

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA [✱]

# Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins

## 1. INTRODUCTION

Etant donné que cette réflexion sur le financement de la dépense nationale de santé s'insère dans celle initiée sur l'autonomie du système de soins public, il nous a semblé opportun de partir sur une double interrogation concernant la signification et la finalité de l'autonomie de gestion à promouvoir pour mieux expliciter les sources et les modalités de financement, de mieux faire ressortir les articulations des sous-systèmes de soins et les enjeux économiques, sociaux et politiques qui peuvent sous-tendre chacune des options prises en faveur de telle ou telle mesure prise.

### 1.1 L'autonomie : Qu'est ce que c'est pour le système de soins actuel, quelle en est la signification et quelle doit en être la conception ?

Il faut voir et comprendre dès le départ que l'autonomie visée ici ne peut et ne doit en aucun cas être identique à celle initiée pour le secteur productif, parce que le financement du secteur est quasi intégralement "socialisé", même si en certains de ses aspects, en particulier gestionnaires, elle doit s'en inspirer et s'en rapprocher.

1.1.1. L'autonomie visée, c'est donc au minimum et c'est certainement au départ une autonomie de gestion du système de soins public, qui doit dépasser une situation où il est administré selon le mode budgétaire classique, avec la participation très forte, sinon exclusive du Ministère des Finances à travers des schémas et des procédures périmées et inefficaces : c'est à dire par chapitres budgétaires étanches et cloisonnés, abstraction faite d'objectifs à atteindre, et finalement dans l'ignorance des crédits réellement consommés.

L'objectif est donc de passer à une véritable gestion par objectifs, de type managerial, c'est à dire de viser l'introduction dans la démarche de la recherche constante des meilleures combinaisons techniques et économiques des moyens matériels et humains, que la collectivité met à la disposition du système en vue d'améliorations significatives de son état de santé. Ceci suppose de connaître et donc de chercher constamment à établir et à hiérarchiser les problèmes de santé et/ou de soins pour les différentes catégories d'âge, de sexe, socio-professionnelles, et donc de mettre en place les procédures adéquates. Ceci suppose aussi un meilleur accueil et une meilleure prise en charge,

pour éviter tant les frustrations et les insatisfactions des usagers que pour éviter les doubles emplois.

Les acteurs du système public de soins doivent donc se comporter en véritables professionnels non seulement ceux de la médecine, mais ceux de l'intendance et de la gestion des personnels et des matériels. Sur le plan pratique cela signifie que le secteur sanitaire sera autonome et responsable de sa gestion compte tenu des grandes orientations en matière de politique de santé qui relèvent du Ministère de la Santé, plus ou moins inflexibles par la Sécurité Sociale, compte tenu de l'exploitation des informations en sa possession.

En tout état de cause, ces deux partenaires sociaux qui peuvent être élargis resteront responsables des grands arbitrages entre les deux sous-secteurs de soins, du contrôle (a posteriori) et de l'évaluation des résultats sanitaires et financiers.

1.1.2. A l'autre extrémité on peut concevoir une autonomie totale du type visé pour les entreprises. Mais il faut bien voir que dans ce cas là, il faut envisager la suppression de la socialisation du financement des dépenses de soins c'est à dire la suppression de la sécurité sociale, de l'offre et/ou de la demande. Ceci ne nous paraît ni envisageable dans l'immédiat, ni souhaitable à plus long terme.

1.1.3. Des solutions intermédiaires multiples d'autonomie peuvent être envisagées laissant une plus grande liberté aux usagers du système de développer une médecine mutualiste, de promouvoir d'autres types de couverture et de prise en charge de soins.

Ce qui implique d'accepter la pluralité et la concurrence. On peut envisager aussi un système National de Santé plus intégré où le financeur et le décideur des orientations de politique de Santé qui serait en même temps l'évaluateur des performances du système ne constituerait qu'une seule et même institution. Dans ce cas là, elle aurait un "bargaining power" plus étendu vis-à-vis de tous les prescripteurs de soins - actuellement dichotomisés en publics et privés - indépendamment de leur lieu d'exercice, ce qui suppose qu'il puisse les rémunérer selon le même principe (capitations ou conventions collectives) et qu'elle développe des relations de partenariat, ce qui permettrait ainsi de mieux coordonner les deux sous-systèmes actuels.

## **1.2. L'autonomie : pourquoi ? et pourquoi faire ?**

Si l'Etat veut se désengager encore plus du financement du secteur public, si la Sécurité Sociale arrive à ses propres limites dans sa participation au financement de la Dépense Nationale de Santé, c'est que malgré la forte pression parafiscale et/ou à cause d'elle, les dépenses pour soins en Algérie ont augmenté beaucoup plus que proportionnellement à la richesse créée dans le pays c'est à dire qu'elles prennent une part de plus en plus importante dans le P.I.B : 6 % en 1988. C'est le taux atteint à la même date par le pays développé le moins dispendieux à cet égard (Grande-Bretagne). Mais si les Etats développés actuellement les plus dispendieux (USA-SUEDE-FRANCE)

arrivent à environ 10 % de leur PIB, il y a 40 ans ils n'y consacraient pas plus de 2 à 3 % sans compter que les structures démographiques vieilles dans les 3 cas cités, jeunes dans le cas de l'Algérie agissent dans le même sens que l'augmentation des ressources dans le premier cas.

Il faut préciser que les pays semi-industrialisés les plus avancés ne consacrent actuellement que 2 à 4 % de leurs ressources à leurs dépenses de soins et que la plupart des pays à revenus intermédiaires ou faibles n'y consacrent qu'environ 1 % de leur PIB.

Il est donc absurde de considérer comme un objectif désirable, la reproduction des expériences occidentales en la matière parce qu'elles conduisent beaucoup plus vite vers la limite des prélèvements obligatoires.

L'Algérie avec un taux de 6 % de PIB semble être dans le peloton de tête des pays en voie de développement, c'est un taux qui doit être connu et explicité et sur lequel, peut-être faut-il que les citoyens ou leurs représentants se prononcent.

Nous pensons que c'est un taux tout à fait respectable - mais qui ne doit en aucun cas être dépassé, peut-être même faut-il envisager qu'il soit un peu moins élevé.

En fait si les deux principales sources de financement tirent la sonnette d'alarme c'est que leurs propres ressources et les bases sur lesquelles elles sont assises, tendent à stagner ou à s'amenuiser en période de crise économique, le souci de l'Etat non seulement en tant que bailleurs de fonds, mais surtout en tant qu'arbitre entre les différentes utilisations possibles des ressources nationales (et en particulier de celles dont l'affectation est socialisée) et donc en tant que responsable de la croissance économique sur le plan interne et des équilibres extérieurs sur le plan externe, doit avoir de façon impérative le souci de la maîtrise de la croissance des dépenses de soins sur le plan interne et en particulier de leur composante socialisée - le souci ou la volonté encore plus grande de mieux maîtriser celles qui se traduisent par des importations de façon quasi-automatique, du fait du fort degré de dépendance en matière sanitaire.

Une comparaison forte instructive doit être faite à cet égard entre la part de dépenses par rapport au PIB ou la dépense per capita entre les deux consommations collectives dont le financement est quasi intégralement socialisé, mais selon des procédures différentes : l'éducation et la santé, d'autant que leurs effets sont synergiques - et que les résultats de l'un (la santé) peuvent (en termes de mortalité infantile par exemple) dépendre étroitement de l'autre (l'éducation en particulier des femmes) etc...

Bref l'autonomie du système de soins public constitue un moyen et non une fin en soi :

- un moyen de redéployer les moyens et les activités de façon différente, non pas de façon centrale et administrative mais à la lumière des

analyses et des évaluations déjà faites ou à produire encore.

- un moyen surtout, et essentiellement, de l'obliger à rationaliser ses activités, ses démarches et ses procédures et ceci par le biais d'un rationnement qu'il faudra rendre le moins injuste et le moins aveugle possible.

- ces réflexions directrices nous ont été dictées par un certain nombre de grands constats macro-économiques quant aux problèmes de financement du système que nous allons préciser rapidement pour mieux situer les débats.

- ces grands constats précisent en fait les moyens ou plus exactement les ressources financières mobilisées et auxquels nous nous limiterons, qu'il faudra mettre en parallèle avec des résultats sur lesquels nous n'avons que des données très partielles. Cependant compte tenu, tant des orientations de politique de santé affichées, que de certains aspects dégagés de notre analyse il faudra mieux cibler les objectifs dont certains sont :

- d'ordre "financiers" : qui constitueront les recommandations découlant des analyses et des constats d'ores et déjà dégagés et qui s'articuleront autour du problème de la maîtrise de la croissance des dépenses de santé.

- d'ordre "fonctionnels" et qui sont les objectifs du système de soins pouvant s'énoncer rapidement en une prise en charge meilleure et plus coordonnée des problèmes de santé : un fonctionnement moins extraverti et une meilleure justice sociale en particulier par le biais des financements.

## **2. LES SOURCES ET LES MODALITES DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SOINS**

Il existe trois sources essentielles de financement dont deux sont collectives (financement socialisé). Elles ne participent pas de la même façon, c'est à dire selon les mêmes modalités et leurs capacités contributives sont inégalement sollicitées

- soit de façon délibérées, soit à la suite des mécanismes de prélèvement et de redistribution mais dont la conséquence se trouve occultée.

### **2.1. Le budget de l'Etat :**

Il participe au financement du système public de soins par le biais d'un forfait, qui bien que croissant en valeur nominale est décroissant en valeur relative par rapport aux ressources fiscales d'abord, mais surtout et essentiellement par rapport à l'évolution de la croissance des ressources affectées au système (conférer d'évolution de sa part dans le financement de la DNS). Le budget de l'Etat lui-même financé par l'ensemble des impôts, tente de mettre à contribution de façon proportionnelle ou progressive toutes les activités productives. Sa contribution doit viser à financer.

### \* Du point de vue fonctionnement :

- les actions de prévention ;
- les actions de formation et de recherche ;
- les soins prodigués aux personnes démunies de toute ressource.

Cela implique dans le cadre de l'autonomie de chercher à chiffrer ce que représente - ou ce que doit représenter - cette part, une fois explicitée la charge qui doit normalement peser sur lui. De plus les collectivités locales devraient de nouveau être mises à contribution par le biais de taxes spécifiques.

On peut cependant préconiser que la part du budget stricto sensu peut être plus ou moins secondée ou relayée par des taxes parafiscales affectées touchant :

- les consommations d'alcool ;
- les consommations de tabac ;
- les consommations nuisibles à la santé en général (à déterminer) ;
- l'excès de vitesse où la possession d'un véhicule par le biais par exemple d'une contribution des assurances automobiles.

### \* Du point de vue investissement

Après avoir financé seul, l'extension de l'offre publique, il a mis à contribution depuis 1984 les ressources de la Sécurité Sociale de façon soit légale, soit "exceptionnelle".

## 2.2. La sécurité sociale :

### 2.2.1. Son propre financement :

- Les Assurances Sociales qui financent actuellement la plus grande partie de la DNS sont prélevées obligatoirement sur les employeurs et les salariés de façon proportionnelle au revenu ; il n'en est plus de même quand il s'agit de l'activité non salariée en particulier des catégories hautes de revenus : indépendants, industriels, commerçants, propriétaires fonciers, professions libérales et autres, qui échappent soit totalement soit partiellement au financement de la Sécurité Sociale.

- Totalement : parce qu'ils ne cotisent nulle part.
- Partiellement : parce qu'ils fraudent sur leurs revenus (comme en matière fiscale).
- Parce que la manière même dont ils sont taxés ne les fait pas participer de façon proportionnelle à leurs revenus (plafond bas de l'assiette taxable constitué par un revenu fiscal fictif extrêmement minoré).

Or ces catégories bénéficient toutes de la gratuité des soins et en particulier de la gratuité de l'hospitalisation, interne et externe, qui constitue le poste de dépense le plus lourd : il y a là un vaste mécanisme de redistribution à rebours au détriment des salariés et des entreprises de production.

Cela pose un problème de plus grande justice sociale (contributive et redistributive) : il faut donc trouver les moyens de les faire mieux participer au financement socialisé

- soit de façon collective : (par le biais de leurs cotisations), soit de façon individuelle (en leur faisant payer les soins et l'hospitalisation publique).
- par ailleurs les Assurances Sociales se procurent leurs ressources, c'est-à-dire se financent elles-mêmes, par taxes assises sur le salaire :
- cela pénalise l'emploi ;
- cela alourdit les coûts salariaux de production et donc retentit sur les prix surtout dans le contexte de faible productivité, aggravé par la crise ;
- cela entre en contradiction avec la volonté d'auto-nomisation, des entreprises de production et de plus grande ouverture sur le marché extérieur qui implique : vérité des prix et compétitivité des entreprises.

Il y a contradiction entre cette volonté d'ouverture et de compétitivité et la protection sociale et l'emploi dans un contexte de faible productivité aggravé par la crise et les tensions sociales.

Or, au fil des ans et surtout depuis le dé plafonnement de l'assiette de cotisations, la Sécurité Sociale est devenue la source principale de financement de la Dépense Nationale de santé : dans son double aspect fonctionnement et investissement, et ce au niveau des deux sous-systèmes de soins : public et privé.

## **2.2.2. Le financement des dépenses de soins par les Assurances Sociales**

### **2.2.2.1. Au niveau du fonctionnement :**

Les Assurances Sociales financent partiellement le fonctionnement du secteur privé par le biais de la socialisation de la demande des Assurés Sociaux par des dépenses de soins engagés par les assurés sociaux à l'occasion de leur fréquentation du secteur privé des soins.

Les Assurances Sociales financent par le biais d'un forfait imposé et automatique le fonctionnement du système public des soins : au fil des ans cette source de financement a tendu à devenir prépondérante (conférer évolution de la part de la Sécurité Sociale dans le budget des secteurs sanitaires). Cette pression sur les ressources des Assurances Sociales est d'autant plus forte qu'elle s'accompagne d'autres contributions obligatoires :

- forfait pour le fonctionnement des établissements de protection sociale (200M./DA) ;
- lignes "budgétaires" spéciales pour le financement de certaines affections lourdes (dialyse rénale chirurgie cardio-vasculaire...) ;
- financement du programme d'espacement des naissances.

Mais surtout du financement des transferts pour soins à l'Etranger ou Hospitalisation à titre externe dont l'incidence en devises est une dépense supplémentaire au "forfait hôpitaux". Dans tous ces cas, et en

particulier dans ce dernier elle finance intégralement ou de façon prépondérante, des dépenses qui profitent à l'ensemble de la population algérienne y compris ses couches aisées (et non salariées) dont nous avons vu au début que dans le meilleur des cas, elles ne contribuent que très faiblement, et donc de façon non proportionnelle à leurs revenus au financement de la Sécurité Sociale (et donc du système de soins public). La redistribution du revenu national, outre qu'elle arrive à ses propres limites se fait dans ce cas là de façon perverse collectivement au détriment des salariés et des entreprises du secteur productif.

Ajoutons à ceci qu'elle finance ses propres structures de soins, ouvertes aussi bien aux assurés sociaux qu'aux non assurés sociaux depuis 1980. La mesure qui pouvait être justifiée à partir du souci de ne pas multiplier de façon inconsidérée les centres de soins, l'est moins quand on examine comment ils sont financés.

#### 2.2.2.2. Au niveau des investissements :

- les lois de finances depuis 1984 mettent à la charge de la Sécurité Sociale des forfaits investissements ;

- un certain nombre d'investissements "spéciaux" ont été aussi mis à la charge de la Sécurité Sociale en dehors des lois de finances.

Du point de vue analyse économique cela pose le problème général : qui doit financer les investissements du secteur ?

### 2.3. Les Mutuelles complémentaires et les mutuelles agricoles :

2.3.1. La Mutualité Agricole est une "survivance" de la multiplicité des régimes antérieurs. Elle est obligatoire pour les salariés de l'agriculture à qui elle verse des prestations en nature sur les mêmes bases que le Régime Général. Elle ne participe pas au forfait hospitalier et elle s'est "délestée" de ses CMS, au profit du secteur public dès 1974. Elle n'est pas prise en considération dans la comptabilisation de la dépense nationale de santé.

#### 2.3.2. Les Mutuelles complémentaires :

Elles sont facultatives. Elles prennent en charge le ticket modérateur (prestations complémentaires) de leurs adhérents. Elles sont multiples, peu connues et de la même façon que précédemment leurs prestations ne sont pas comptabilisées dans la dépense nationale de santé (parce que non saisies). Il en est de même de la santé militaire qui outre ses prestations, possède ses propres structures de soins. Aussi bien ce régime que la Mutualité Agricole ne participent pas au forfait hospitalier même si leurs adhérents fréquentent le système public de soins.

Notons qu'une meilleure protection par le biais des Mutuelles complémentaires permet à certain de mieux se soigner ; ce sont ceux qui probablement font le moins appel à l'hospitalisation.

#### 2.3.4. Les ménages :

On dit qu'ils participent au financement des dépenses de soins quand ils supportent de façon définitive les frais avancés pour les prestations de soins lors de la fréquentation du secteur privé.

- Pour l'ensemble des prestations du secteur privé quand il s'agit des non-assurés.
- Pour les assurés cela concerne le ticket modérateur. Il faut y ajouter l'auto-médication.

### 3. LES RESULTATS EN TERMES FINANCIERS

#### 3.1. La structure des dépenses selon les sources de financement :

Sources	Années	1980	1985	1989
Etat (budget)		29.3	17.9	19.94
Sécurité Sociale		39.9	57.2	60.24
Ménages		26	24.6	18.72
Autres (collectivités locales)		5.4	2.3	1.1
TOTAL		100	100	100

Si la participation de l'État, de la Sécurité Sociale et de la rubrique "autres" est comptabilisée de façon exacte, celle des ménages n'est qu'une évaluation approximative. Elle est certainement minorée.

#### 3.2. L'évolution de la DNS : en millions de DA

Années	Valeur absolue	Indice	Taux de croissance
1979	4.617	100	--
1980	6.112	132	32
1981	7.384	160	28
1982	8.579	185	25
1983	9.939	219	30
1984	11.474	219	34
1985	12.754	277	28
1986	15.173	329	52
1987	16.873	367	38
1988	19.187	--	--
1989	19.959	--	--

A travers l'évolution en valeur absolue et surtout l'évolution en Indices et en Taux de Croissance annuels nous saisissons le phénomène de la trop forte croissance des dépenses de santé en Algérie.

#### 3.3. L'évolution de la DNS par rapport à celle du PIB



Années	DNS (1)	BIP (2)	(1) - (2)
1980	6.112	162.507	3.7
1985	12.625	289.155	4.4
1986	15.161	290.000	5.2
1987	16.695	207.925	5.4
1988	19.187	319.970	6
1989	19.959	364.000	5.5

- L'accroissement de la DNS est plus que proportionnel à celui du PIB : cela veut dire qu'elle tend à s'accaparer une part de plus en plus importante des richesses créées. De plus malgré la crise qui se traduit par une moindre croissance du PIB (un fort ralentissement du taux de croissance), la DNS continue sur la lancée précédente à croître fortement.

#### TAUX D'ACCROISSEMENT ANNUEL DU PIB ET DE LA DNS

Années	Taux de croissance BIP	Taux de croissance DNS
1985 - 1986	0.3	20
1986 - 1987	0.6	10.2
1987 - 1988	3.8	14.8

### 3.4. L'évolution des dépenses de fonctionnement du système public de soins par rapport à la DNS:

	1980	1985	1989
(1) DNS	6.112	12.625	19.959
(2) DFSPS	2.597	6.368	12.500
(2) - (1)	42.5	49.9	62.6

C'est le secteur public qui constitue le segment prépondérant du système de soins.

C'est celui qui pour la période écoulée a vu croître ses dépenses le plus vite, par en particulier, le biais du "forfait". Ce sont les dépenses d'hospitalisation qui recueillent 75 à 80 % de ses dépenses.

De plus le fonctionnement de l'hospitalisation s'est fait à coûts croissants sans que le contenu de la journée d'hospitalisation se soit radicalement modifié dans le sens d'une technicisation croissante et ce, en dépit du très fort équipement du secteur en termes de plateaux techniques durant le 1er et le 2ème plan quinquennal.

C'est donc à ce niveau qu'il faudra concentrer la recherche et les efforts de réflexion, parce que l'incorporation de progrès techniques importés importants pose des problèmes de maîtrise tout en accélérant la hausse des coûts des soins.

## 4. LES ACTIONS A ENTREPRENDRE

4.1. Les analyses précédentes ont mis en lumière le problème de la trop forte croissance des dépenses de santé, en valeur absolue et relative, et posent donc de façon aiguë le problème de leur maîtrise.

La première grande recommandation en matière de politique de financement c'est de fixer des balises à la croissance de ces dépenses. Vu le taux atteint on doit tenter de limiter cette croissance à celle du PIB ou mieux à la croissance du PIB per capita.

Cela signifie en clair que même si l'on reconduit la procédure du forfait et du budget global, ce dernier ne sera pas fixé de manière "arbitraire" et inconsiderée, mais par rapport à ce paramètre économique de base qu'est la croissance économique.

Dans une première étape et à très court terme, cela peut se faire par le biais d'un "taux directeur" uniforme.

A moyen terme il faut viser la modulation de ce taux à l'aide de paramètres (à préciser) de fonctionnement. Mais cette mesure ne constitue qu'une mesure de rationnement, nécessitée il est vrai par les évolutions constatées. Elle ne sera efficace que si elle se double de procédures de rationalisation dans le fonctionnement du système qui accompagneraient des budgets plus serrés de façon à maintenir au minimum "le degré" et la "qualité" de la prise en charge actuelle, l'objectif étant de les améliorer par l'autonomie et la responsabilisation après information des différents partenaires sociaux et explicitation des enjeux sous-jacents.

La rationalisation passe par la recherche permanente de la meilleure utilisation. En fait de la meilleure combinaison des facteurs de production. Cela revient à pousser le système public de soins à améliorer sa productivité globale et sa productivité hospitalière en particulier : celle-ci devient alors cruciale.

#### **4.2. Maîtrise ? Contrôle ? des dépenses de soins et augmentation de la productivité :**

Avec un budget global et donc (des budgets par secteurs sanitaires et/ou par services) plus serré, les progrès de productivité au sein du secteur public deviennent l'enjeu principal. Ils renvoient à des problèmes de gestion.

Les dépenses sont en effet liées à la structure des coûts qu'il faudra apprendre à calculer d'abord, si l'on veut faire baisser les prix de revient à qualité égale et pour savoir où agir. La définition de la productivité dans ce secteur est délicate étant donné la nature du produit de son activité, l'amélioration de l'état de santé et des difficultés de sa saisie (cependant on peut définir l'augmentation de productivité comme l'amélioration, (c'est à dire la croissance) du rapport entre la quantité, pondérée par la qualité des soins produits (c'est à dire l'amélioration de l'état de santé d'un plus grand nombre de malades), sur l'ensemble des facteurs de production mobilisés à cet égard et en particulier de l'hôpital qui concentre les moyens.

On peut poser comme grande recommandation : réfléchir sur la mise en place des moyens techniques et économiques plus efficaces pour diminuer l'hôpitalo-centrisme du système : par la réaffectation des personnels, du matériel et des moyens financiers (en termes de proportions à respecter par exemple), ceci à partir d'une recherche qui nous a précisé la part minimum (75 %) que les hôpitaux se font allouer dans le cadre du système. En diminuant la part de l'hospitalisation, en mettant en place des types d'hospitalisation moins onéreux (hôpital du jour) ou plus adaptés aux différentes phases de la maladie, on doit pouvoir ramener ce poste à des proportions plus restreintes.

#### 4.2.1. Productivité et structure des coûts :

Cependant tout ceci ne nous indique pas comment agir au niveau même de la structure des coûts de l'hôpital lui même.

A cet effet il faut distinguer : les coûts fixes des coûts variables.

4.2.1.1. Les coûts fixes : sont représentées essentiellement par des frais de personnel. On sait en Algérie ce que ces derniers représentent pour l'ensemble des secteurs sanitaires, mais pas pour les hôpitaux en général, ni pour chaque hôpital en particulier. La première action de "normalisation" de ce type de charge doit se situer à ce niveau par direction et implication des écarts.

L'action en la matière doit aussi passer par des normes de charge de travail pour l'ensemble des professionnels de soins (problème des organigrammes), par des modalités de rémunération plus incitatives ou mieux liées aux performances sanitaires, par la recherche permanente des meilleures procédures de thérapeutique de façon à éliminer les "doublons" (examens et radios... faits en ville et à l'hôpital, dans plusieurs services etc...)

\* De façon à supprimer les actes inutiles compte tenu de l'évolution de la technologie (téléthorax...).

\* De supprimer les examens routiniers qui ne servent plus à rien mais dont on ne se pose plus la finalité : dans le cadre de l'exercice de la médecine scolaire par exemple...

Cependant au delà des services médicaux dont les personnels sont peu compressibles à court terme (sauf licenciements ou incitations plus active à s'installer à titre privé) et pour lesquels l'action doit porter principalement sur ses procédures de travail par exemple :

- analyse, coût, efficacité des différentes actions de soins menées à l'hôpital, des différents programmes de santé publique ;
- travail accru et de meilleure qualité des différentes catégories de personnels ou des équipes.

Il existe sur le plan structurel des postes de dépenses sur lesquels on peut agir plus facilement en décomposant la structure des coûts. On a alors :

- les services généraux : logistique, chauffage, cuisine, blanchisserie hôtellerie. On ignore ce qu'ils représentent dans le total des frais en Algérie, faute de comptabilité analytique ;
- les services médicotechniques où se forme une partie non négligeable des coûts variables: matériel bio-médical, film...

#### 4.2.1.2. Les coûts variables :

Ce sont les dépenses les plus facilement compressibles à court terme. Elles sont représentées par trois types de dépenses :

- celles "médicales" en général et de médicaments en particulier ;
- celles ayant trait à l'alimentation.

A défaut d'une comptabilité analytique il est impossible d'agir sur les coûts de fonctionnement : de l'hôpital, du secteur sanitaire, des différentes unités de soins.

#### 4.2.2. Productivité et rationalisation du système public de soins d'abord, de l'ensemble de système de soins ensuite :

Plusieurs types d'actions doivent être menées de façon coordonnée :

- le premier des moyens de rationalisation de l'activité médicale peut passer par le biais de la nomenclature officielle des actes officiels, ou mieux abandonner la tarification à l'acte pour celle fondée sur des catégories de maladies homogènes à partir desquelles se feraient les tarifications ;
- le développement de l'évaluation des résultats compte tenu des moyens utilisés ;
- le problème de la mise en place d'un système d'information, est crucial.

Il faut cependant :

- qu'il fonctionne normalement : c'est à dire que les éléments collectés (cela représente un coût) soient rassemblés et exploités soit centralement soit /et/à/ des niveaux intermédiaires ;
- qu'il soit fiable : c'est à dire que les personnes chargées de remplir les questionnaires, fiches, etc, n'y mettent pas n'importe quoi, parce qu'elles en comprennent la finalité ;
- qu'il soit pertinent : c'est à dire qu'il ne mesure pas uniquement l'activité (il inciterait à la multiplication des actes) mais des résultats sanitaires rapportés à des moyens financiers ;
- une meilleure articulation des deux sous-systèmes public et privé des soins.

Finalement si l'on met en place un système d'information et d'évaluation et des balises nécessaires au contrôle des dépenses, l'autonomie de

gestion couplée à un programme annuel ou pluriannuel "d'activités" ou plus exactement d'actions de soins et de prévention, la fixation d'un budget pluriannuel dont peut disposer "librement" le secteur sanitaire, en vue d'objectifs précis de santé, l'hôpital, le service, ne peut que l'inciter dans sa pratique quotidienne à "l'économicité" des moyens en vue de réaliser les fins postulées.

Dans ce contexte ; "la sanction positive" : laisser l'excédent financier au secteur sanitaire ou à l'hôpital qui l'a réalisé, en vue de l'amélioration de ses prestations (car c'est un service public qui fonctionne sans but lucratif) et la "Sanction négative" : refuser de prendre en charge son déficit (mais alors qui le prendra en charge ?) prend tout son sens, de même que le conventionnement entre les unités de soins et les principaux payeurs et en particulier, celui qui est prépondérant d'une sécurité sociale dont le contenu et les moyens d'action doivent être pensées en conséquence du nouveau rôle qu'elle aura à jouer dans le système.

## Notes

---

[\*] Professeur Agrégé à l'Institut des Sciences  
Economiques d'Alger Directeur de Recherche - CREAD -