

LA CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN: SON IMPACT SUR LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS

BENMANSOUR Sonia

Maitre assistant «A »

Université Mouloud MAMMERY de Tizi-Ouzou – FSEGSC.

Introduction

Depuis quelques années, le succès des idées libérales revient en force pour faire basculer le monde vers la généralisation de la logique marchande qui prime les lois de l'offre et de la demande en plaçant le profit comme le seul et unique indicateur de performance économique¹. En effet, Face à la raréfaction des ressources et le renforcement de la concurrence, le secteur de la santé n'a pu lui aussi échapper à ces impératifs; pourtant la nature de l'activité médicale, la complexité des processus de production des soins et la socialisation de la demande l'ont depuis longtemps épargné d'une quelconque introduction de critères de rationalité pour sanctionner les décisions prises dans ce domaine.

En Algérie, la prise en charge de la santé des habitants figurait dans les principaux textes doctrinaux; la Charte Nationale de 1976 stipule: « L'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population ». Ce principe est réitéré par la constitution en son art 67: « Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. Ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit...²

Il est clair que la question du financement du système de soins algérien est très complexe. Les pouvoirs publics doivent abandonner l'idée que préserver la santé du citoyen n'est pas

¹ CORRADIN Camilla; les hydrocarbures dans l'économie algérienne, d'une économie planifiée à une économie de marché; RITIMO (réseau d'information et de documentation pour le développement durable et de la solidarité internationale); N° 34; 2008.

² BRAHAMIA Brahim: Evolution et tendances des systèmes de santé. OCDE- Europe de l'Est- Maghreb, Bahaeddine Editions 2010, p354.

rentable et se décider à aligner le coût de la prestation médicale sur le coût de la vie. La refondation du système de santé est devenue une priorité.

La contractualisation, peut-elle constituer une alternative à la problématique du financement des soins en Algérie ?

Face aux difficultés croissantes du financement des soins hospitaliers nous allons étudier l'évolution du mode de financement par budget historique vers un budget alloué selon une estimation des activités.

I. L'histoire des cycles de financement

Les mécanismes de financement sont un des moyens qui peut conduire les établissements à adopter des comportements en lien avec les objectifs du système de santé. On observe que les réformes des mécanismes de financement sont généralement un processus évolutif qui avait pour point de départ la volonté des gestionnaires des systèmes d'améliorer leurs connaissances des activités des hôpitaux et du poids de ces dernières dans l'utilisation des ressources.

I.1. Financement socialisé

Depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics en Algérie se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée "prix de journée" ³ déterminée conjointement en termes de négociation entre les départements (wilayas) et les organismes de sécurité sociale.

Les recettes des hôpitaux étaient constituées par les paiements effectués par, les organismes de sécurité sociale pour les assurés sociaux et leurs ayant droits (environ 30% DNS), par l'Etat et les Collectivités Locales (Trésor et Caisse de Solidarité des Départements et Communes) pour les patients indigents détenteurs d'une carte d'indigence (60% DNS), et par les particuliers (couches aisées et les professions libérales) qui payaient directement leurs soins (10% DNS). ⁴

³ Ce prix est égal au budget des dépenses de l'année N divisé par le nombre de journées d'hospitalisation réalisées. Il servait alors à calculer le budget de l'année N+1.

⁴ LAMRI Larbi, « Accroissement de la Dépense Nationale de Santé des Ménages: Facteurs explicatifs », Séminaire sur « Le système de santé Algérien à l'épreuve de la transition plurielle », le 03 Mai 2015-Hôtel Mazafran-Zéralda.

Ce mode de financement a été vigoureusement critiqué en raison de ses effets inflationnistes. En effet, si les établissements désiraient un prix de journée élevé pour l'année suivante, ils devaient faire « tourner la machine à plein »⁵. Ainsi, plus les médecins hospitalisaient et prescrivaient des actes, plus longtemps le malade restait à l'hôpital, mieux s'en portait financièrement l'établissement, puisque c'est la Sécurité sociale qui payait⁶. Ce système s'est révélé particulièrement opaque, d'autant plus que les abus et les gaspillages n'étaient pas sanctionnés, la croissance économique ayant permis de dépenser sans réellement compter.

Malgré ses inconvénients, ce système a fonctionné pendant près de 10 ans. D'une part parce qu'il a permis de financer la rénovation de l'hôpital. D'autre part parce que, à l'exception de la Sécurité sociale, ils étaient tous gagnants: les malades; les directeurs d'hôpitaux, qui géraient sans véritable souci de l'économie nationale ; les médecins hospitaliers qui ne se considéraient ni comme ordonnateurs des dépenses de l'hôpital ni comme comptables de la sécurité sociale; les fournisseurs de biens et de services qui vivaient de ce marché florissant⁷.

Ainsi, si l'expansion économique des trente glorieuses a permis des avancées considérables en matière sanitaire et sociale⁸, elle a toutefois entériné un contexte dans lequel les préoccupations des gestionnaires s'effaçaient devant la prépondérance de la logique professionnelle.

⁵ IMBERT J. (1994), *Les hôpitaux en France*, PUF, 6^{ème} édition mise à jour, 1^{ère} édition, 1958. P83.

⁶ Les recettes finales de l'hôpital étant fonction du nombre de journées déclarées et facturées à l'assurance maladie.

⁷ BONNICI B, « La politique de santé en France », PUF, 2^{ème} édition corrigée, 1997, 1^{ère} édition, 1993, pp75-76.

⁸ Généralisation progressive de la Sécurité sociale, rénovation et développement des infrastructures sanitaires et sociales, redéfinition des politiques sectorielles.

I.2. La dotation globale de financement

À partir de janvier 1974, l'Algérie adopte une politique de gratuité des soins dans les structures publiques de santé (substitution des paiements directs (acte et prix de journée) par la formule « budget global »). Cette décision politique facilite l'accès aux soins et aux médicaments, par la suppression de l'obstacle financier, disposition bénéfique, surtout pour les démunis⁹. L'État est à la fois le principal prestataire de services et la principale source de financement des services de santé. Les dépenses de santé s'élevaient en 1973 à 874 millions de DA et représentaient environ 1,6 % du produit intérieur brut (PIB).¹⁰

Cette méthode est généralement utilisée lorsqu'il y a peu d'information sur l'activité et sur les coûts. Pour leur fonctionnement, les hôpitaux reçoivent un budget global préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, articles). Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux, au cours des années 80, dans de nombreux systèmes de santé.

La mise en place de la procédure de budget global en Algérie était censée résoudre l'étranglement financier des hôpitaux induit par les retards de paiement des factures et par les difficultés de recouvrement des créances auprès des administrations et des organismes de sécurité sociale d'avant 1974.

Le principal avantage du budget global pour les bailleurs de fonds tient au fait qu'il offre un moyen simple d'assurer la prévisibilité budgétaire et de limiter l'augmentation des dépenses des hôpitaux par l'effet de levier de l'offre de budgets plafonnés, et le principal inconvénient de ce mode de financement est le manque d'incitation à l'efficacité, notamment sur les points suivants : la qualité des soins, la performance en termes d'efficacité des établissements et l'accès aux services.

⁹ CHACHOUA , « Le système National de santé, 1962 à nos jours ». Colloque international sur les politiques de santé. Alger, les 18 et 19 janvier 2014.

¹⁰ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Ce sont les inconvénients de ce système qui ont généré le besoin de lier financement et niveau de services. C'est aussi ce qui a incité les établissements et les payeurs à développer des systèmes d'évaluation, de classification et de coût des activités dans les établissements.

I.3. Financement réaménagé

Le financement socialisé des hôpitaux allait être partiellement aménagé à partir de la deuxième moitié des années 80. En plus de la décision de 1984 de ne plus distribuer les médicaments gratuitement pour les soins ambulatoires, il fut décidé de faire participer les usagers à raison de 20% (ticket modérateur) du coût des examens radiologiques, des analyses médicales et des explorations fonctionnelles, calculés sur la base de la nomenclature des actes de 1987.¹¹

La participation grandissante des ménages aux dépenses de soins a été favorisée essentiellement par l'élargissement de l'offre privée des soins au début des années 1986. L'inflation, la dévalorisation des unités monétaires, l'endettement sont de nouveau défi pour l'Etat qui devient incapable de prendre en charge l'ensemble des problèmes sociaux qui sont déjà très coûteux en moyens financiers¹². Les chiffres rapportent qu'en 1988, les dépenses des ménages étaient estimées à un taux de 18,9 % de l'ensemble des dépenses nationales de santé. À la même date nous avons enregistré une participation de l'Etat de 20 % et celui de la sécurité sociale de 60,3 %¹³. Ces taux étaient appelés à changer d'année en année en fonction de l'élargissement du secteur privé¹⁴ et des modifications des parts de marchés de soins en Algérie.

Avec le projet de tarification l'Etat prévoyait de réaliser des rentrées annuelles entre 2,5 à 3 milliards de DA pour

¹¹MEBTOUL Mohamed, « La médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie », Médecine et Santé, N°5, 1999.

¹² BENACHENHOU Abdellatif, « L'aventure de la désétatisation en Algérie », Revue du monde musulman et de la Méditerranée, N°65, 1992, pp175-185.

¹³ Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2004.

¹⁴ Le secteur privé a connu un développement rapide dans les années 1990, à la faveur de la promulgation de la loi 88-15 du 3 mai 1988 et du décret 88-204 du 18 octobre 1988, fixant les conditions de réalisation et de mise en fonctionnement des cliniques privées

couvrir les charges de fonctionnement qui étaient considérées comme étant très lourdes surtout que les dépenses de personnels à elles seules représentaient les 70% de l'ensemble des dépenses. Les tarifs qui étaient fixés par arrêté interministériel du 07 janvier 1995 à 50DA pour une consultation de soins généraux sont passés à 100DA. Le prix des consultations spécialisées qui était de 100DA est passé à 200DA et le tarif pour une journée d'hospitalisation est passé de 200 à 700 DA la journée. Les revenus de ces nouvelles participations étaient ventilés à la hauteur de 60% au profit des travailleurs, 20% destinés au budget des établissements et 20% pour l'amélioration des conditions d'accueil et de restauration.¹⁵

Les réactions de rejet enregistrées ont conduit à la diffusion d'une circulaire datée du 05 avril 1995 du ministre de la santé excluant du champ d'application certaines catégories particulières de malades¹⁶.

Bipolarisé, le financement de la santé est devenu triangulaire.

Tableau 01 : La matrice financière des dépenses de santé

Agents de financement	2001	%	2011	%	2012	%	(%) 2011 2012
Etat	57,4	24,5	376,2	44,3	404,8	44,3	7,6
Sécurité sociale	72,5	30,9	186,0	21,9	195,0	21,3	4,8
Ménages	94,9	40,5	214,2	25,2	226,2	24,7	5,6

Source : LAMRI Larbi, *Accroissement de la Dépense Nationale de Santé des Ménages: Facteurs explicatifs* ; Séminaire sur « Le système de santé Algérien à l'épreuve de la transition plurielle », le 03 Mai 2015-Hôtel Mazafran-Zéralda.

Nous constatons que l'Etat demeure le principal financeur avec 44,3%. La part des ménages (24,7%) est supérieure à celle

¹⁵ KARA TERKI Assia, « La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public ». Thèse de doctorat En sciences économiques ; Université ABOU BEKR Belkaid de Tlemcen, Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, 2009, p334.

¹⁶ Il s'agit des personnes émergeant au filet social, les enfants de moins de cinq ans, les malades chroniques, ceux séjournant pour plus d'un mois à l'hôpital, les victimes des fléaux d'épidémies ou de catastrophes naturelles et les personnels des services de santé y compris leurs ayants droits.

de la Sécurité Sociale (21,3%). L'évolution en 2011/2012 de la part des ménages (5,6%) est plus importante que celle de la sécurité sociale (4,8%).

Face aux difficultés croissantes de financement des soins hospitaliers, la tarification c'est imposé comme dernière solution pour apaiser les charges du système.

II. La réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ?

L'évolution des mécanismes de financement est tributaire de la sophistication des systèmes d'information de classification des activités et de collecte d'information. Selon la nature des activités, On observe le financement basé sur l'acte et le financement par cas¹⁷.

II.1. Le financement à l'acte

Le financement à l'acte est la forme la plus simple de financement à l'activité. C'est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué (l'hôpital est payé au coup par coup en fonction des services fournis). Un épisode de soins hospitalier génèrent une quantité d'actes dont les actes de diagnostics (tests de laboratoire, radiographies, ...), les services médicaux et les services infirmiers. Le paiement est associé à chaque acte déclaré.

Les principales limites du paiement à l'acte tiennent à son aspect non-limitatif et à sa tendance à perpétuer le mauvais usage des ressources. En plus de restreindre la capacité à contrôler les coûts du système¹⁸.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, plusieurs structures hospitalières ont testé les procédures de la contractualisation. Le principe en est simple, il suffit de répondre à ces questions:

- Quels sont les actes qui ont été dispensés au patient? Combien a coûté l'acte ?

¹⁷ Castonguay Joanne : Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux ; Rapport de projet, Montréal, Mars 2013, p3.

¹⁸ Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville, Didier Tabuteau : Traité d'économie et de gestion de la santé, Paris : Presses de sciences Po- Editions de santé, 2009, p15.

- Qui doit payer l'acte?

D'après la circulaire n° 3637 MSP/ DSS du 23 / 12 / 1985, la fiche navette est un document qui accompagnent systématiquement le dossier médical du malade à son admission, l'ensemble des prescriptions qui y sont notées font l'objet d'un décompte final à l'occasion de la détermination du coût des prestations et de la journée d'hospitalisation au niveau du bureau des entrées pour l'établissement de la facture. Jusqu'à présent, la facturation se fait à blanc à titre d'une démarche expérimentale.

La non exploitation de la fiche navette est causé par une mauvaise préparation (plusieurs actes manquent dans la nomenclature des actes de 1987), un manque d'organisation total et surtout une mauvaise volonté de la part des professionnelles de la santé.

Le développement des systèmes d'information et de classification des activités va permettre d'aligner les tarifs avec les coûts attendus par cas¹⁹ et ainsi de faire évoluer les paiements à l'acte aux paiements par cas. Ce qui incite les établissements à améliorer leur efficacité.

II.2. Le financement par cas:

Ce système fixe un tarif prospectif en fonction des affections médicales diagnostiquées et des coûts de traitement standardisés. La formule la plus connue est celle des groupes homogènes de malades (GHM)²⁰ qui a été introduite dans le programme Medicare aux États-Unis, en 1983. C'est l'état de santé ou « maladie » du patient qui est explicitement identifié comme le déterminant principal de l'utilisation des ressources ; d'où l'importance du case mix, c'est-à-dire de l'éventail de la morbidité hospitalière de chaque hôpital, car c'est lui qui est le prédicateur des services nécessaires, de leur mode d'utilisation et des coûts prévisibles.

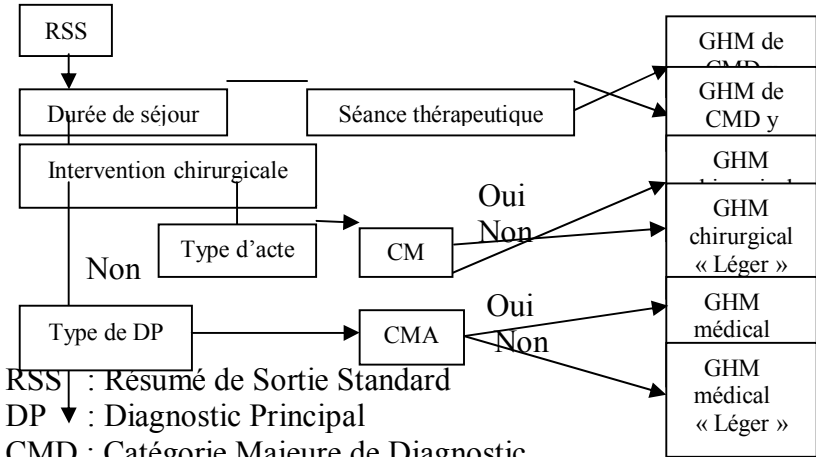
La classification en GHM repose sur le classement de la totalité des séjours produits dans le champ décrit par le

¹⁹ BENKACI Youcef, Rapport d'étape sur le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale- MSPRH, 2011.

²⁰ Méthodologie de regroupement des patients selon leur diagnostic, en anglais, Diagnostic Related Group (DRG).

programme de médicalisation du système d'information (PMSI).

Schéma N°1 : La classification en GHM



RSS : Résumé de Sortie Standard

DP : Diagnostic Principal

CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic

CMA : Complication et Morbidité Associée

Source : Fetter R, « Les DRG le PMSI et l'expérience DRG dans le monde », Journal d'Economie Médicale, N°5, 1986 et Lenay O et Moisson J-C, « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier ». Revue Française de gestion, N°146, 2003.

Le système français compte au total 512 GHM et ils sont tous regroupés en 24 catégories majeures de diagnostics CMD selon un algorithme²¹ de décision qui se fonde sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standard (RSS)²². La durée de séjour a été choisie comme mesure approchée de la consommation de ressources en raison de sa simplicité et de sa disponibilité. Aussi, l'introduction du concept «complexité des soins » et « sévérité de la pathologie » contribue à améliorer l'explication de la variation des consommations des ressources.

²¹ Le principe de l'algorithme de classification est classique, il s'agit de constituer des groupes dont les variances calculées de la variable dépendante choisie présentent les propriétés suivantes : La variance intra-groupe doit être la plus faible possible, La variance inter-groupe doit être maximum.

²²KARA TERKI Assia, op. Cité, p 361.

Le financement par cas facilite la concurrence pour la passation des contrats, en vue d'un traitement et limite la tendance des prestataires à augmenter le volume des services, mais cela peut conduire, dans une certaine mesure à un risque que les hôpitaux essaient, autant que possible de «faire passer » les patients dans les groupes de malades qui déclenchent le meilleur financement.²³

Le passage d'un mode de financement par budget à un mode de financement à l'activité est généralement un processus évolutif. L'implantation de tarif à l'activité encourage les établissements à développer une meilleure connaissance de leurs coûts pour maintenir un équilibre budgétaire.

III. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)

La nouvelle loi de financement de la Sécurité sociale fait de la réforme de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé un levier essentiel de la modernisation de l'offre hospitalière. Celle-ci institue une forme de contrôle de gestion au moyen d'une refonte progressive du système de financement des établissements de soins²⁴. Il est donc nécessaire de prévoir des mécanismes régulateurs complémentaires pour garantir la qualité des soins et un accès équitable.²⁵

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A), se fonde à la fois sur la théorie économique concernant les paiements prospectifs à la pathologie que les économistes de la santé désignent par le sigle « PPP », notamment au travers de l'expérience américaine. Le principe de base de la tarification à l'activité à l'hôpital, qui consiste à payer les établissements en fonction de leur activité mesurée par groupe homogène de malades, a des avantages pour améliorer l'efficacité et la transparence dans le financement

²³ Pour contrer ces risques, Medicare a mis en place des audits des réhospitalisations précoces et des contrôles de codage.

²⁴ KRIEF Nathalie, « La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : Des enjeux économiques et sociaux compatibles ? » Rapport publié dans "Comptabilité, Contrôle, Audit et Institution(s), Tunis(2006)". Maître de Conférences Université Jean Moulin Lyon 3.

²⁵ CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C, « T2A et gestion hospitalière. La physiologie du moment », Revue Gestions Hospitalières, N°449, octobre 2005.

des soins. Toutefois, cette réforme est perçue comme brutale par la majorité des acteurs hospitaliers soumis, depuis plusieurs décennies, à une double pression : les exigences qualitatives et quantitatives s'accroissent tandis que les contraintes économiques et budgétaires se renforcent. L'enjeu attaché à la politique de santé est donc tout à la fois social et économique.²⁶

Les autorités publiques ont fait le choix de retenir ce système en l'adaptant au système de santé algérien. Ce choix a été motivé par divers objectifs dont une médicalisation du financement des établissements de santé, la responsabilisation des acteurs, une équité de traitement entre les établissements et le développement d'outils de pilotage qualitatifs comme le contrôle de gestion ou encore une comptabilité analytique plus précise.²⁷

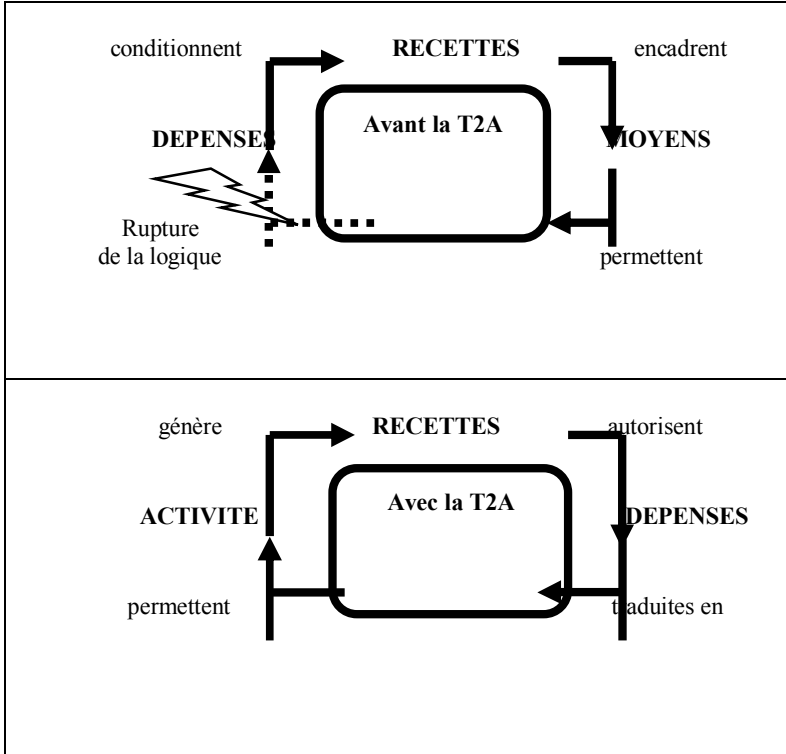
Dans cette perspective, les établissements sanitaires algérien devraient travailler à mettre en place des processus de réalisation optimisés et à se doter d'un bon système d'informations permettant de disposer de données fiables sur l'activité. La qualité des données servant à la construction à et à l'application de la T2A, ainsi que les choix de classification et de méthode effectués, sont essentiels à son bon fonctionnement. Les deux éléments essentiels dans ce contexte sont les règles de la construction des GHM et le mode de calcul des coûts (sources de données employées, méthode de calcul, définition et prise en compte des séjours extrêmes).

Contrairement au financement par budget global, l'hôpital garde une maîtrise totale de ses choix budgétaires et de son processus de production.

Figure 01: La T2A intégrée dans le financement des établissements de santé.

²⁶ BONNICI B, op. Cité, p10.

²⁷ BOUINOT Claire, « Le contrôle de gestion à l'hôpital, régulation et dynamique instrumentale »; sous la direction de Jean-claude Moisdon, Ecole des Mines de Paris, Décembre 2005.



Source : figure réalisé par nos soins

Bien que la tarification des soins a introduit un nouveau sens de responsabilité chez les usagers en agissant surtout sur ce qui est appelé le « risque moral²⁸ » ; il est constaté que ce mécanisme n'était pas suivi par d'autres mesures se rapportant aux modalités de gestion et de fonctionnement des différents services médicaux ou il est en principe recherché l'efficacité dans l'utilisation des ressources.

Conclusion :

Il est admis aujourd'hui que l'Etat algérien ne peut plus avoir le monopole dans la prestation de services de santé

²⁸ Nouveau concept qui a été introduit par le courant libéral ces dernières années démontrant que la socialisation des systèmes de soins et de sécurité sociale a donné une certaine confiance aux individus quant aux modalités de prise en charge des risques sociaux. Cette situation de confiance se traduit généralement par une multiplication des actes de soins, surtout lorsque les contraintes financières sont absentes.

et de leur financement. La démarche contractuelle impulse une dynamique managériale favorable à mettre en place un mode de financement des établissements publics de santé plus pertinent.

Dans la politique nationale de santé, la contractualisation est toujours dans un état « embryonnaire » même si elle fût sur l'agenda du gouvernement depuis 1993. Malgré les contraintes et les difficultés rencontrées, le processus mérite d'être poursuivi, approfondi et mieux coordonné.

Certains aspects doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- l'actualisation de la tarification des actes de 1987.
- l'amélioration de l'organisation.
- l'évaluation des activités et des coûts.
- les contrats d'objectifs et de moyens (ou de performance).
- le partage des informations entre les différents partenaires.

La révision des modalités de financement du système de santé devra être, nécessairement, adossée :

- ✓ aux avancées du processus de contractualisation.
- ✓ à l'institution des comptes nationaux de la santé.