



Ambassade de France en Afghanistan

# Formation au management hospitalier à Kaboul



## Finances hospitalières

**Par Jean-François Itty**

Directeur d'hôpital  
Assistance publique - Hôpitaux de Paris

**11 au 16 juin 2005**

*Ce module sur les Finances hospitalières s'inscrit dans la continuité du premier module réalisé par Maurice Page - Gestion des plateaux techniques biomédicaux hospitaliers- puis de celui d'Olivier Vilain - Maintenance et logistique hospitalière. Il précède celui qui sera délivré à partir du 20 juin 2005 par Madame le Docteur Marie-Claire Paty sur la Qualité des soins.*

## **1/ les objectifs**

Le module Finances hospitalières s'est déroulé du samedi 10 juin au jeudi 16 juin 2005.

Les objectifs suivants lui avaient été assignés :

- apporter une culture de gestion aux directeurs d'hôpital
- leur donner des outils leur permettant de déterminer les coûts de leurs différentes activités
- les aider à se positionner favorablement dans un contexte d'évolution des règles financières.

Trois axes d'apprentissages ont été proposés pour répondre à ces objectifs :

- appropriation des techniques budgétaires comme outil de maîtrise des dépenses et des recettes
- initiation à des notions économiques simples destinées au calcul des coûts
- approche du contrôle de gestion afin de suivre l'exécution des dépenses et des recettes.

Afin de tenir compte de l'extrême centralisation financière du système afghan, il a été proposé de consacrer une partie de la dernière journée à une table ronde destinée à formuler des propositions au MoPH.

## **2/ Eléments de contexte**

Le financement des hôpitaux afghans est totalement centralisé.

Le Ministère des finances arrête une dotation pour chaque hôpital et fixe le nombre de personnels employés.<sup>1</sup>

Les hôpitaux transmettent trimestriellement des demandes de fournitures au Ministère de la santé. Celui-ci ne satisfait ces demandes que dans la limite qui a été fixée par le Ministère des finances. Les demandes de fournitures alimentaires sont intégralement satisfaites.

---

<sup>1</sup> Pour l'hôpital Wazir, réduction de 130 agents entre 2004 et 2005

Toutes les dépenses et toutes les recettes sont réalisées par le ministère.

- les dépenses sont exécutées par le ministère y compris les salaires et les achats de consommables
- les achats non périssables sont réalisés par le ministère dans une centrale d'achat et livrés trimestriellement dans les hôpitaux<sup>2</sup>
- les recettes éventuelles (vente de films radio, redevances) sont déposées sur un compte bancaire de l'Etat

Cette situation est vraisemblablement à relier avec la grande dépendance des finances publiques afghanes de l'aide internationale (+ de 60% du budget ordinaire) lesquelles donateurs ne semblant pas honorer pas systématiquement leurs engagements.

A cette imprévisibilité s'ajoutent les aléas des rentrées fiscales perturbées par le manque de cohésion étatique.

Il faut cependant rappeler que cette situation est historique puisqu'elle préexistait à la période de troubles (1980-2001).

Les conséquences néfastes de cette centralisation sont multiples :

- inadaptation des quantités fournies par la centrale voire erreurs de produits<sup>3</sup>
- retards considérables dus à une procédure administrative très lourde<sup>4</sup>
- prix des marchés passés par appel d'offre gouvernemental supérieurs à ceux du marché (+30% pour le riz)
- manque d'incitation pour les hôpitaux à développer les activités annexes pourtant potentiellement nombreuses.

Sur un autre plan, les hôpitaux déplorent :

- la faiblesse des salaires des personnels qui entraîne l'obligation de rechercher un second emploi
- le manque de médicaments qui contraint certains patients à s'approvisionner sur le marché
- l'incohérence de certains dons d'équipements qui sont faits sans prise en compte des problèmes d'installation, de formation et de maintenance.

### **3/ Messages délivrés durant la formation**

- L'autonomie financière oblige à prévoir et suivre scrupuleusement les dépenses et les recettes, ce qui n'existe pas actuellement en Afghanistan.

---

<sup>2</sup> Les denrées périssables sont cherchées chez des commerçants ayant contracté avec l'Etat qui les paye directement

<sup>3</sup> Selon l'hôpital Wazir sa dotation trimestrielle en médicaments correspond à sa consommation hebdomadaire

<sup>4</sup> 5 visas sont nécessaires pour un achat banal

- La technique budgétaire et un plan comptable adapté permettent de suivre dépenses et recettes de manière efficace. Elle permet également de distinguer les dépenses courantes des dépenses exceptionnelles (investissement) et fournit un outil d'autofinancement (amortissement)
- Une étude d'exhaustivité des coûts conditionne la viabilité des équipements ou activité et conforte les demandes de financement
- Les exemples locaux et français illustrent les possibilités de développer les ressources financières.
- Les demandes d'aide internationale sont confortées par une étude approfondie en coût et en recettes.



#### **4/ Déroulement de la formation**

##### 4.1/ Initiation à la technique budgétaire

La dimension de prévision a été mise en avant comme fondement de la sincérité budgétaire. En ce qui concerne le contrôle de l'exécution des dépenses et des recettes un plan comptable adapté a été présenté comme un outil qui ordonne et sécurise.

La distinction entre fonctionnement et investissement permet de retirer les dépenses exceptionnelles de l'exécution courante. Le calcul de l'amortissement a été présenté comme une source de l'autofinancement

Les directeurs ont réagi en précisant que le système afghan actuel était très loin de l'autonomie budgétaire. Ils ont conscience qu'ils doivent renforcer leur connaissance de leurs dépenses avant de bénéficier d'une plus grande autonomie.

Ils ont été très intéressés par le mécanisme de l'amortissement qui anticipe la réduction prévisible de l'aide internationale pour les achats d'équipements.

#### 4.2/ Initiation au calcul économique

Quelques notions de base ont été présentées :

- coût individuel et coût collectif
- coût fixe et coût variable
- coût direct et coût indirect

Dans un calcul économique, distinguer ce qui appartient au domaine médico économique (coût individuel / collectif) de ce qui relève uniquement du domaine économique.

Deux sujets essentiels ont été soulignés :

- la nécessité de rechercher les coûts indirects pour viabiliser un projet (formation, maintenance, assurances)
- le repérage des coûts variables pour déterminer un coût adapté à un niveau de production

Un cas pratique a été proposé, destiné à mettre les stagiaires en situation de déterminer le coût total annuel d'une cuisine (200 rationnaires, 2 repas par jour).

Cette mise en situation a permis de travailler sur plusieurs outils :

- la détermination d'un niveau de production (nombre de repas / jour)
- la recherche d'un coût par aliment distinguant des éléments de prix et de portion (distinction prix / volume)
- le coût en personnel calculé de manière globale ou exprimé en coût par repas.

Elle a également permis d'intégrer dans le calcul économique les notions de prix bonifiés (coupons pour les produits de première nécessité) et a également révélé le manque d'efficacité des appels d'offre gouvernementaux (cf prix du riz)

La notion coût moyen / marginal initialement prévue pour son importance dans le calcul de pertinence d'une recette externe a été abandonnée par manque de temps.

#### 4.3 / Approche budgétaire

Les principes budgétaires ont été présentés en insistant particulièrement sur l'annualité qui permet un contrôle réel de l'équilibre dépenses / recettes.

Les deux phases budgétaires de prévision et de consolidation de l'exécution (compte administratif) ont été décrites concrètement. Elles ne correspondent actuellement à aucune pratique administrative puisque les établissements ne réalisent que des commandes au magasin central ne sont donc pas intéressés par la consolidation de leurs consommations<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> rencontre avec le directeur administratif de Wazir Akbar Khan

L'ébauche d'un plan comptable a été décrite en utilisant le modèle français. Le volant recettes a permis de présenter :

- les recettes liées à l'activité (prix de journée, forfait hospitalier, recettes liées à la mise à disposition des équipements)
- la redevance de l'activité libérale des médecins
- les recettes externes.

Tous ces éléments ont éveillé un grand intérêt chez les participants qui ont été attentifs aux modalités pratiques de fixation des recettes (forfait, taux, base).

Un exemple réel de projet non abouti d'acquisition partagée d'échocardiographe a permis de décrire le mécanisme des conventions de co-utilisation qui aurait pu apporter une solution gagnant / gagnant à plusieurs parties (médecine libérale, médecine publique, apprentissage universitaire).

Le mécanisme de l'activité libérale a été présenté de manière identique permettant aux médecins d'améliorer leur prestation libérale et à leurs services de bénéficier de financements d'équipements supplémentaires.

#### 4.4 / Aide à la rédaction d'une demande de financement

Un plan type de demande de financement a été proposé en insistant sur :

- la qualification du besoin et de ses destinataires
- la description exhaustive des moyens demandés et de leur organisation
- un budget précis en dépenses et éventuellement en recettes

Deux points ont été soulignés pour renforcer l'efficacité du projet :

- le repérage des coûts indirects (formation, maintenance )
- la recherche de recettes éventuelles comme gage de viabilité et d'attractivité du projet.

Un exemple réel de demande de financement d'un incinérateur a été présenté en y apportant une lecture critique (non cohérence apparente de certains chiffrages dont la durée de référence n'était pas indiquée). Il a également été présenté la réalisation d'un compte d'exploitation (dépenses / recettes).

#### 4.5 / Pistes de recherche de recettes supplémentaires

Partant de l'exemple français, des pistes de recettes supplémentaires ont été explorées tant dans le domaine des activités externes que de la contribution des patients.

La consigne était donnée de rechercher quelles activités étaient concernées, pour quels destinataires et à quel tarif.

Activités externes :

- fourniture de repas
- location d'espaces pour les commerçants
- co-utilisation d'équipements

Contribution des patients :

- facturation d'un forfait hospitalier à 2 niveaux de confort et préservant la gratuité pour les indigents, les handicapés et les « familles des martyrs »
- participation aux médicaments ( taux appliqué au coût )
- tarif progressif des actes de radiologie, de biologie, de kinésithérapie
- tarif d'entrée pour les visiteurs des patients

Ces projets sont concrets puisque les directeurs ont pu faire une estimation assez précise des tarifs qui pourraient être appliqués. Ils estiment que cette contribution est raisonnable relativement aux tarifs pratiqués par l'offre privée. Ils rappellent fréquemment que leur pays doit se préparer à la progressive réduction de l'aide internationale.

## **5 / Synthèse du module et table ronde**

La mise en commun des éléments échangés durant la semaine a mis l'accent sur deux axes :

- les hôpitaux demandent plus d'autonomie financière pour être plus réactifs
- la recherche de nouvelles sources de financement

Il a bien été rappelé que les recettes externes seraient réalisables à plus court terme puisqu'elles ne bouleversent pas le principe constitutionnel de gratuité des soins qui est effectif et entré dans les représentations sociales depuis plus de 20 ans.

La conclusion fréquemment trouvée aux débats était de commencer à gagner une autonomie financière partielle en conservant le produit des recettes externes. Cette première étape permettrait de :

- commencer à travailler en comptabilité réelle bien que partielle et non plus en « carnet de commandes »
- intéresser les établissements à développer les activités rémunératrices
- donner aux directeurs des moyens de définir des politiques internes ( incentives, recrutements spécialisés, acquisition de matériels...)

L'actuelle centralisation des achats courants paraît quant à elle une entrave démesurée au bon fonctionnement du fait des retards voire des erreurs qu'elle occasionne.

Une autonomie partielle sur certains types d'achats permettrait d'améliorer considérablement le fonctionnement hospitalier.

Certains éléments prévus dans le programme initial n'ont pas pu être abordés par manque de temps et également vraisemblablement par leur trop grand éloignement des pratiques actuelles :

- l'organisation budgétaire interne ( budgets de service, délégation de gestion)
- le contrôle de gestion (comptes anticipés, analyse des écarts, indicateurs de gestion)

Ces éléments seront rapidement indispensables en cas d'évolution vers l'autonomie financière afin de réussir dans les meilleures conditions la sortie de l'actuelle centralisation financière.

A ce propos, il a été rappelé une image citée par mon prédécesseur Olivier Vilain comparant le directeur au pilote de l'avion qui délègue à des spécialistes locaux la gestion de leur partie et recueille des indicateurs chiffrés du fonctionnement général.

Le stage s'est très bien déroulé bien que la matière soit éloignée du domaine de compétence des directeurs et que le fonctionnement actuel ne prépare pas à ces techniques.

Les directeurs ont démontré leur intérêt pour ce nouveau type de compétences. La pertinence de leurs propositions témoigne qu'ils sont prêts à prendre ces nouvelles responsabilités. La qualité de leurs échanges internes prouve qu'il peut exister une organisation des directeurs qui pourrait devenir une instance de propositions et un lieu de résolution collective de difficultés.

Kaboul, 17 juin 2005

Jean-François ITTY

**Rapport de mission validé le 17 juin 2005**  
**par l'Ambassade de France à Kaboul**  
**- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**



*Audie T'Nout*