, chauffeurs) et d'autres éléments récurrents (par ex. produits de nettoyage, carburant et huile) peuvent alors être alloués aux autres départements en utilisant une approche plus ciblée que celle qui convient au département Administration. Cette séparation peut ajouter de la complexité à la collecte et à l'analyse des données, c'est pourquoi les équipes de calcul des coûts doivent d'abord en discuter le bien-fondé. Le TABLEAU 52 fournit trois exemples de cas, en utilisant leur nomenclature unique, de listes de départements standard et de leur classification en groupes de centres de coûts.

Étape III. Calculer le coût total de chaque intrant

Cette étape consiste à déterminer les éléments de coût qui seront inclus dans l'analyse des coûts, puis à mesurer le coût total de ces éléments à l'aide des données disponibles. Lors de l'évaluation des coûts pour le paiement au prestataire, il est essentiel de saisir tous les coûts qui sont pertinents pour la méthode de paiement ou qui peuvent être inclus dans l'horizon temporel de l'exercice de calcul des coûts. (Voir les étapes 2 et 8 plus haut dans le manuel pour une description des éléments de coût et des conseils sur la manière de calculer ou d'estimer leur coût). Les équipes de calcul des coûts doivent séparer les coûts totaux de l'établissement de santé en fonction des services d'hospitalisation,

de consultation externe et autres, afin que les coûts puissent être affectés et attribués aux bons départements. Étant donné le manque d'uniformité des unités de service associées à chaque type de soins aux patients, il est préférable d'effectuer la comptabilité analytique pour chaque type séparément. Cela signifie, par exemple, que la détermination des coûts totaux des établissements de santé uniquement pour les services aux patients hospitalisés permettra de calculer les coûts unitaires des sorties ou des journées-lits. De même, la détermination des coûts de l'établissement uniquement pour les services de consultation externe et les autres services (par ex. visites à la crèche, activités de promotion de la santé) permettra de calculer les coûts unitaires des visites à la crèche et des autres services. (Voir l'étape 9 plus haut dans le manuel pour des conseils sur l'analyse des coûts globaux de l'établissement dans ces catégories).

Étape IV. Affectation des coûts directs aux centres de coûts

Cette étape permet d'affecter les coûts directs aux services administratifs, aux services de soutien clinique et aux services cliniques sur base des données réelles relatives à l'utilisation de ces éléments de coût par chaque service. Les coûts directs sont ceux qui peuvent être directement attribués à un centre de coûts. Les éléments de coûts classés comme coûts directs peuvent varier d'un établissement à l'autre ou d'un pays à l'autre, en fonction des procédures comptables utilisées localement, de la sophistication des systèmes de données ou de la mesure dans laquelle les établissements budgétisent et suivent les dépenses par département. Les exemples typiques de coûts directs comprennent les salaires, les avantages sociaux, les médicaments et les fournitures médicales. Dans l'exemple du TABLEAU 53, les salaires, les avantages sociaux, les heures supplémentaires, le carburant et l'huile ainsi que les réactifs de laboratoire sont directement attribués aux services, mais les uniformes, l'électricité et les produits de nettoyage ne peuvent être directement attribués.

TABLEAU 53. Exemple d'affectation de coûts directs

ÉLÉMENT DE LIGNE	COÛT TOTAL	ADMINISTRATIF		SOUTIEN CLINIQUE		CLINIQUE	
		Admin.	Transport	Pharmacie	Lab	Médecine	Soins externes
Salaires	\$ 100,000	\$ 20,000	\$ 5,000	\$ 10,000	\$ 15,000	\$ 25,000	\$ 25,000
Avantages	\$ 20,000	\$ 0	\$ 0	\$ 3,000	\$ 4,000	\$ 5,000	\$ 8,000
Extra temps	\$ 55,000	\$ 12,000	\$ 3,000	\$ 8,000	\$ 8,000	\$ 12,000	\$ 12,000
Uniformes	\$ 20,000	–	–	–	–	–	–
Électricité	\$ 120,000	–	–	–	–	–	–
Carburant et huile	\$ 18,000	\$ 0	\$ 18,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Fournitures de nettoyage	\$ 9,000	–	–	–	–	–	–
Réactifs de laboratoire	\$ 60,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 60,000	\$ 0	\$ 0

Étape V. Spécifier les bases de répartition

Cette étape consiste à décider comment répartir les coûts qui ne peuvent pas être directement attribués. Il n'est pas possible d'attribuer directement certains coûts à des services spécifiques. Ces coûts sont considérés comme des coûts indirects, qui doivent être répartis sur la base d'une estimation de la part de chaque service dans le coût total de l'élément de coût. Les coûts indirects sont répartis en fonction d'une mesure indirecte d'utilisation des ressources d'un élément de coût par un service : une *base de répartition*.

À défaut d'une mesure directe de l'utilisation des ressources (et donc d'une connaissance du coût précis du service), les équipes de calcul des coûts doivent utiliser des techniques de répartition des coûts pour affecter d'abord les coûts indirects aux départements, puis les coûts totaux du département administratif et du département de soutien clinique aux départements cliniques afin de calculer les coûts unitaires des services du département clinique. Ils auront donc besoin de deux ou trois séries de bases de répartition,

même si les bases qu'ils choisiront pour ces séries se chevaucheront. La plupart des bases de répartition sont des mesures de volume, telles que le nombre de jours-lits ou de mètres carrés, mais d'autres approximations sont également utilisées.

Par exemple, le coût de l'électricité est un élément de coût indirect. Pour affecter les coûts d'électricité directement aux départements, il serait nécessaire de mesurer directement la consommation du département par des relevés électriques, en notant les kilowattheures utilisés. Il s'agirait probablement du moyen le plus précis de rattacher un coût d'électricité à un service. Toutefois, les établissements de santé ne disposent souvent pas de ces données détaillées sur la consommation d'électricité et, s'ils en disposent, les compteurs électriques peuvent enregistrer la consommation de plusieurs services situés au même endroit. Dans cet exemple, la consommation d'électricité devrait alors être considérée comme un coût indirect, nécessitant une mesure de substitution - la base de répartition - pour son affectation aux départements.

En ce qui concerne la consommation d'électricité, une base commune de répartition des coûts est la surface au sol (par exemple, les mètres carrés) de chaque département, qui est un indicateur de la consommation d'électricité. L'hypothèse est que les services qui occupent plus d'espace consomment également plus d'électricité. En d'autres termes, le coût de l'électricité varie proportionnellement à l'espace occupé par un service au sein d'un établissement. La base d'allocation des mètres carrés est une approximation de l'utilisation des ressources électriques par les départements et est utilisée pour répartir le coût de l'électricité.

Une *statistique de répartition* est le nombre réel dérivé de la base de répartition qui est utilisée pour répartir les coûts entre les services. Pour toute statistique de répartition, le dénominateur est la quantité totale de ressources (la valeur de la base) et le numérateur est la quantité de ressources consommées par un département. L'exemple suivant illustre la manière de calculer une statistique de répartition en utilisant la surface au sol comme base de répartition du coût de l'électricité.

CALCUL D'UNE STATISTIQUE DE RÉPARTITION

Numérateur =

Surface du service de médecine interne =

1 800 mètres carrés

Dénominateur =

Surface totale de l'établissement hospitalier =

10 000 mètres carrés

Par conséquent, $1\ 800 \div 10\ 000$ mètres carrés = 0,18 (ou 18 %). Si le coût total de l'électricité est de 35 000 \$, la part estimée du service de médecine interne en utilisant la surface comme mesure de substitution est de 18 % de 35 000 \$, soit 6 300 \$.

Le choix d'une base de répartition appropriée doit être guidé par la raison principale pour laquelle un coût particulier est encouru - son inducteur de coût. La base de répartition doit refléter la relation de cause à effet entre l'utilisation des ressources et le coût. Dans l'exemple ci-dessus, la surface au sol est un inducteur de coût pour le coût de l'électricité et la mesure des mètres carrés est l'indicateur de la consommation d'électricité du département.

La base de répartition est toujours une approximation de l'utilisation des ressources. L'utilisation de la surface au sol comme base de répartition ne tient pas compte de nuances telles que l'utilisation par un service d'équipements qui consomment plus d'énergie (par exemple, la radiologie) ou les services de consultation externe dont la surface au sol est importante mais qui consomment moins d'énergie en raison d'un nombre d'heures d'ouverture limité. Cependant, les données détaillées sur les coûts indirects sont rarement disponibles et l'installation de compteurs pour chaque service afin de mesurer la consommation d'électricité n'est généralement ni faisable ni rentable. Par conséquent, le choix d'une base de répartition appropriée pour répartir

les coûts indirects entre les départements est généralement l'approche privilégiée.

Bien qu'il n'existe pas de base de répartition parfaite pour allouer les coûts, les équipes de calcul des coûts doivent s'efforcer de choisir une base de répartition qui fournisse la meilleure estimation de l'utilisation des ressources par un département dans le contexte d'un pays donné. Une approche simple est toutefois préférable : les équipes de calcul des coûts doivent prendre en compte le compromis entre la mesure précise de l'utilisation des ressources et la faisabilité de la collecte des données. La base de répartition choisie peut varier en fonction de la disponibilité et de la qualité des données, ainsi que du contexte particulier du pays ou des établissements. Si les données sur l'utilisation des ressources ne sont pas disponibles ou fiables, les équipes d'évaluation des coûts peuvent consulter des experts locaux pour construire une base d'allocation. L'ENCADRÉ 18 présente des considérations relatives au choix et à la validation des bases d'allocation.

ENCADRÉ 18. Choix et validation des bases de répartition

CONSIDÉRATIONS POUR LE CHOIX DES BASES DE RÉPARTITION

- Contexte national
- Disponibilité des données
- Objectifs de l'exercice de calcul des coûts et niveau de détail requis
- Orientations tirées de la littérature sur le calcul des coûts
- Avis d'experts
- Nécessité de plus de précision pour les dépenses élevées
- Avantage potentiel de la collecte de données primaires sur une courte période pour des mesures directes afin d'obtenir des statistiques de répartition

VOIES DE VALIDATION DES BASES DE RÉPARTITION

- Effectuer une analyse de sensibilité en utilisant d'autres bases de répartition
- Vérifier la corrélation entre les statistiques de répartition et les coûts
- Valider par le biais d'un calcul des coûts ascendant
- Valider en consultant des experts
- Recouper avec les standards et les directives de traitement

Les équipes de calcul des coûts devraient discuter des bases de répartition avec les parties prenantes, car la répartition est souvent l'aspect le plus contesté de la comptabilité des coûts. Les parties prenantes perçoivent parfois les bases de répartition comme étant arbitraires ou fondées sur des hypothèses inexacts, et il vaut donc la peine de consacrer du temps à l'explication de la méthodologie et de la justification des hypothèses. Les décideurs politiques et les professionnels de l'évaluation des coûts devraient parvenir à un consensus sur les bases de répartition appropriées, et ces bases de répartition devraient être appliquées à tous les établissements. Une analyse de sensibilité est recommandée pour examiner dans quelle mesure les estimations des coûts unitaires changeraient si différentes bases de répartition étaient utilisées.

Étape VI. Répartition des coûts entre les centres de coûts

Les équipes de calcul des coûts peuvent répartir les coûts indirects et les coûts de département dans deux actions distinctes

ou répartir les coûts de département en incluant les coûts indirects dans une seule action. Dans ce dernier cas, tous les coûts indirects sont souvent attribués à un service administratif pour la répartition. Dans le premier cas, les coûts indirects sont affectés aux centres de coûts avant l'affectation des coûts au département. Le TABLEAU 54 dresse la liste des éléments de coûts indirects typiques et donne des exemples de différentes bases de répartition choisies pour les distribuer aux départements. Si la même base de répartition est utilisée pour plusieurs éléments de coûts indirects (par ex. la nourriture et le linge des patients), il est acceptable de répartir les éléments de coûts indirects ensemble.

Dans le TABLEAU 55, les repas des patients et l'électricité sont des coûts indirects qui sont alloués aux départements. Les mètres carrés sont utilisés pour répartir les coûts d'électricité entre les services.

Par exemple, les services de l'administration et de la pédiatrie occupent chacun 600 mètres carrés sur les 10000 mètres carrés que compte l'hôpital, soit 6 % de la superficie totale (6 % est donc la statistique de répartition). Sur les 220000 dollars que coûte l'électricité à l'hôpital, la part des services administratifs et pédiatriques est estimée à 6 % de 220 000 dollars chacun, soit 13200 dollars.

L'étape suivante - le cœur du processus de comptabilité des coûts - consiste à répartir les coûts entre les centres de coûts de niveau supérieur et les centres de coûts de niveau inférieur. Il s'agit généralement de répartir les coûts des soins moins directs aux patients (services administratifs) vers les soins plus directs aux patients (services cliniques). Cela ne signifie pas qu'un service est plus ou moins important ; cela signifie qu'il se situe plus haut dans la feuille de calcul de la comptabilité des coûts par paliers et qu'il est donc réparti en premier. Cette répartition est au cœur du processus de comptabilité

TABLEAU 54. Exemples de bases de répartition des coûts indirects

CATEGORIE DE COUT	ÉLEMENT DE COUT INDIRECT	BASE DE RÉPARTITION INDICATIVE
Personnel	• Taxes • Uniforme	• Coût salarial • Nombre du personnel clinique
Médicaments et fournitures médicales	• Médicaments	• Number of prescriptions
Utilitaires	• Électricité	• Superficie (mètres carrés)
Autres coûts récurrents	• Maintenance • Repas pour les patients • Produits de nettoyage • Linge • Fournitures de bureau • Téléphone	• Superficie (mètres carrés) • Jours-lits • Nombre du personnel • Nombre d'appareils téléphoniques
Capital	• Amortissement du bâtiment	• Superficie (mètres carrés)

Allocation Base

TABLEAU 55. Exemple de répartition des coûts indirects

DEPARTEMENT DE L'HOPITAL	COUT DE L'ALIMENTATION DES PATIENTS PAR JOUR-LIT			COUT DE L'ELECTRICITE PAR ESPACE (SUPERFICIE)		
	Jours	%	Répartition	m ²	%	Répartition
DEPARTEMENTS ADMINISTRATIFS						
Administration	0	0%	\$ --	600	6%	\$ 13,200
Transport	0	0%	\$ --	200	2%	\$ 4,400
Maintenance	0	0%	\$ --	300	3%	\$ 6,600
Hygiène				200	2%	\$ 4,400
Cuisine				200	2%	\$ 4,400
DEPARTEMENTS DE SOUTIEN CLINIQUE						
Pharmacie				500	5%	\$ 11,000
Laboratoires				300	3%	\$ 6,600
Radiographie				300	3%	\$ 6,600
Echographie				200	2%	\$ 4,400
Banque de sang				200	2%	\$ 4,400
Salle d'opération				700	7%	\$ 15,400
DEPARTEMENT CLINIQUE						
Urgences				300	3%	\$ 6,600
Chirurgie	30,000	30%	\$ 24,000	1,500	15%	\$ 33,000
USI	5,000	5%	\$ 4,000	1,000	10%	\$ 22,000
Médecine	14,000	14%	\$ 11,200	800	8%	\$ 17,600
GYN/OB	18,000	18%	\$ 14,400	1,200	12%	\$ 26,400
Pédiatrie	12,000	12%	\$ 9,600	600	6%	\$ 13,200
VIH/SIDA	5,000	5%	\$ 4,000	400	4%	\$ 8,800
TB	9,000	9%	\$ 7,200	500	5%	\$ 11,000
TOTAUX DE L'HOPITAL	100,000	100%	\$ 80,000	10,000	100%	\$ 220,000

$$\frac{600 \text{ m}^2}{10,000 \text{ m}^2} = 6\%$$

↓

$$6\% \times \$220,000 = \$13,200$$

Illustrative Allocation Base

Illustrative Allocation Base

des coûts car l'objectif est de calculer les coûts unitaires complets des services et ces coûts unitaires ont tendance à être contenus dans les services cliniques, qui servent les patients et les font sortir de l'hôpital.

Tout d'abord, les coûts des départements administratifs sont attribués aux départements de soutien clinique et aux départements cliniques. Comme pour la répartition des coûts indirects, une base de répartition est

choisie pour répartir ces coûts afin de refléter l'utilisation par les autres départements des ressources des départements administratifs. Par exemple, l'utilisation des effectifs (ou équivalents temps plein) comme base de répartition des coûts du service administratif reflète le temps nécessaire à ce service pour gérer le personnel des autres services de l'hôpital. Ainsi, le personnel est le principal inducteur de coûts du département administratif.

Le **TABLEAU 56** présente des exemples de bases de répartition utilisées pour affecter les coûts des services administratifs aux services de soutien clinique et aux services cliniques.

De nombreuses équipes de calcul des coûts répartissent également les coûts des départements de soutien clinique entre les départements cliniques et présentent ensuite les résultats des coûts unitaires avec et sans répartition

TABLEAU 56. Bases de répartition indicatives pour l'affectation des coûts des services administratifs

DÉPARTEMENT ADMINISTRATIF	BASE DE RÉPARTITION INDICATIVE	BASE DE RÉPARTITION ALTERNATIVE INDICATIVE
<i>Administration</i>	Personnel (nombre ou ETP)	
<i>Comptabilité</i>	Coûts directs	
<i>Admission</i>	Admissions / sorties	Minutes consacrées à l'admission du patient
<i>Sécurité</i>	Admissions / sorties	Coûts totaux
<i>Hygiène</i>	Mètres carrés	Heures de service
<i>Maintenance</i>	Mètres carrés	Nombre de bons de travail
<i>Blanchisserie</i>	Jour-lit	
<i>Nutrition</i>	Jour-lit	Poids (kilogrammes) ou nombre de pièces
<i>Transport</i>	Sorties	Kilométrage
<i>Dossiers médicaux</i>	Jour-lit	Heures enregistrées

des coûts des départements de soutien clinique. Les bases de répartition choisies pour les départements de soutien clinique doivent être la meilleure estimation de l'utilisation réelle des ressources de soutien par chaque département clinique. Pour mesurer l'utilisation des ressources, les équipes de calcul des coûts recueillent généralement des données sur l'utilisation des services de soutien clinique au cours d'une période d'échantillonnage.

Par exemple, les dossiers des départements de laboratoire peuvent répertorier les patients qui ont eu recours aux services de laboratoire, les types de tests effectués et les départements dans lesquels ces patients ont été admis.

Un simple décompte permettrait d'obtenir le nombre d'examen réalisés par chaque service, et donc une mesure de base de l'utilisation du laboratoire par chaque service clinique. Les coûts totaux du département de laboratoire (directs + indirects + coûts attribués aux départements administratifs) seraient ensuite répartis entre les départements cliniques sur la base de l'utilisation des services de laboratoire par ces départements, représentée par la part du volume total d'analyses.

Cette méthode est toutefois limitée dans la mesure où elle donne le même poids à tous les tests. Les différences de coût des fournitures pour les tests ou les différences de coût du personnel par

rapport au temps de travail ou au niveau de compétence requis pour certains tests ne sont pas prises en compte dans une répartition basée sur le volume total. Ainsi, en fonction des exigences de précision et de l'évaluation de la disponibilité des données, une analyse plus nuancée pourrait inclure des mesures départementales par type de test. Pour les établissements qui ne disposent pas de données sur les services où les tests ont été commandés, les équipes de calcul des coûts peuvent consulter le chef du service de laboratoire ou d'autres experts pour déterminer l'utilisation estimée. Le **TABLEAU 57** présente des exemples de bases d'allocation pour

TABLEAU 57. Bases de répartition indicatives pour la répartition des coûts des départements d'appui clinique

DÉPARTEMENT DE SOUTIEN CLINIQUE	BASE DE RÉPARTITION INDICATIVE	BASE DE RÉPARTITION ALTERNATIVE INDICATIVE
<i>Pharmacie</i>	Prescriptions	Jour-lit
<i>Laboratoire</i>	Tests	
<i>Banque de sang</i>	Unités de sang	
<i>Radiologie</i>	Examens/scans	
<i>Salle d'opération</i>	Nombre de chirurgies	Minutes de chirurgie
<i>Urgence</i>	Sorties	
<i>Pathologie</i>	Décès	

TABEAU 58. Bases de répartition des exemples de cas

EXEMPLE DE CAS	BASES DE RÉPARTITION		
	Coût indirect	Coût du département administratif	Coût du département d'appui clinique
DRG des Républiques d'Asie centrale	<ul style="list-style-type: none"> • Coût des utilitaires par mètre carré • Repas des malades par jours-lits • Coût du téléphone par nombre de postes téléphoniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Administration par le nombre de personnel • Comptabilité par les salaires • Sécurité par le coût total des services • Pharmacie par le coût des médicaments • Blanchisserie par jours-lits • Cuisine par jours-lits 	<ul style="list-style-type: none"> • Salle d'opération par nombre de chirurgies • Radiographie par nombre de radiographies • Laboratoire par nombre de tests de laboratoire • Endoscopie par nombre de procédures • Admission par nombre de sorties
Hôpital MNHA	<ul style="list-style-type: none"> • Coût de l'électricité par mètre carré • Coût de l'eau par mètre carré • Coût du téléphone par nombre de lignes téléphoniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyage/assainissement par surface au sol • Blanchisserie par poids • Cuisine/Diététique par charge de travail • Physiothérapie, ergothérapie, Optométrie, travail social, et travail d'éducation à la santé & Services de conseil par charge de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie par stock alloué • Rayons X par le nombre de rayons X/procédures • Laboratoire par nombre de tests de laboratoire
Hôpital PHFI	<ul style="list-style-type: none"> • Coût de l'électricité par mètre carré • Coût de l'eau par mètre carré • Coût du téléphone, de l'Internet, des frais de bureau, de l'impression et papeterie par nombre de personnes 	<ul style="list-style-type: none"> • Administration par nombre d'employés • Administration des soins infirmiers par nombre de personnel infirmier • Cuisine par nombre de repas servis • Blanchisserie par nombre de pièces lavées • Stérilisation centrale par le nombre d'articles stérilisés • Dossiers médicaux par nombre d'admissions • Transport : distance totale parcourue • Nettoyage/assainissement par surface au sol 	<ul style="list-style-type: none"> • Les données relatives à l'utilisation des ressources n'étant pas disponibles pour plusieurs départements de soutien clinique, il n'a pas été possible de répartir ces coûts entre les départements cliniques.
Soins Primaires au Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet (répartition dans le cadre d'une action avec départements) 	<ul style="list-style-type: none"> • En fonction du département, soit les mètres carrés, soit le nombre d'employés sont pris en compte.) 	<ul style="list-style-type: none"> • X-Ray par nombre de radiographies • Laboratoire par nombre de tests de laboratoire • Pharmacie par nombre de d'ordonnances

Les équipes de calcul des coûts peuvent répartir les coûts d'un service en utilisant une base de répartition unique ou en répartissant les différents postes de coûts selon des bases différentes. Par exemple, si le coût total du département de pharmacie comprend les salaires et traitements du personnel et le coût des médicaments, il est possible d'utiliser une base de répartition différente pour répartir le coût des médicaments que pour répartir les salaires et traitements du personnel et le coût des médicaments. Il serait possible d'utiliser une base de répartition différente pour répartir le coût des médicaments et pour répartir les salaires et traitements du personnel du département entre les départements cliniques. Le personnel pourrait passer une grande partie de son temps à remplir des ordonnances à faible coût. Dans ce cas, l'utilisation du nombre de prescriptions par service comme base de répartition pourrait être appropriée pour répartir les salaires et traitement du personnel, mais pas pour répartir le coût des médicaments. Un échantillon de registres de consommation de médicaments par département lié aux prix unitaires des médicaments pourrait être un meilleur choix pour construire des statistiques de répartition pour la partie du coût des médicaments. Par souci de simplicité, la plupart des équipes de calcul des coûts choisissent une seule base de répartition pour ventiler les coûts du département, en utilisant généralement une mesure du volume ; cependant, dans certains cas, l'option la plus détaillée peut être préférable.

Le **TABEAU 58** énumère les bases de répartition utilisées dans les exemples de cas pour attribuer les coûts indirects et les coûts des départements.

La méthode descendante de comptabilité des coûts permet d'obtenir le coût total par département clinique après avoir réparti les coûts des départements d'administration et de soutien clinique entre les départements cliniques. L'ordre des départements est important dans le modèle hiérarchique, car les coûts y circulent du haut vers le bas. Les équipes de calcul des coûts doivent placer en tête de liste les départements qui fournissent le plus de services aux autres départements de l'hôpital, étant donné que les coûts sont répartis de manière descendante.

Le département de l'administration vient généralement en premier parce qu'il est au service de tous les autres départements de l'hôpital. Le département de l'hygiène fournit des services de nettoyage à la pharmacie mais ne reçoit pas de médicaments en retour, il devrait donc apparaître au-dessus de la pharmacie dans la liste. Le département de l'hygiène fournit également des services au département de l'administration, mais cela ne peut pas être pris en compte dans le modèle descendant car il n'y a pas de flux de ressources dans les deux sens. (D'autres méthodes de comptabilité des coûts peuvent prendre en compte cette répartition réciproque des coûts, mais elles sont complexes et dépassent le cadre de ce manuel). Cette inexactitude serait de toute façon de faible ampleur, car tous les coûts du département d'hygiène sont finalement alloués aux départements cliniques. Les départements cliniques devraient être listés après les départements administratifs et de soutien clinique parce qu'ils produisent les unités finales de service. Leur ordre n'a pas d'importance car ils ne reçoivent des ressources que de tous les autres départements, de sorte que leurs coûts ne seront pas attribués à d'autres départements.

Le processus par étapes est illustré dans le **TABEAU 59**. Les modèles figurant dans la boîte à outils sur la clé USB d'accompagnement montrent les formules et aident à expliquer le processus. Par exemple, le coût du département de l'administration (132141 \$) est réparti entre les autres départements en utilisant le nombre d'employés de chaque département comme base de répartition. Le nombre d'employés de chaque département est divisé par le nombre total d'employés de l'hôpital pour obtenir une part de département, qui est la statistique de répartition. Par exemple, la statistique de répartition pour le service des transports est de 0,014830508 (environ 1,5 %), calculée en divisant les 3,5 employés du service des transports par les 236 employés de l'hôpital.

Les équipes de calcul des coûts doivent éviter d'utiliser la fonction d'arrondi de Microsoft Excel, car le coût total ne sera pas réparti et la statistique de répartition ne sera donc pas égale à 0,015. Bien que l'hôpital compte en réalité 250 employés, les 14 employés du service administratif sont soustraits du total car les ressources de ce service doivent être exclues du calcul des statistiques de répartition. Ainsi, le département Transport reçoit environ 1960\$ du coût du département Administratif, soit $(3,5 \div 236) \times 132141$ \$.

Le processus par palier se poursuit tel qu'illustré au **TABEAU 60**. Le coût total du service des transports est de 42691\$, ce qui comprend le coût du service de 40731 \$ plus les 1960 \$ alloués au département des transports par le département de l'administration. Le coût du département Transport est réparti entre les autres départements en utilisant comme base de répartition le nombre de sorties de chaque département. Le nombre de sorties de chaque département est divisé par le nombre total de sorties de l'hôpital pour obtenir la statistique de répartition du département. Par exemple, la statistique de répartition du département de maintenance est de 0 (ou 0 %), calculée en divisant les 0 sorties de maintenance par les 16000 sorties totales de l'hôpital (moins les 0 sorties du département d'administration et les 0 sorties du département de transport). Ainsi, le département de maintenance reçoit 0 \$ du coût du département de transport, soit $(0 \div 16\ 000) \times 42\ 691$ \$. Le processus de réduction par palier se poursuit ensuite pour le reste des services d'administration et de soutien clinique.

DEPARTEMENT DE L'HOPITAL	STATISTIQUES DE REPARTITION		COUT DU DEPARTEMENT			REPARTITION DU DEPARTEMENT ADMINISTRATIF	
	Personnel	Sorties	Direct	Indirect	Total	Administration	Transport
TOTAUX DES HOPITAUX	250.00	16,000	\$ 1,000,000	\$ 800,000	\$1,800,000	\$ 132,141	
Administration	14.00	0	\$ 112,006	\$ 20,134	\$ 132,141	\$ 236.00	\$ 42,691
Transport	3.50	0	\$ 38,913	\$ 1,819	\$ 40,731	\$ 1,960	\$ 16,000
Maintenance	4.50	0	\$ 9,586	\$ 14,343	\$ 23,929	\$ 2,520	\$ --
Hygiène	23.00	0					
Cuisine	5.00	0					
Pharmacie	8.50	0					
Laboratoires	13.00	0					
Rayons X	6.00	0	\$ 9,858	\$ 14,887	\$ 24,745	\$ 3,360	\$ --
Echographie	2.50	0	\$ 5,179	\$ 2,516	\$ 7,695	\$ 1,400	\$ --
Banque de sang	4.50	0	\$ 9,892	\$ 8,120	\$ 18,012	\$ 2,520	\$ --
Salle d'opération	17.00	0	\$ 52,177	\$ 71,078	\$ 123,254	\$ 9,519	\$ --
Urgences	13.00	1,900	\$ 54,435	\$ 102,271	\$ 156,706	\$ 7,279	\$ 5,070
Chirurgie	23.00	3,300	\$ 77,360	\$ 114,988	\$ 192,349	\$ 12,878	\$ 8,805
USI	18.50	900	\$ 54,611	\$ 95,234	\$ 149,844	\$ 10,358	\$ 2,401
Médecine	21.50	3,000	\$ 49,838	\$ 60,753	\$ 110,592	\$ 12,038	\$ 8,005
GYN/OB	24.00	3,700	\$ 92,117	\$ 88,447	\$ 180,564	\$ 13,438	\$ 9,872
Pédiatrie	22.50	2,400	\$ 61,784	\$ 88,120	\$ 149,905	\$ 12,598	\$ 6,404
VIH/SIDA	13.50	300	\$ 94,856	\$ 43,646	\$ 138,501	\$ 7,559	\$ 800
TB	12.50	500	\$ 85,492	\$ 22,016	\$ 107,508	\$ 6,999	\$ 1,334

$$\$1,960 = \frac{3.50}{236.00} \times \$132,141$$

TABEAU 60. Exemple de processus de comptabilité des coûts par palier (phase 2)

DEPARTEMENT DE L'HOPITAL	STATISTIQUES DE REPARTITION		COUT DU DEPARTEMENT			REPARTITION DU DEPARTEMENT ADMINISTRATIF	
	Personnel	Sorties	Direct	Indirect	Total	Administration	Transport
TOTAUX DES HOPITAUX	250.00	16,000	\$ 1,000,000	\$ 800,000	\$1,800,000	\$ 132,141	
Administration	14.00	0	\$ 112,006	\$ 20,134	\$ 132,141	\$ 236.00	\$ 42,691
Transport	3.50	0	\$ 38,913	\$ 1,819	\$ 40,731	\$ 1,960	\$ 16,000
Maintenance	4.50	0	\$ 9,586	\$ 14,343	\$ 23,929	\$ 2,520	\$ --
Hygiène	23.00	0	\$ 18,386	\$ 8,633	\$ 27,019	\$ 12,878	\$ --
Cuisine	5.00	0	\$ 6,798	\$ 2,295	\$ 9,093	\$ 2,800	\$ --
Pharmacie	8.50	0	\$ 94,970				
Laboratoires	13.00	0	\$ 71,743				
Rayons X	6.00	0	\$ 9,858				
Echographie	2.50	0	\$ 5,179				
Banque de sang	4.50	0	\$ 9,892	\$ 8,120	\$ 18,012	\$ 2,520	\$ --
Salle d'opération	17.00	0	\$ 52,177	\$ 71,078	\$ 123,254	\$ 9,519	\$ --
Urgences	13.00	1,900	\$ 54,435	\$ 102,271	\$ 156,706	\$ 7,279	\$ 5,070
Chirurgie	23.00	3,300	\$ 77,360	\$ 114,988	\$ 192,349	\$ 12,878	\$ 8,805
USI	18.50	900	\$ 54,611	\$ 95,234	\$ 149,844	\$ 10,358	\$ 2,401
Médecine	21.50	3,000	\$ 49,838	\$ 60,753	\$ 110,592	\$ 12,038	\$ 8,005
GYN/OB	24.00	3,700	\$ 92,117	\$ 88,447	\$ 180,564	\$ 13,438	\$ 9,872
Pédiatrie	22.50	2,400	\$ 61,784	\$ 88,120	\$ 149,905	\$ 12,598	\$ 6,404
VIH/SIDA	13.50	300	\$ 94,856	\$ 43,646	\$ 138,501	\$ 7,559	\$ 800
TB	12.50	500	\$ 85,492	\$ 22,016	\$ 107,508	\$ 6,999	\$ 1,334

$$\$0 = \frac{0}{16,000} \times \$42,691$$

Étape VII. Calcul et vérification croisée des coûts unitaires

La dernière étape est le calcul des coûts unitaires. Une fois le processus par palier terminé, le coût total de chaque service clinique comprendra les coûts directs et indirects attribués à l'origine à ces départements, ainsi que les coûts attribués aux départements d'administration et de soutien clinique. Le coût unitaire du département est calculé en divisant le coût total de chaque département clinique par ses unités de service.

Dans le TABLEAU 61, le coût total du département de médecine interne est de 185398 \$. Le coût unitaire du service de médecine interne est de 24 \$ par jour-lit, ce qui se calcule en divisant 185 398 \$ par les 7677 jours-lits du service.

Les coûts unitaires intermédiaires sont calculés en divisant le coût total de chaque département de soutien clinique par ses unités de service avant la répartition du coût des départements de soutien clinique entre les départements cliniques. Le résultat pourrait donc être le coût par ordonnance, par test de laboratoire, par minute de chirurgie, etc.

L'équipe de calcul des coûts doit effectuer un contrôle croisé pour confirmer que les coûts totaux des départements cliniques sont égaux aux coûts totaux de tous les départements de l'établissement avant la répartition. Cela permet de s'assurer que tous les coûts ont été pris en compte et qu'il n'y a pas eu de double comptage. S'il existe un écart entre le total de départ et le total final, il sera nécessaire de reprendre les calculs par étapes et d'identifier l'endroit où l'erreur s'est produite.

TABLEAU 61. Calcul du coût unitaire indicatif

DEPARTEMENT DE L'HOPITAL	COUT TOTAL DU DEPARTEMENT	COUTS UNITAIRES			
		Sorties	Coût par sortie	Jours-lits	Coût par Jour-lit
Urgences	\$ 225,519	1,095	\$ 206	3,844	\$ 59
Chirurgie	\$ 356,715	2,027	\$ 176	15,457	\$ 23
USI	\$ 210,517	472	\$ 446	2,630	\$ 80
Médecine	\$ 185,398	1,598	\$ 116	7,677	\$ 24
GYN/OB	\$ 316,424	2,615	\$ 121	12,130	\$ 26
Pédiatrie	\$ 202,460	1,966	\$ 103	8,155	\$ 25
VIH/SIDA	\$ 170,137	274	\$ 621	4,531	\$ 38
TB	\$ 132,830	560	\$ 237	10,779	\$ 12
TOTAUX DE L'HOPITAL	\$ 1,800,000	10,607	\$ 170	63,552	\$ 28

COUT UNITAIRE DE LA MEDECINE INTERNE

=

COUT TOTAL DU DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE

÷

TOTAL DES JOURS-LITS EN MEDECINE INTERNE

LES OUTILS ET MODÈLES figurant sur la clé USB d'accompagnement sont destinés à être utilisés par les pays lorsqu'ils élaborent leur propre exercice d'évaluation des coûts. Ils doivent être adaptés au contexte spécifique du pays plutôt que d'être utilisés tels quels. Les fichiers sont également disponibles à l'adresse suivante www.jointlearningnetwork.org.

OUTIL 3. FORMULAIRES DE DEMANDE DE DONNÉES

OUTIL 1. EXEMPLES DE FORMULAIRES ET DE MODELES

FICHER	RÉFÉRENCE DANS LE MANUEL	DESCRIPTION
1A	–	Modèle d'ordre du jour pour une session de planification et de conception participatives
1B	Tableau 9	Modèle d'inclusion et d'exclusion de la portée
1C	Tableau 25	Modèle de formulaire de suivi des données
1D	Tableau 30	Modèle de matrice de variabilité
1E	Tableau 37	Modèle de mesure du temps du personnel
1F	Tableau 38	Modèle d'inventaire des biens immeubles

OUTIL 2. TERMES DE RÉFÉRENCE

FICHER	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
2A	Inde	Calcul des coûts dans le Chhattisgarh	Termes de référence pour le consultant chargé d'apporter un soutien technique au gouvernement du Chhattisgarh dans le calcul des coûts des procédures des hôpitaux et dans l'élaboration de prix forfaitaires pour le régime d'assurance maladie de l'État.
2B	Inde	Calcul des coûts dans le Karnataka	Termes de référence pour le consultant chargé d'apporter un soutien technique au gouvernement du Karnataka dans l'établissement des coûts des procédures des hôpitaux et l'élaboration de prix forfaitaires pour le régime d'assurance maladie de l'État.
2C	Vietnam	Soins Primaires au Vietnam	Termes de référence pour le consultant chargé d'apporter un soutien technique au MdS vietnamien dans la conception et la mise en œuvre d'un exercice de calcul des coûts pour les services de soins primaires fournis dans les hôpitaux de district et les postes de santé communaux.

OUTIL 3. FORMULAIRES DE DEMANDE DE DONNÉES

FICHER	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
3A	Cambodge	Hôpital du Cambodge	Demande de données adressée aux enquêteurs de l'exercice de calcul des coûts, spécifiant l'élément de données nécessaire, la DESCRIPTION des données et la période de temps.
3B	Inde	Hôpital PHFI	Demande de données de haut niveau concernant les dépenses et les données de production pour l'établissement des coûts par palier.

OUTIL 4 : INSTRUMENTS DE CALCUL DES COÛTS

FICHER	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
4A	Inde	Hôpital Aarogyasri	Modèles de collecte de données pour l'évaluation descendante et ascendante des coûts avec des sections pour les catégories de coûts, les départements, les patients, le personnel et les finances de l'établissement.
4B	Inde	Hôpital PHFI	Modèles de collecte de données pour l'évaluation descendante des coûts avec des sections pour la catégorie de coûts et le centre de coûts
4C	Indonésie	Établissement de Santé d'Indonésie	Instrument de calcul des coûts pour les hôpitaux avec des sections sur le profil de l'établissement, le laboratoire et la radiologie
4D	Indonésie	Établissement de Santé d'Indonésie	Instrument de calcul des coûts pour les hôpitaux avec des sections sur le profil de l'établissement, les flux financiers et les revenus, les dépenses, l'utilisation, les ressources humaines, les médicaments et les fournitures médicales, l'équipement, l'infrastructure, l'enquête sur les patients et l'enquête sur les médicaments.
4E	Indonésie	Établissement de Santé d'Indonésie	Instrument de calcul des coûts pour les centres de santé avec des sections sur le profil de l'établissement les flux financiers, les dépenses, l'utilisation, les ressources humaines, les médicaments et les fournitures médicales, l'équipement et l'infrastructure.
4F	Indonésie	Établissement de Santé d'Indonésie	Instrument de calcul des coûts pour les bureaux de santé de district avec des sections sur le profil de l'établissement, les dépenses, les ressources humaines, l'équipement et l'infrastructure.
4G	Malaisie	DRG de Malaisie	Modèles de collecte de données pour le calcul descendant des coûts avec des sections pour les catégories de coûts, les statistiques de répartition et l'utilisation.
4H	Malaisie	Hôpital MNHA	Modèles de collecte de données pour l'évaluation descendante des coûts à compléter par catégories de personnel et par départements
4I	Vietnam	Soins Primaires au Vietnam	Modèles de collecte de données pour l'évaluation descendante des coûts des postes de santé communaux, avec des sections sur le profil de l'établissement, l'utilisation, les revenus et les catégories de coûts.
4J	Vietnam	Soins Primaires au Vietnam	Modèles de collecte de données pour l'évaluation descendante des coûts des hôpitaux de district avec des sections sur le profil de l'établissement, l'utilisation, les recettes et les catégories de coûts.

OUTIL 5. DIAGRAMMES DE FLUX DE DONNÉES

FICHER	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
5A	Indonésie	Établissement de santé d'Indonésie	Diagramme du flux de données par poste et par activité
5B	Malaisie	DRG de Malaisie	Diagramme du flux de données par activité

OUTIL 6. TABLEAUX FICTIFS

file	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
6A	Républiques d'Asie centrale	DRG des Républiques d'Asie centrale	Tableau fictif avec des sections pour l'utilisation et les dépenses du département
6B	Philippines	Taux de cas PhilHealth	Tableau fictif comportant des sections pour le profil et l'utilisation de l'installation, les statistiques de répartition et les coûts par centre de coûts
6C	Vietnam	Soins Primaires au Vietnam	Tableau fictif avec des sections sur les coûts unitaires, la structure des coûts et les frais.
6D	Vietnam	Soins Primaires au Vietnam	Tableau fictif pour la comptabilité des coûts par palier avec des sections sur les coûts unitaires, la structure des coûts et les frais.

OUTIL 7. ORIENTATIONS D'ASSURANCE QUALITE

FICHER	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
7A	Indonésie	Établissement de Santé d'Indonésie	Instructions et outil détaillé pour le contrôle ponctuel de la collecte de données par les enquêteurs dans les hôpitaux
7B	Indonésie	Établissement de Santé d'Indonésie	Instructions et outil détaillé pour la vérification ponctuelle de la collecte de données par les enquêteurs dans les centres de santé
7C	Indonésie	Établissement de Santé d'Indonésie	Instructions et outil détaillé pour la vérification ponctuelle de la collecte de données par les enquêteurs dans les agences de santé

OUTIL 8. MANUELS DE FORMATION

FICHER	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
8A	Inde	Hôpital Aarogyasri	Manuel décrivant le plan d'action, les rôles et les responsabilités, ainsi que les instructions relatives aux outils de saisie des données, à l'analyse et à la vérification des données, et à l'allocation par paliers.
8B	Indonésie	Établissement de Santé d'Indonésie	Manuel décrivant le calendrier de collecte des données, les enquêtes et les directives pour remplir les instruments par thème et par type d'établissement.
8C	Malaisie	DRG de Malaisie	Manuel décrivant les besoins et les procédures de collecte de données par centre de coûts, y compris des exemples de tableaux de collecte de données

OUTIL 9. MODÈLES DE CALCUL DES COÛTS

FICHER	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
9A	Tous	JLN	Modèle de comptabilité des coûts par paliers avec instructions d'utilisation développé par la JLN Coûts collaboratifs
9B	Cambodge	Hôpital du Cambodge	Exemple de modèle par palier pour l'estimation des coûts unitaires finaux et la description de la structure des coûts et des sources de financement
9C	Républiques d'Asie centrale	DRG des Républiques d'Asie centrale	Exemple d'un modèle par palier complété pour l'estimation du coût par cas et du coût par jour-lit et pour le calcul des coefficients de pondération relatifs
9D	Inde	Hôpital Aarogyasri	Modèle par palier aboutissant à un coût par admission, visite externe et intervention chirurgicale, ainsi qu'à un coût par minute pour chacun d'entre eux.
9E	Inde	Hôpital Aarogyasri	Exemple de modèle par paliers complété
9F	Inde	Hôpital PHFI	Modèle de micro-évaluation des coûts pour les procédures chirurgicales, permettant d'obtenir des coûts par catégorie de coûts ainsi que des informations sur le rapport entre les coûts et les frais.
9G	Malaisie	COMPHEC Malaisie	Modèle de calcul détaillé des coûts des procédures médicales, y compris les ajustements de l'inflation pour le calcul des coûts prospectifs Modèle de calcul détaillé des coûts des procédures médicales, y compris les ajustements de l'inflation pour le calcul des coûts prospectifs
9H	Vietnam	Soins Primaires au Vietnam	Modèle par palier pour les hôpitaux de district, aboutissant à des résultats intermédiaires et finaux pour les centres de coûts

OUTIL 10. ANALYSE DE SIMULATION

FICHER	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
10A	Cambodge	Hôpital du Cambodge	Modèle de calcul des taux de base en fonction des intrants et des sources de financement pour plusieurs hôpitaux
10B	Cambodge	Hôpital du Cambodge	Exemple d'analyse de simulation achevée calculant les taux de base en fonction des intrants et des sources de financement pour plusieurs hôpitaux

OUTIL 11. RAPPORTS SUR L'EXERCICE DE CALCUL

FICHER	PAYS	EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS	DESCRIPTION
11A	Cambodge	Hôpital du Cambodge	Rapport final présentant la méthodologie et les résultats de l'évaluation descendante des coûts des services hospitaliers au Cambodge
11B	Inde	Hôpital PHFI	Article publié par BMJ Open présentant la méthodologie de calcul des coûts et les résultats du micro- calcul des coûts des procédures chirurgicales en Inde
11C	Inde	Hôpital PHFI	Article de journal publié par PLoS One présentant la méthodologie de calcul des coûts et les résultats des coûts unitaires des hôpitaux en Inde
11D	Indonésie	Établissement de Santé d'Indonésie	Rapport final présentant la méthodologie et les résultats de la méthode mixte d'évaluation des coûts des services de santé dans les hôpitaux et les centres de santé en Indonésie
11E	Vietnam	Soins Primaires au Vietnam	Article publié par « Santé Publique Mondiale » présentant les résultats de l'évaluation des coûts des visites de soins primaires dans les postes de santé communaux au Vietnam.

GLOSSAIRE

COÛT ABSOLU. Un résultat de coût ponctuel qui saisit le coût de production d'un bien ou d'un service, d'exécution d'une activité ou de réalisation d'un objectif en unités monétaires.

PRIX ABSOLU. Prix payé pour un bien ou un service en unités monétaires, sans ajustement pour l'inflation ou les fluctuations de prix dans le temps. Également appelé prix nominal.

“COÛT RÉEL.” Voir « *vrai coût* ».

COEFFICIENT D'AJUSTEMENT. Coefficient (entre 0,0 et 1,0) appliqué au taux de base pour ajuster le paiement au coût de la satisfaction des besoins en services de santé de différents groupes de population ou aux différences de coûts légitimes liées aux caractéristiques spécifiques du prestataire (par ex. le fait d'être situé dans une zone rurale ou éloignée ou de servir d'établissement d'enseignement).

BASE DE RÉPARTITION. Règle (ou base) utilisée pour répartir les coûts indirects entre les centres de coûts. La base de répartition est une estimation des ressources utilisées par un centre de coûts et est utilisée pour répartir le coût de ces ressources, qui ne peuvent pas être directement affectées. La base de répartition est généralement une cause, ou un facteur, du coût à répartir.

STATISTIQUES DE RÉPARTITION. Les données nécessaires à l'application de la base de répartition pour répartir les coûts indirects entre les centres de coûts.

COÛT MOYEN.. Voir calcul des coûts descendant.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR. Le nombre moyen de jours-lits (jours d'hospitalisation) pour chaque patient sortant de l'hôpital. La durée moyenne de séjour peut être calculée pour l'ensemble d'un établissement, d'un service ou d'une classification par groupe de diagnostic.

TAUX DE BASE. Le taux de paiement moyen versé par l'acheteur au prestataire par unité de service, paquet de services ou personne inscrite.

JOUR-LIT. Journée au cours de laquelle un patient passe la nuit à l'hôpital. On parle également de journée d'hospitalisation ou de journée du patient.

RÉPARTITION DE JOURS-LITS. Méthode de répartition généralement utilisée dans le cadre de l'établissement des coûts ascendants, dans laquelle les coûts indirects sont répartis uniformément entre tous les jours-lits, quel que soit le service de santé.

REPÈRES. Le processus consistant à établir une norme de performance parmi les prestataires de soins de santé et à comparer la performance de chaque prestataire à cette norme.

CALCUL DES COÛTS ASCENDANT. Méthode de calcul des coûts qui détermine le coût unitaire de la production d'un bien ou d'un service, de l'exécution d'une activité ou de la réalisation d'un objectif en additionnant le coût de tous les intrants. Dans l'évaluation des coûts des services de santé, cette méthode est utilisée pour estimer

le coût de la prestation d'un service étroitement défini ou du traitement d'un type de patient. Cette méthode vise à déterminer aussi précisément que possible le coût observé d'un service ou d'un patient en mesurant directement l'utilisation des ressources.

SYSTÈME DE PAIEMENT NEUTRE BUDGÉTAIREMENT. Un système de paiement qui calibre les taux de paiement de manière à ce que les paiements totaux aux prestataires (après application des pondérations et/ou ajustements) soient inférieurs ou égaux au budget total de l'acheteur.

PAIEMENTS GROUPÉS DE SERVICES. L'attribution d'un paiement fixe à un prestataire de soins de santé pour couvrir tous les services, tests et procédures regroupés dans une unité agrégée plus élevée (par ex. un paquet de services ou une sortie d'hôpital) plutôt que le paiement de chaque service particulier.

COÛT DU CAPITAL. Le coût des actifs (tels que les bâtiments, l'équipement médical et l'équipement non médical) qui ont une durée de vie d'un an ou plus et qui dépassent généralement un certain seuil de coût. Le coût des biens d'équipement (y compris les bâtiments ou équipements nouvellement développés ou acquis) est déterminé en estimant leur amortissement.

CAPITATION. Voir paiement au prestataire par tête.

PAIEMENT DES PRESTATAIRES BASÉ SUR LE CAS. Méthode de paiement des hôpitaux qui consiste à verser aux hôpitaux un montant fixe par admission ou sortie en fonction du patient et des caractéristiques cliniques, qui peuvent inclure le service d'admission, le diagnostic et d'autres facteurs. Le taux de paiement couvre tous les tests, procédures et autres services fournis pendant le séjour à l'hôpital.

CAS MIXTE. La complexité relative moyenne et l'intensité des ressources des services nécessaires pour diagnostiquer et traiter les patients dans un hôpital en fonction du diagnostic, de la gravité de la maladie et des caractéristiques personnelles telles que l'âge.

CALCUL DES COÛTS DES PROCÉDURES DE SOINS CLINIQUES. Voir coût normatif.

ÉCHANTILLONNAGE EN GRAPPE. Méthode d'échantillonnage dans laquelle la population totale est divisée en groupes (ou grappes) relativement homogènes, puis un échantillon aléatoire de ces grappes est sélectionné. L'objectif est de saisir la majeure partie de la variation de la population au sein des groupes, et non entre eux.

COÛT. La valeur des ressources (intrants), exprimée en termes monétaires, utilisée pour produire un bien ou un service, réaliser une activité ou atteindre un objectif.

MÉTHODES DE COMPTABILITÉ DES COÛTS. Méthodes qui utilisent les principes comptables pour classer et mesurer tous les coûts encourus pour produire un bien ou un service, réaliser une activité ou atteindre un objectif.

CATÉGORIE DE COÛT. Un regroupement d'éléments de coûts similaires dans une catégorie pertinente (par exemple, les coûts de personnel, les coûts des médicaments et des fournitures médicales) sur la base de leurs qualités communes. Les catégories de coûts correspondent généralement aux catégories budgétaires utilisées pour la comotabilité et les rapports.

CENTRE DE COÛTS. Unité ou entité organisationnelle ou de gestion bien définie pour laquelle les coûts sont accumulés et à laquelle les coûts directs sont affectés et les coûts indirects sont imputés.

INDUCTEUR DE COÛT. Un facteur qui cause ou influence un changement dans le coût d'une activité ou d'un processus. L'inducteur décrit le comportement du coût de l'activité ou du processus.

ÉLÉMENT DE COÛT. Un intrant, ou une ressource, auquel des coûts sont attachés. Les éléments de coût comprennent à la fois les éléments du capital et les éléments récurrents.

OBJET DE COÛT. Un élément ou une entité dont le coût est recherché (par exemple, un patient, un service, un département/spécialité ou une organisation). Également appelé objectif de coût.

EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS. An exercise to estimate the value of resources used to produce a good or service, carry out an activity, or achieve a goal.

DIAGRAMME DE FLUX DE DONNÉES. Dans un exercice de calcul des coûts, une image du mouvement des données entre les acteurs (par exemple, les enquêteurs, les responsables du traitement des données, les vérificateurs de données, les analystes) qui note les actions entreprises par chacun pour transformer les données d'entrée en résultats de sortie.

PÉRIODE DE DONNÉES. La période de temps pour laquelle l'utilisation et les coûts sont mesurés et évalués dans le cadre d'un exercice de calcul des coûts.

AMORTISSEMENT. Le montant par lequel la valeur d'un actif diminue continuellement au fil du temps en raison de son utilisation. L'amortissement répartit le coût d'une immobilisation sur la durée de sa vie utile afin de déterminer la part de sa valeur qui a été utilisée.

CALCUL DÉTAILLÉ DES COÛTS. Voir coûts ascendants.

GROUPE DE DIAGNOSTIC (DRG). Classification des types de cas hospitaliers en groupes qui sont cliniquement similaires et dont on attend une utilisation similaire des ressources hospitalières. Les groupements sont basés sur des diagnostics et peuvent également être basés sur des procédures, l'âge, le sexe et la présence de complications ou de comorbidités. Les DRG sont un exemple de système de groupes de cas et de poids relatifs des cas. Voir aussi paiement des prestataires sur la base des cas.

COÛTS DIRECTS. Le coût des intrants (par exemple, le travail, les médicaments) qui sont directement attribuables à la production d'un bien ou d'un service et qui peuvent être rattachés à un objet de coût (par exemple, l'organisation, le département, le service ou le patient).

TABLEAU FICTIF. Tableau fictif produit avant la collecte et l'analyse des données, qui imite un tableau de résultats normal mais ne contient pas de données.

COEFFICIENT D'AJUSTEMENT ÉCONOMIQUE. Un facteur d'ajustement multiplié par le taux de base dans un système de paiement aux prestataires afin d'ajuster les facteurs économiques externes au secteur de la santé qui affecteraient les dépenses, tels que l'inflation ou les variations régionales des coûts des intrants.

ÉCHELLE D'ÉQUIVALENCE. Un indice qui convertit les unités de service en mesures comparables afin d'attribuer des coûts globaux.

PAIEMENT À L'ACTE AU PRESTATAIRE. Méthode de paiement qui permet de payer les prestataires pour chaque service individuel fourni. Les frais sont fixés à l'avance pour chaque service ou groupe de services.

BARÈME FORFAITAIRE. Voir paiement à l'acte du prestataire.
COÛT COMPLET. Voir le coût total.

PAIEMENT AU PRESTATAIRE DU BUDGET GLOBAL. Méthode de paiement qui alloue un montant fixe à un prestataire pour une période déterminée afin de couvrir l'ensemble des dépenses liées à la fourniture d'un paquet de services convenu. Le budget est flexible et n'est pas lié à des postes spécifiques pour les dépenses d'entrée (par ex. le personnel, les médicaments, les services utilitaires).

COÛT BRUT. Voir coût descendant.

GROUPER. Un algorithme qui affecte les cas d'hospitalisation à des groupes avec des pondérations relatives associées pour calculer la composition des cas ou les taux de paiement finaux pour chaque cas.

ACHETEUR DE SOINS DE SANTÉ. Entité qui transfère des ressources de soins de santé mises en commun aux prestataires pour payer les services destinés à une population définie. Les acheteurs peuvent être des ministères de la santé, des caisses d'assurance sociale, des caisses d'assurance privées et d'autres entités qui gèrent des fonds de santé au nom de la population.

ACHAT DE SANTÉ. L'allocation de ressources communes aux prestataires de soins de santé pour le compte de la population couverte.

ANALYSE D'IMPACT. Voir analyse de la simulation.

INCITATIF. Un signal économique qui oriente les individus (par exemple, les travailleurs de la santé ou les prestataires de soins de santé) ou les organisations vers un comportement intéressé. Les incitations des différentes méthodes de paiement des prestataires de soins de santé influencent les décisions de ces derniers quant aux services qu'ils fournissent, à la manière dont ils les fournissent et à la combinaison d'intrants qu'ils utilisent pour les fournir.

COÛTS INDIRECTS. Les coûts des intrants (par ex. les services utilitaires, l'administration, les frais généraux) qui sont difficiles à rattacher directement à des objets de coûts spécifiques (par ex. l'organisation, le département, le service, le patient) et qui doivent par conséquent être répartis.

INTRANT. Une ressource (par exemple, le temps du personnel, les fournitures, l'équipement) qui est utilisée pour produire un bien ou un service, réaliser une activité ou atteindre un objectif.

PAIEMENT DU PRESTATAIRE PAR POSTE BUDGÉTAIRE. Attribution d'un montant fixe à un prestataire de soins de santé pour une période déterminée afin de couvrir des coûts d'intrants spécifiques (par exemple, le personnel, les médicaments, les services publics).

MACRO-COÛT. Voir calcul des coûts descendant.

ATTRIBUTION DE LA MARGE MARGINALE. Un type de calcul des coûts ascendant qui estime les coûts unitaires à partir des besoins en intrants pour fournir un service de santé spécifique conformément aux directives de traitement standard ou à l'avis d'experts, et des prix des intrants dérivés des normes, des prix moyens du marché et/ou d'autres sources. Également appelé coût du parcours de soins cliniques.

MICRO-COÛT. Voir coûts ascendants.

COÛT NORMATIF. Un type de calcul des coûts ascendant qui estime les coûts unitaires à partir des besoins en intrants pour fournir un service de santé spécifique conformément aux directives de traitement standard ou l'avis d'un expert, et les prix des intrants dérivés des normes, des prix moyens du marché et/ou d'autres sources. Également appelé coût du parcours de soins cliniques.

FRAIS DE FONCTIONNEMENT. Voir coûts récurrents.

SORTIE. Le résultat d'un processus de production - un bien ou un service, une activité achevée ou un objectif atteint. Voir aussi unité de service.

TARIF DU PAQUET. Le taux de paiement pour un faisceau de services, tel qu'une opération chirurgicale et tous les services pré- et postopératoires qui y sont liés.

PAIEMENT DU PRESTATAIRE PAR TÊTE. Méthode de paiement dans laquelle tous les prestataires du système de paiement sont payés à l'avance à un taux fixe prédéterminé pour fournir un éventail défini de services à chaque personne inscrite auprès du prestataire pour une période déterminée.

PAIEMENT DU PRESTATAIRE PAR PER DIEM. Méthode de paiement qui attribue aux hôpitaux un montant fixe par jour pour chaque patient admis. Le taux journalier peut varier en fonction du service, du patient, des caractéristiques cliniques ou d'autres facteurs.

PERSPECTIVE. Dans un exercice de calcul des coûts, le point de vue à partir duquel les coûts sont estimés. Le point de vue peut être celui de l'acheteur, du prestataire, du patient ou de la société. La perspective détermine les coûts des parties prenantes à inclure dans l'analyse.

MUTUALISATION DES FONDS DE SOINS DE SANTÉ. Cumul des fonds alloués au paiement des biens et services de santé pour la population couverte ou la population d'une zone administrative ou géographique. Cumul des fonds alloués au paiement des biens et services de santé pour la population couverte ou la population d'une zone administrative ou géographique.

PRÉ-TEST. Une étude pilote, une étude de faisabilité ou une étude préliminaire à petite échelle qui teste la faisabilité de la méthodologie de l'exercice de calcul des coûts et améliore la qualité et l'efficacité de l'exercice principal.

ORIENTATION PROSPECTIVE. Point de vue d'un exercice de calcul des coûts dans lequel les événements d'intérêt (dépenses et utilisation) n'ont pas encore eu lieu lorsque l'exercice commence.

PAIEMENT DU PRESTATAIRE. Attribution de ressources à un prestataire de soins de santé pour qu'il fournisse à la population l'ensemble des services couverts.

MODE DE PAIEMENT DU PRESTATAIRE. La manière dont un acheteur paie les prestataires de soins de santé pour la prestation d'un service ou d'un paquet de services.

TAUX DE PAIEMENT DU PRESTATAIRE. La somme d'argent qu'un acheteur paie à un prestataire pour la fourniture d'un service ou d'un ensemble de services.

SYSTÈME DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES. La méthode de paiement du prestataire combinée à tous les systèmes de soutien, tels que les systèmes d'information, les mécanismes de responsabilité et les règles d'orientation.

ÉCHANTILLONNAGE RAISONNÉ. Choix d'unités (par ex. des établissements de santé) au sein d'une population sur la base d'une caractéristique d'intérêt. L'échantillonnage raisonné est un échantillonnage non probabiliste et n'est pas représentatif de la population.

FIXATION DES TAUX. Le processus de déterminer les taux de paiement des prestataires.

“COÛT RÉEL.” Voir «coût exact.”

COÛTS RÉCURRENTS. Ressources qui sont consommées dans l'année ou qui ont une durée de vie inférieure à un an et doivent être régulièrement remplacées. Également appelées coûts de fonctionnement.

POIDS RELATIF DU CAS. Coefficient (entre 0,0 et 1,0) appliqué au taux de base pour ajuster le paiement au coût du traitement des cas d'un groupe particulier par rapport au coût moyen par cas pour l'ensemble des cas.

COÛT RELATIF. Le coût d'un bien ou d'un service par rapport au coût d'autres biens et services, exprimé sous la forme d'un rapport entre deux coûts ou entre un coût et une moyenne pondérée de tous les autres biens ou services disponibles.

PRIX RELATIF PRIX RELATIF. Le prix d'un bien ou d'un service par rapport au prix d'autres biens et services, exprimé sous la forme d'un rapport entre deux prix ou entre un prix et une moyenne pondérée de tous les autres biens ou services disponibles.

UTILISATION DES RESSOURCES. Mesure de la quantité ou du coût des ressources utilisées pour produire un bien ou un service, réaliser une activité ou atteindre un objectif.

ORIENTATION RÉTROSPECTIVE. Point de vue d'un exercice de calcul des coûts dans lequel les événements d'intérêt (dépenses et utilisation) ont déjà eu lieu lorsque l'exercice de calcul des coûts commence.

SYSTÈME DE CALCUL DES COÛTS DE ROUTINE. Un système de calcul des coûts durable destiné à générer des informations sur les coûts de manière uniforme et standardisée sur une base régulière (généralement annuelle).

CADRE D'ÉCHANTILLONNAGE. Une liste ou un autre dispositif utilisé pour définir la population d'intérêt (par exemple, les prestataires) et à partir de laquelle l'échantillon est tiré.

PORTÉE. Les limites ou paramètres de l'exercice de calcul des coûts. Les dimensions de la portée incluent la perspective, les types de prestataires, les objets de coûts et les éléments de coûts.

ANALYSE DE SENSIBILITÉ. Une analyse qui montre dans quelle mesure différents scénarios ou hypothèses affecteront les résultats d'une étude ou d'une analyse. Également appelée analyse de simulation.

ANALYSE DE SIMULATION. Une approche mathématique qui traite un certain nombre d'estimations différentes des résultats d'une étude ou d'une analyse sur la base d'un éventail de paramètres et de différentes hypothèses.

LA RÉPARTITION DES COÛTS PAR PALIERS. Le processus par lequel les coûts directs sont attribués et les coûts indirects sont répartis dans le cadre d'un exercice de calcul des coûts descendant utilisant des bases de répartition pour estimer les coûts unitaires. D'autres méthodes d'allocation moins courantes incluent la distribution directe, la double distribution et la distribution réciproque.

ÉTUDE DU TEMPS-MOUVEMENT. Observation directe du temps spécifique consacré à une activité ou à une série d'activités.

LE CALCUL DU COÛT DESCENDANT. Méthode de calcul des coûts qui consiste d'abord à documenter les dépenses totales d'une entité (par exemple, un établissement de santé) et à les répartir entre les centres de coûts, puis entre les unités de production (par exemple, les journées d'hospitalisation, les patients sortis de l'hôpital, les consultations externes) afin d'obtenir le coût moyen des ressources utilisées pour produire un bien ou un service, réaliser une activité ou atteindre un objectif.

COÛT TOTAL. Le coût de toutes les ressources utilisées pour produire un bien ou un service, réaliser une activité ou atteindre un objectif, y compris les coûts directs et indirects. Parfois appelé coût complet.

“COUT EXACT.” Terme souvent utilisé à tort pour décrire ce que l'on croit être le coût sous-jacent à la production d'un bien ou d'un service, à la réalisation d'une activité ou à l'atteinte d'un objectif. Comme ce coût dépend de nombreuses variables, y compris les prix des intrants et les décisions prises par les producteurs (par exemple, les prestataires de soins de santé), il n'existe pas de coût exact. Le coût de la prestation des services de santé n'est pas un point unique qui peut être mesuré ; il est plutôt fonction des décisions prises par les prestataires, ce qui peut entraîner des inefficacités. On parle également de « coût réel » ou de « coût effectif ».

COÛT UNITAIRE. Le coût encouru pour fournir un seul bien ou service (par ex. un test de laboratoire). Le coût moyen par bien ou service est le coût total de chaque bien ou service divisé par le nombre de biens ou services fournis.

UNITÉ DE PAIEMENT. L'unité de production pour laquelle un prestataire de soins de santé est payé selon la méthode de paiement - par service, par visite, par cas, par jour-lit ou par personne par an.

UNITÉ DE SERVICE. Unité de production de soins de santé internes ou externes (par exemple, jour-lit, sortie, visite, test de laboratoire, examen, intervention chirurgicale, prescription).

COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE. Accès garanti aux services de santé essentiels pour toute une population sans risque de difficultés financières ou d'appauvrissement.

PROGRAMME VERTICAL. Un programme de santé qui dispose d'une source de financement, d'une structure de gestion et d'un système ou d'une approche de prestation de services distincts.

MOYENNE PONDÉRÉE. Une moyenne qui est calculée de telle sorte que chaque élément faisant l'objet d'une moyenne (par exemple, les coûts unitaires) est multiplié par un poids basé sur l'importance relative de cet élément (par exemple, l'utilisation). Le résultat est additionné et le total est divisé par la somme des poids.

RÉPARTITION DES SERVICES PONDÉRÉS. Méthode de répartition généralement utilisée dans le cadre d'un calcul ascendant des coûts, dans laquelle le coût relatif de chaque patient est déterminé par l'attribution d'unités de valeur relative pour répartir les coûts indirects.

BIBLIOGRAPHIE

Busse, Reinhard, Alexander Geissler, Wilm Quentin, and Miriam Wiley, eds. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. New York: Open University Press, 2011.

Byford, S., and J. Raftery. "Economics Notes: Perspectives in Economic Evaluation." *BMJ* 316, no. 7143 (1998): 1529-30.

Cashin, C., M. Borowitz, and O. Zuess. "The gender gap in primary health care resource utilization in Central Asia." *Health Policy and Planning* 17, no. 3 (2002).

Conteh, Lesong, and Damian Walker. "Cost and Unit Cost Calculations Using Step-Down Accounting." *Health Policy and Planning* 19, no. 2 (2004).

Drummond, Michael F., Mark J. Sculpher, George W. Torrance, Bernie J. O'Brien, and Greg L. Stoddart. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Finkler, Steven A., David M. Ward, and Judith J. Baker. *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2007.

Ginsburg, Paul B., and Joy G Grossman. "When the Price Isn't Right: How Inadvertent Payment Incentives Drive Medical Care." *Health Affairs* 3, no. 2 (2005): 376-84.

Gold, Marthe, Joanna E. Siegel, Louise B. Russell, and Milton C. Weinstein, eds. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press, 1996.

Kish, Leslie. *Survey Sampling*. New York: John Wiley & Sons, 1995.

Kutzin, Joseph. "Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy." *Bulletin of the World Health Organization* 91, no. 8 (2013): 602-11.

La Forgia, Jerry (World Bank), Wladimir. Tabora (São Paulo Health Secretariat), and Eliane Verdade (consultant to the São Paulo Health Secretariat). "Design, Implementation, and Results of a Hospital Cost Accounting" (presentation), 2011.

Langenbrunner, Jack, Cheryl Cashin, and Sheila O'Dougherty. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals*. Washington, D.C.: World Bank, 2009.

Levy, Paul S., and Stanley Lemeshow. *Sampling of Populations: Methods and Applications*. 4th ed. Wiley Series in Survey Methodology. Hoboken, NJ: Wiley, 2008.

Lipscomb, Joseph, K. Robin Yabroff, Martin L. Brown, William Lawrence, and Paul G. Barnett. "Health Care Costing: Data, Methods, Current Applications." *Medical Care* 47, 7 suppl. 1 (2009): S1-S142.

Mogyorosy, Zsolt, and Peter Smith. "The Main Methodological Issues in Costing Health Care Services: A Literature Review." *CHE Research Paper* 7. York, UK: University of York Centre for Health Economics, 2005.

Mugford, M., G. Hutton, and J. Fox-Rushby. "Methods for Economic Evaluation Alongside a Multicentre Trial in Developing Countries: A Case Study from the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 12, suppl. 2 (1998): 75-97.

Newbrander, William C., and Elizabeth Lewis. *HOSPICAL: A Tool for Allocating Hospital Costs. User's Guide, version 3.1*. Boston, MA: Management Sciences for Health, 2001.

Popesko, Boris. "Specifics of the Activity-Based Applications in Hospital Management." *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 5, no. 3 (2013): 179-86.

Raftery, James. "Costing in Economic Evaluation." *BMJ* 320 (2000).

Swindle, R., C.V. Lukas, D.A. Meyer, P.G. Barnett, and A.M. Hendricks. "Cost Analysis in the Department of Veterans Affairs: Consensus and Future Directions." *Medical Care* 37, 4 suppl. Va (1999): AS3-AS8.

Tan, Siok Swan, Bastianus Martinus van Ineveld, William Ken Redekop, and Leona Hakkaart-van Roijen. "Comparing Methodologies for the Allocation of Overhead and Capital Costs to Hospital Services." *Value in Health* 12, no. 4 (2009).

Tan, Siok Swan, and Lisbeth Serdén, Alexander Geissler, Martin van Ineveld, Ken Redekop, Mona Heurgren, and Leona Hakkaart-van Roijen. "DRGs and Cost Accounting: Which Is Driving Which?" in *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, edited by Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, and Miriam Wiley. European Observatory on Health Systems and Policies Series. New York: Open University Press, 2011.

Thabane, Lehana, Jinhui Ma, Rong Chu, Ji Cheng, Afisi Ismaila, Lorena P. Rios, Reid Robson, Marroon Thabane, Lora Giangregorio, and Charles H. Goldsmith. "A Tutorial on Pilot Studies: The What, Why and How." *BMC Medical Research Methodology* 10, no. 1 (2010).

Walker, Damian, and Lilani Kumaranayake. "Allowing for Differential Timing in Cost Analyses: Discounting and Annualization." *Health Policy and Planning* 17, no. 1 (2002).

Wordsworth, S., A. Ludbrook, F. Caskey, and A. Macleod. "Collecting Unit Cost Data in Multicentre Studies: Creating Comparable Methods." *European Journal of Health Economics* 50, no. 3844 (2005).

World Health Organization. "Cost Effectiveness and Strategic Planning (WHO-CHOICE)." www.who.int/choice/en.

PLAN EN DIX ÉTAPES POUR UN EXERCICE DE CALCUL DES COÛTS, SUITE

CHOISIR L'ÉCHANTILLON

ÉTAPE 6.

- ✓ **VISITER** les décisions relatives à la portée concernant les types de prestataires à inclure dans l'analyse des coûts.
- ✓ **DÉTERMINER** les critères d'échantillonnage importants pour l'exercice de calcul des coûts.
- ✓ **COMPRENDRE** les avantages et les inconvénients des différentes méthodes d'échantillonnage et déterminer la méthode optimale pour l'exercice de calcul des coûts.
- ✓ **OBTENIR** la base d'échantillonnage des prestataires (si elle est disponible).
- ✓ **FINALISER** les strates de l'échantillon.
- ✓ **CHOISIR** l'échantillon.

MENER UN PRÉ-TEST

- ✓ **IDENTIFIER** les prestataires à inclure dans le pré-test et décider s'ils feront partie ou non de l'échantillon.
- ✓ **CONDUIRE** le pré-test et prendre note des changements à apporter à la méthodologie de l'exercice de calcul des coûts, aux plans de collecte et d'analyse des données, aux instruments de calcul des coûts et aux outils de traitement et d'analyse des données.
- ✓ **APPORTER** les modifications nécessaires à la méthodologie de l'exercice de calcul des coûts, aux plans de collecte et d'analyse des données, aux instruments de calcul des coûts et aux outils de traitement et d'analyse des données.
- ✓ **DÉCIDER** s'il convient d'inclure les données du pré-test dans l'exercice principal d'évaluation des coûts et déterminer s'il est nécessaire d'obtenir des données supplémentaires auprès des fournisseurs de pré-tests.

COLLECTER, TRAITER ET VÉRIFIER DES DONNÉES

- ✓ **ÉLABORER** un plan pour travailler avec les prestataires et leur offrir des incitations.
- ✓ **COLLECTER** les données.
- ✓ **SAISIR** les données dans les outils de saisie et les tableaux fictifs, et suivre les mesures de contrôle de la qualité.
- ✓ **NETTOYER** les données.
- ✓ **IDENTIFIER** les données irrégulières pour vérification.
- ✓ **VÉRIFIER** les données et corriger l'ensemble des données si nécessaire.
- ✓ **DÉCIDER** comment traiter les problèmes liés à la disponibilité limitée et à la mauvaise qualité des données fournies par les prestataires.

ANALYSER ET VALIDER DES DONNÉES

- ✓ **UTILISER** le modèle de comptabilité des coûts pour analyser les données.
- ✓ **DOCUMENTER** chaque étape de l'analyse afin que les itérations puissent être retracées, que les hypothèses et les extrapolations soient transparentes et que les lacunes de données ou autres limitations soient spécifiées.
- ✓ **DÉTERMINER** si des données supplémentaires doivent être collectées ou vérifiées.
- ✓ **TENIR COMPTE** des données non fiables, non valides ou manquantes en formulant des hypothèses, des estimations et des extrapolations.
- ✓ **DÉCIDER** quand l'analyse est terminée et documenter les éventuelles limites de l'analyse.
- ✓ **VALIDER** les résultats avec les établissements concernés pour s'assurer qu'ils ont un sens et pour corriger toute erreur résiduelle.

RAPPORTER ET UTILISER LES RÉSULTATS

- ✓ **DÉTERMINER** les informations nécessaires à partir des résultats de l'évaluation des coûts pour chaque groupe de parties prenantes et la meilleure façon de les communiquer.
- ✓ **ÉLABORER** les principaux tableaux analytiques pour présenter les résultats de l'évaluation des coûts pour l'ensemble de l'échantillon ainsi que pour les variables clés.
- ✓ **COMMUNIQUER** les résultats de l'évaluation des coûts d'une manière simple et claire et dans des formats appropriés pour différents publics.
- ✓ **INCLURE** dans la présentation le but et les objectifs, les méthodologies et les principales conclusions de l'exercice d'évaluation des coûts.
- ✓ **UTILISER** des supports visuels dans la mesure du possible et fournir un contexte approprié pour interpréter les résultats.
- ✓ **RENDRE** les résultats de l'évaluation des coûts disponibles dans des formats qui faciliteront leur utilisation appropriée pour informer la politique de paiement des prestataires et la fixation des tarifs.



www.jointlearningnetwork.org