

L'AVENIR DE L'HOPITAL

Mustapha KHIATI (*)

L'institution hospitalière Algérienne est en pleine crise. La réforme qui est proposée pourra-t-elle la sortir de cette impasse et la préparer à un nouvel environnement caractérisé par l'entrée du pays dans l'économie de marché ? Les mutations seront-elles suffisantes pour affronter les défis de l'horizon 2000 ?

Pour répondre à ces interrogations, il convient d'abord de rappeler l'évolution des hôpitaux durant les deux dernières décennies.

Sur le plan du financement :

L'évolution du financement de la santé a subi de grands bouleversements, une fois avec la mise en place de gratuité des soins (1974) et une deuxième fois avec les résolutions du congrès extraordinaire du parti F.L.N de décembre 1980 donnant une primauté au social dans le cadre du premier plan quinquennal, permettant ainsi une masse d'investissements et donc un accroissement particulier des dépenses nationales de santé (D.N.S).

Avant 1973, le financement de la santé provenait pour 60% de l'Etat 30% de la sécurité sociale et 10% de paiements directs.

Dans ces interventions, l'Etat prenait en charge les personnes sans ou avec peu de ressources dans le cadre de l'Assistance Médicale Gratuite (A.M.G), la sécurité sociale prenait en charge les salariés et le reste était assuré par les ménages.

A la veille de 1973, malgré la complexité de cette intervention, l'accès aux soins était vécu comme inégalité flagrante. Ce sentiment ne pouvait être masqué par un coût relativement insignifiant de la santé: 874 millions de D.A soit 1,6% du produit intérieur brut (P.I.B).

(*) Chef de service. Hôpital d' El Harrach. Alger

L'obstacle financier étant supprimé, les D.N.S allaient connaître un bond fulgurant. Les seuls chiffres disponibles sont de 1985 à ce jour: 1985 - 86 ; augmentation de 20%, de 1986 - 87 : 10,2% et de 1987 - 88 : 14,8%. Ces augmentations traduisent l'absence totale de maîtrise des coûts car parallèlement la production de soins ne justifiait nullement de telles dépenses. D'ailleurs dès 1980 - 82, le taux de croissance des D.N.S était plus élevé que le P.I.B. Paradoxe qui allait en s'accroissant.

— Augmentation de 0,3 % du P.I.B en 1985 - 1986
6 % en 1986 - 1987
3,8 % en 1987 - 1988.

La part du PIB consacrée aux D.N.S va connaître une augmentation progressive.

3,7% en 1973
4,4% en 1980
5,5% en 1988
6% en 1990.

Cette augmentation s'est faite de façon disproportionnée. Le budget de fonctionnement santé est passé de 194 millions de D.A en 1963 à 13 milliards de D.A en 1988 soit un taux d'accroissement de près de 6.000% qui ne se justifie pas par la qualité de soins mais la gratuité de soins, la croissance des ressources humaines et par le nombre important d'infrastructures réceptionnées ces dernières années. Dans ce budget, la part croissante des dépenses débitées au chapitre des personnels allant de 60 à 80% est en passe de bloquer le système.

L'origine des ressources de financement a subi des modifications de façon progressive au bénéfice de l'Etat qui en 1989 ne participe que pour 20% dans les D.N.S alors que la sécurité sociale intervient pour une grande part avec plus de 60 %, les ménages avec 20% et 1% est à l'actif des mutuelles.

Sur le plan de gestion :

Les budgets des hôpitaux et des secteurs sanitaires sont arrêtés au niveau central par des commissions. Ils sont ensuite gérés de façon autonome. Il s'agit de principe du budget global qui est utilisé depuis 1974. Une timide tentative non généralisée a été opérée en 1986 vers le système de la tarification par acte et par jour avec la mise en place de la fiche navette et de la nomenclature des actes.

La conséquence de cette centralisation qui a fait abstraction de toute règle d'évaluation, se traduit par le retour dans les caisses de l'Etat (trésor public) à la fin de chaque exercice budgétaire de plusieurs milliards de centimes.

La préparation du budget des hôpitaux est aberrante, elle a permis tous les ans, quinze ans durant, une augmentation automatique, par simple addition au budget précédent, d'un pourcentage donné. La répartition des budgets n'est pas objective car ceux ci ne sont pas fixés selon une progression d'activité de la structure hospitalière. L'augmentation globale des dépenses nationales de santé se justifie essentiellement par l'ouverture de nouvelles structures réceptionnées et le recrutement de praticiens et de paramédicaux nouvellement diplômés. Si pour les premières une planification existe à de rares exceptions près(hôpital de Sougueur par exemple construit par les fonds des collectivités locales sans autorisation du plan), pour le second l'absence de maîtrise des effectifs réalise une demande en constante on aurait pu le penser par des actions de santé publique générées par l'apparition de nouveaux problèmes tel le SIDA en Europe ou une amélioration qualitative de la prise en charge de la santé.

Cette procédure inflationniste est à l'origine de prévisions surestimées car les besoins exprimés sont basés sur des données peu fiables.

Au fil des ans, le secteur de la santé a dégagé des excédents camouflés estimés à plusieurs milliards. Ainsi en 1989, après

négociation avec les travailleurs, une prime de nuisance a été accordée à 110.000 employés en pleine année budgétaire sans intervention du trésor public. Le montant de cette prime, 200 à 600 DA par fonctionnaire s'est élevé globalement à 43 milliards de centimes, elle a été totalement absorbée par l'exercice budgétaire de la même année. Un budget bien élaboré n'aurait pu permettre une telle opération.

Le budget transmis aux hôpitaux est réparti en dix titres : salaires, formation, alimentation, médicaments, prévention, matériel médical, entretien des infrastructures, autres dépenses, recherche et œuvres sociales. Ces deux derniers chapitres ne concernent pas les secteurs sanitaires. Le titre œuvres sociales, alloué seulement en 1985 est fermé depuis à tous les hôpitaux. L'intervention de l'administration centrale peut-être insidieuse. Ainsi elle peut privilégier un secteur sur un autre sans toucher au budget global, uniquement en gonflant les titres sept et huit, seuls titres flexibles du budget. Le tableau comparatif (tableau VII) des budgets des secteurs sanitaires de la capitale montre le déséquilibre qui peut-être induit. Par ailleurs, ce même tableau montre l'énorme poids du titre un. Les normes définies par l'OMS et la banque mondiale, le fixent entre 50 et 60%. Que peut-on gérer si 80% ou plus du budget sont constitués de dépenses incompressibles ?.

X 10 DA	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
DI 131	83	1,3	1,75	3,2	2,4	1,5	2,06	3,6
D2 62,15	93	0	0,08	1,9	1,1	0,48	0,96	2,09
D3 63,33	78	0,04	0,4	8,3	3,9	6,3	4,7	3,15
D4 44,83	89	0,06	0,22	1,78	3,34	0,44	2,67	2,33
D5 91,21	86	0,01	0,54	3,61	2,3	2,4	2,4	2,08

S1 : S/S de Sidi M'Hamed

S2 : S/S de d'Hussein Dey

S3 : S/S de Bab El-Oued

S4 : S/S de Bir Mourad Raïs

S5 : S/S d'El-Harrach

TABLEAU VII ; Structuration du budget de 1990 pour les secteurs sanitaires d'Alger (%).

Sur les 8 291 fonctionnaires que compte le corps de gestionnaires et d'administrateurs, seuls 620 fonctionnaires justifient d'un diplôme universitaire soit presque 1 sur 14. Ceux qui bénéficient d'une formation en administration sanitaire sont encore moins nombreux.

Sur le plan pratique, la gestion comptable utilisée dans les hôpitaux date du siècle dernier. Aucune gestion financière n'est appliquée. Paradoxalement des entités modernes : ressources humaines, équipements biomédicaux ... sont gérés par le truchement de procédures disuètes et archaïques. La comptabilité analytique reste inconnue.

Le résultat est une absence totale de maîtrise des dépenses budgétaires Entre 1986 - 1988, seulement 75% des budgets des secteurs sanitaires sont consommés d'où une enveloppe de 75 milliards de centimes non utilisée. Aubaine pour le gouvernement qui a pu réduire le budget de la santé pour 1990 d'un milliard de D.A. sans qu'il ait le moindre remous tout en contribuant à la réduction d'un déficit du budget de l'Etat. Le chapitre alimentation dans les hôpitaux n'est à son tour consommé qu'à 75% alors que l'enveloppe alimentaire de 1984 à 1989 a atteint 43 milliards de centimes.

Sur le plan de l'organisation:

Les structures de santé ont été organisées en trois niveaux de façon à répondre au principe de la hiérarchisation des soins : tertiaire (CHU, hôpitaux, spécialisés) secondaire (hôpitaux de dairas) primaire (unités de soins de base).

En fait, pour des raisons diverses (accueil, organisation, répartition des personnels...). Les structures tertiaires n'ont cessé d'être des structures de premier recours, se transformant progressivement en vastes dispensaires.

Sur le plan de l'environnement

* Unification du système national de santé avec notamment intégration des mutualités agricoles (1974), et supervision des

activités curatives et tutelle des personnels des centres médico-sociaux (C.M.S) relevant de la sécurité sociale, des mutuelles et des entreprises (1974).

* marginalisation presque totale du secteur privé pourtant consacré par le code de la santé en 1976, et rupture de tout lien avec lui.

La réforme proposée pour sortir le secteur de la santé de la crise est non seulement nécessaire mais obligatoire. Elle s'avère à certains égards même insuffisante étant donné le passage à l'économie du marché.

La réforme du système de la santé s'articule autour de deux axes: financement et organisation.

La réorganisation du financement s'avère en effet indispensable, d'autant que dans cet apport la sécurité sociale, c'est à dire l'argent des salariés intervient pour la plus grande part. Une démarche à trois niveaux s'esquisse. Le financement de la santé se fait dans le cadre d'un équilibre global où la sécurité sociale, l'Etat, les mutuelles, les collectivités et les ménages doivent apporter leur contribution. Ce financement va s'inscrire dans le cadre d'un programme pluriannuel c'est à dire l'intérêt non plus d'un plan d'action annuel de l'administration centrale mais d'un véritable programme de santé étalé sur plusieurs années pour répondre à des préoccupations à court, moyen et long terme. C'est dire également l'intérêt d'un plan directeur précis pour chaque structure de santé. L'élément clé de cette nouvelle organisation du système de financement de la santé est représenté certainement par la mise en place d'un système d'évaluation: Comptabilité des actes, quantification du travail, appréciation de la qualité et de la performance. Ce système d'évaluation est permanent et impliquera directement les bailleurs de fonds.

Le deuxième volet de cette réforme est une autonomisation des hôpitaux. Ceux ci vont être dirigés par des conseils d'administration regroupant les bailleurs de fond, les producteurs de soins, les collectivités locales et les consommateurs de soins.

Le devenir de l'hôpital va dépendre de plusieurs facteurs :

- 1- L'environnement économique et financier caractérisé par l'ouverture du pays à l'économie du marché et la réduction des dépenses sociales.

L'instauration d'un ticket modérateur apparaît déjà comme une mesure unique. Quel est son pourcentage? la solidarité sociale peut-elle se développer davantage? Les prélèvements obligatoires ne peuvent augmenter indéfiniment. Or, les études prévisionnelles montrent que les D.N.S vont se multiplier par deux ou même par trois d'ici l'an 2000.

- 2- La réglementation en vigueur, le statut particulier des établissements de santé faisant d'eux des établissements publics à caractère administratif dont les fondements sont une comptabilité publique inadaptée et un financement global forfaitaire qui empêche tout calcul prévisionnel. Le statut des personnels régi par la fonction publique dont la rigidité en matière de gestion des carrières et des salaires est incompatible avec la dynamique d'une entreprise autonome. La programmation des allocations d'investissements suivra-t-elle les courbes de productivité, ménagera-t-elle l'équilibre géographique ou subira-t-elle les pressions politiques ?

- 3- La relation avec le secteur privé, celui-ci en raison de nombreux facteurs : autorisation d'ouverture de cliniques (1988), dévalorisation du secteur hospitalo-universitaire à l'origine d'un transfert de compétences (près de tiers du corps hospitalo-universitaire a démissionné entre 1986 et 1990), suppression du service civil pour les spécialistes, les progrès scientifiques à l'origine de kits de diagnostic, d'appareils miniaturisés, de télématique... vont démocratiser les actes hospitaliers.... Tous ces éléments vont renforcer le secteur privé et le placer comme véritable concurrent du secteur public.

S'acheminera-t-on alors vers une coopération secteur public - secteur privé: Déjà des hôpitaux ont été fermés et d'autres risqueront de l'être faute de rentabilité (taux d'occupation inférieur à 15%).

4- Les activités développées par les hôpitaux publics : resteront-ils des hôpitaux généraux ou évolueront-ils vers des hôpitaux de pointe? Les activités développées, leur coût, leur hiérarchisation, leur type, leur quantité vont certainement déterminer en partie leur avenir.

En effet, les hôpitaux publics risqueront d'être contraints de prendre en charge les malades les plus dépendants et donc les plus coûteux (prématurés, vieillards, polytraumatisés...).

Faute d'y penser maintenant et de mettre en place les dispositions nécessaires l'avenir de l'hôpital public risque de lui échapper aggravant les inégalités sociales et réduisant la performance et la qualité des soins.

Débat

Question:

La réforme du secteur de la santé est axée principalement sur la réorganisation financière, or il y a un problème important qui n'a pas été abordé: celui de l'organisation du travail. Nous sommes restés dans des chiffres de dépense qui n'expliquent pas totalement ce que doit être une politique de santé.

Question:

Quel est le profil du responsable type du centre hospitalier. Nous savons que l'INPED est resté longtemps l'unique institution de formation en gestion en Algérie pour le secteur industriel. Nous assistons ces dernières années à la création de l'institution de formation en gestion et même une spécialisation en gestion hospitalière. Cet institut possède trois programmes de formation en gestion, et dans l'ensemble de ces programmes le secteur de la santé est absent.

Question:

Quelle est l'expérience algérienne de soins assurée par l'Etat dans le secteur de l'éducation scolaire?

Question:

A travers les textes qui ont régi le secteur de la santé il était prévu de doter les institutions sanitaires de statut d'entreprise et de ériger en entreprises à caractère administratif (EPA) appliquant les règles de la comptabilité publique afin de préserver les deniers publics. or, l'organisation de ce secteur est restée au niveau des textes et la comptabilité publique n'a pas pu prendre en charge la maîtrise des coûts. Ne serait-il pas plus avantageux de recourir à la comptabilité analytique dans ce secteur?

Réponse.

Concernant le problème de la réforme, je pense qu'elle est insuffisante, son application aurait été intéressante au début des années 1980, actuellement elle est dépassée. Non pas qu'il ne fallait pas faire une réforme, mais telle qu'elle est présentée actuellement elle ne touche que quelques aspects dont le financement et l'organisation. Le problème de la formation n'a pas été abordé, alors qu'il y a 30.000 praticiens qui travaillent et 1000 personnes sont en chômage. Le secteur paramédical compte 70.000 paramédicaux et 20.000 sont en formation. La réforme n'a pas répondu également au problème du médicament. La loi algérienne a interdit au privé de fabriquer des médicaments sur des données dogmatiques jusqu'en 1990, alors que nous sommes dépendants à 90% de l'étranger et durant 30 ans nous avons acheté des médicaments chez des privés étrangers. Autre problème de la réforme, celui de la recherche. Actuellement l'Algérie consacre 2 DA par habitant et par an à la recherche médicale et plus de 10 DA convertibles pour l'achat du tabac par habitant.

Concernant la question de transformation des hôpitaux en entreprises à caractère administratif ou économique, il faut arriver à une vision d'entreprise économique, même si la finalité est différente, c'est à dire que l'hôpital doit conserver une vocation sociale. Il est vrai que la réforme n'a pas répondu à la question du devenir de l'hôpital même si ce dernier n'a pas équilibré son budget, car les hôpitaux doivent avoir une rentabilité, c'est un problème de planification.

Quant à la question de l'hygiène scolaire, le dossier n'est pas pris en charge par le ministère de la santé publique. Il faut trouver une entente entre les ministères de l'éducation nationale et de la santé, créer des postes d'emploi pour prendre en charge la médecine scolaire.