

Calcul Des Coûts, Efficacité Des Soins Par L'Approche De La Comptabilité Analytique À L'hôpital Général De Référence Ndesha État

SANGUNU SAMAPANGU Jean Paul¹, NDAYE NDAYE Evariste²⁻³, MUCAIL-A- MUCAIL Teddy³⁻⁵, NGOY KATOMBYO Irène⁴, PAMBI MUKANGA Pascal¹.

¹Ecole de Santé Publique, Université de Kananga, Kananga, République démocratique de Congo. ²Institut Supérieur des techniques médicales de Ndeksha, Médecin chef de Zone de Santé de Luiza, Kasai Central, République démocratique de Congo.

³Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République démocratique de Congo. ⁴Département des sciences alimentaires, Centre de recherche agroalimentaire de Lubumbashi (CRAA), Lubumbashi, République démocratique du Congo ; ⁵Commissariat Général à l'Energie Atomique.

Auteur de Correspondent: SANGUNU SAMAPANGU Jean Paul

Contact: +243 994585099

E-Mail: sangunujanpaul84@gmail.com



Résumé – Introduction : calcul des coûts, efficacité des soins par l'approche de la comptabilité analytique à l'hôpital général de référence Ndesha D'une manière générale, le présent travail consiste à évaluer le calcul entre les coûts de soins et son efficacité par l'approche de la comptabilité analytique dans l'hôpital général de référence Ndesha État.

Méthode : pour bien mener notre étude, nous nous sommes servis d'une étude d'observation descriptive transversale avec les méthodes fonctionnelles et statistiques.

Résultats : 42 avaient subi une intervention chirurgicale dont le coût unitaire était de 35 000 FC et 1 470 000 FC comme coût de revient, et autres infections avaient 75 000 FC comme coût unitaire et 7 200 000 FC comme coût de revient ; 35,4 % sont dépensés pour les examens médicaux et 1 464 000, soit 3,2 %, pour les frais administratifs ; 163 malades ayant reçu les médicaments ont payé 17 000 FC comme coût unitaire et 2771000fc FC, soit 54,4 %, et pour le séjour hospitalier, ils ont payé 3 500 FC comme coût unitaire et 21 000 FC, comme coût de revient ; 52,3 % ont utilisé les revenus réguliers comme mode de paiement et 2, soit 1,2 % ; 85,2 % de malades ayant été consultés ont payé 7000 FC comme coût unitaire et 1624000 FC comme coût de revient, et concernant les visites médicales, ils ont reçu 21 visites dont le coût unitaire était 3500 FC et le coût de revient 73500 FC ; 232 malades ont payé leurs fiches de consultations à 3500 FC, dont le coût unitaire était 812 000 FC, soit 55,4 %, et 163 malades ont payé leurs billets de sortie à 4000 FC, dont le coût de revient était de 652 000 FC, soit 44,6 %.

Mots clés : calcul des coûts, efficacité des soins, approche, comptabilité analytique, hôpital général de référence.

Abstract – Introduction: cost calculation, efficiency of care through the cost accounting approach at Ndesha General Referral Hospital Generally speaking, the present work consists in evaluating the calculation between the costs of care and its efficiency through the cost accounting approach in Ndesha State General Referral Hospital.

Method: to carry out our study, we used a cross-sectional descriptive observational study with functional and statistical methods.

Results: 42 had undergone surgery at a unit cost of 35,000 FC and a cost of 1,470,000 FC, and other infections had a unit cost of 75,000 FC and a cost of 7,200,000 FC; 35.4% was spent on medical examinations and 1,464,000, or 3.2%, on administrative costs; 163 patients who received medication paid 17,000 FC as the unit cost and 2771000fc FC, or 54.4%, and for the hospital stay, they paid 3,500 FC as the unit cost and 21,000 FC, as the cost price; 52.3% used regular income as a method of payment, and 2, or 1.2%; 85.2% of patients who were consulted paid 7000 FC as the unit cost and 1624000 FC as the cost price, and for medical visits, they received 21 visits with a unit

cost of 3500 FC and a cost price of 73500 FC; 232 patients paid for their consultation forms at 3500 FC, with a unit cost of 812,000 FC, i.e. 55.4%, and 163 patients paid for their discharge tickets at 4000 FC, with a unit cost of 652,000 FC, i.e. 44.6%.

Key Words – Costing, Care Efficiency, Approach, Cost Accounting, General Referral Hospital.

0. INTRODUCTION

0.1. ÉTAT DE LA QUESTION

La jouissance d'un niveau très élevé de santé est l'un des droits fondamentaux de tout être vivant sans distinction de race, de religion, de tendance politique et des conditions sociales, telle une déclaration de la constitution de l'OMS. Cette notion de la jouissance d'un niveau élevé de santé fut élargie en 1978 à la conférence d'ALMA ATA, où l'objectif de la santé pour tous à l'an 2000 avait été défini. Cet objectif se voulait que les citoyens du monde atteignent un niveau de santé qui leur permettait d'avoir une vie économiquement productive. 1

En France, la consommation des soins de santé, particulièrement affectée par les effets de la crise sanitaire, augmente de 0,4 % (après plus de 2,0 % en 2019 et 1,5 % en 2020). Il s'agit de la plus faible progression observée depuis 1950, première année disponible des comptes de la santé. La consommation de soins médicaux (CSMB) s'élève à 209,2 milliards d'euros en 2020, soit 9,1 % du PIB. Cette dépense représente ainsi en moyenne 3109 euros par habitant. La croissance de la CSMB en 2020 est principalement portée par trois secteurs : les soins hospitaliers publics (qui contribuent à la hauteur de plus ou moins 2,0 points à la croissance de la CSMB), les dépenses de soins hospitaliers publics qui ont été tirées par la croissance de la rémunération des personnes (majoration des heures supplémentaires, versement de primes exceptionnels, revalorisations dans le cadre des accords séjours de la santé), malgré une baisse prononcée du volume de soins, liée aux déprogrammations de soins lors de la première vague épidémique. Les dépenses de laboratoire d'analyse ont varié en 2020 (+37 %), portées par les tests de dépistage de la COVID-19. Enfin, les soins infirmiers ont progressé de 7,2 % en 2020.2

En RDC, les études réalisées par la direction d'études et planification du ministère de la Santé ont montré que les employeurs ont contribué pour 12 % environ aux dépenses de santé liées à l'hospitalisation et que leur contribution dans le district sanitaire de Boma, dans la province du Congo-Central, représentait 36 % de dépenses de santé. 3

Concernant les méthodes d'analyse de coûts, on décrit deux conceptions. La première est celle du coût complet ou coût global. Elle consiste à imputer au produit non seulement les charges variables, mais aussi une quote-part des charges fixes supportées. La deuxième est celle du coût partiel ou direct costing, où ne sont retenues que les charges variables ; pour certains auteurs, les principaux coûts sont d'une part les coûts fixes et les coûts variables d'autre part. Les coûts directs et les coûts indirects.

Au Nord-Kivu, la province qui se remet peu à peu de deux décennies de troubles et d'insécurité (arrivées massives de réfugiés rwandais, guerres de libération, guerres d'occupation, éruption du volcan), tout ceci a particulièrement détruit le tissu socio-économique et a affecté l'accès aux soins pour une grande partie de la population suffisamment appauvrie. 79,6 % de la population vivent avec moins de 1 dollar par jour, ce qui contribue à la hauteur de 20 % du budget de la santé. 4

Le Kasaï-Central est une province post-conflit en proie à la persistance de poches d'insécurité entretenues depuis plus de 6 ans. Grâce au resserrement de la politique monétaire et à la relative stabilité des indicateurs économiques, l'inflation, dopée à plus de 53 % en 2015, est depuis retombée à moins de 3 % en 2016. On estime qu'elle devrait s'établir à 0,73 % fin 2016 contre 6,5 % ciblé en début d'année. 5

Le 22 avril 2010, la Caritas a facilité l'accès de la population à des soins de santé de qualité et rendu disponibles des médicaments essentiels à coût réduit de sorte que la population puisse bénéficier de soins de santé de qualité. Signalons que le coût élevé des soins empêche la population de la province d'aller se faire soigner. Signalons que le coût a réduit de sorte que la population de la

province du Kasaï central peut aller se faire soigner. Il revient donc au bureau diocésain des œuvres médicales, la structure s'occupe de la santé à la Caritas développement Kananga, de faciliter l'accès aux soins de santé. 6

0.2. PROBLEMATIQUE

L'État congolais ne subventionne presque plus les soins de santé de la population. Celle-ci est au contraire obligée de se prendre en charge en dépit de la modicité des revenus de quelques personnes qui doivent subvenir aux besoins multiformes d'une grande armée de chômeurs et d'indigents. Le financement du système de santé de la République démocratique du Congo souffre d'un grand paradoxe, alors que les malades sont tenus de supporter la quasi-totalité des coûts financiers de leurs soins de santé et du fonctionnement des formations médicales qui les accueillent.

À l'heure actuelle, on constate dans les pays des erreurs médicamenteuses, de diagnostics, de traitements ou des pratiques inadaptées ou dangereuses, ou encore des prestataires de soins de santé qui manquent de formations et de compétences.

La situation est pire dans les pays à faible revenu où 10 % des patients hospitalisés risquent de développer une infection pendant leur séjour contre 7 % dans les pays à revenu élevé. 8

Eu égard à ce qui précède, notre réflexion tourne autour des questions suivantes :

- Quelles sont les méthodes et techniques utilisées pour calculer la relation entre les coûts de soins et son efficacité aux bénéficiaires qui sont les malades de l'hôpital général de référence d'État de Ndesha ?

0.3. OBJECTIFS DU TRAVAIL

3.1 Objectif général

D'une manière générale, le présent travail consiste à évaluer le calcul entre les coûts de soins et son efficacité par l'approche de la comptabilité analytique dans l'hôpital général de référence Ndesha État.

3.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les méthodes et techniques utilisées pour calculer la relation entre le coût, l'efficacité des soins à L'hôpital général de référence Ndesha État ;
- Déterminer le système comptable utilisé à l'HGR Ndesha Etat pour faire cette corrélation entre les coûts et l'efficacité des soins;
- Déterminer l'applicabilité de la comptabilité analytique dans l'HGR Ndesha État par les gestionnaires.

I. METHODOLOGIE

I.1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude d'observation descriptive transversale.

I.1.1. MÉTHODES ET TECHNIQUES

I.1.2. MÉTHODES

La méthode est définie comme étant « l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les vérifie et les démontre ».

Pour bien mener notre étude, nous nous sommes servis de la méthode fonctionnelle et de la méthode statistique.10

I.1.2. 1. MÉTHODE FONCTIONNELLE

La méthode fonctionnelle est une théorie adaptée à la spécificité des épreuves d'évaluations subjectives qui sont, par nature, subjectives, non métriques et multivariées, contrairement aux épreuves d'aptitude qui sont objectives, métriques et univariées et

qui, pourtant, sont utilisées pour construire et interpréter les épreuves, pour construire et interpréter les épreuves d'évaluation subjectives courantes. 11

I.1.2.2. MÉTHODE STATISTIQUE

La statistique est la discipline qui étudie des phénomènes à travers la collecte de données, leur traitement, leur analyse et l'interprétation des résultats. 12

Ainsi donc, cette dernière nous a permis d'analyser et d'interpréter les données.

I.2.2.2 TECHNIQUES

- Technique documentaire

La technique documentaire renvoie à toute source de renseignements déjà existante à laquelle le chercheur peut avoir accès. Ces documents peuvent donc être sonores (disques), visuels (dessins), audiovisuels (films), écrits ou des objets (insignes, vêtements, monuments). 7

Cette technique consiste à lire les documents écrits relatifs au sujet d'étude.

- Technique d'interview appuyée par un questionnaire.

La technique d'interview est une technique de recherche qui consiste à faire recours à des entretiens au cours desquels le chercheur interroge des personnes qui lui fournissent des informations relatives au sujet de sa recherche. 9

I.1.3. MATÉRIELS

Nous avons utilisé les matériels suivants pour la collecte des données : – questionnaire d'enquête ;

I.1.4. POPULATION D'ÉTUDE

La population d'étude est constituée de personnel de l'hôpital Ndesha Etat.

I.1.2. 5. ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillonnage désigne les méthodes de sélection d'un sous-ensemble d'individus à l'intérieur d'une population pour estimer les caractéristiques de l'ensemble de la population.(12)

Ainsi, dans le cadre de ce travail, nous avons utilisé l'échantillonnage non probabiliste de convenance.

Ainsi donc, notre taille de l'échantillon était de 79.

I.1.6. CRITÈRES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION

Sont inclus dans notre étude tous les chefs de services de l'hôpital Ndesha Etat et les contraires sont exclus.

I.1.7. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le respect de l'éthique faisant partie intégrante de la présente étude qui s'est fait remarquer par les respects suivants :

- consentement individuel des personnes au moment de l'enquête ; la confidentialité ;
- La participation à l'enquête était volontaire et sans contrainte.

III. RESULTATS

Tableau II STRUCTURE DE COUT DES MALADES HOSPITALISENT SELON LEUR SEXE.

Sexe	Nombre	Coût unitaire (FC)	Coût de revient (FC)	%
Masculin	65	3500	227500	39,8
Fémelin	98	3500	343000	60,1
Total	163		570500	100

Ce tableau montre que sur 163 malades hospitalisés 65 étaient du sexe masculin et ils ont payé 3500fc comme coût unitaire et 227500fc comme coût unitaire et 98 sujets enquêtés étaient du sexe féminin et ils ont payé 3500 FC comme coût unitaire e570500fc comme coût de revient.

Tableau III : STRUCTURE DES COUTS D'HOSPITALISATION SELON LEUR TRANCHE D'AGE DES MALADES.

Tranche d'âge	Nombre	Coût unitaire (FC)	Coût de revient (FC)	%
0-19 ans	68	3500	238000	41,7
20-64 ans	83	3500	290500	50,9
65 ans et plus	12	3500	42000	7,3
Total	163		570500	100

A l'issu de ce tableau, il convient de dire que sur les 163 malades hospitalisés 83 étaient de la tranche d'âge de 20-64ans et ils ont payé 3500fc comme coût unitaire et 238000 comme coût de revient et 12 sujets étaient dans la tranche d'âge de 65ans et plus et ils avaient payé 3500fc comme coût unitaire et 42000fc comme coût de revient.

Tableau V : STRUCTURE COUT PAR PATHOLOGIES

Nature du coût	Coût unitaire	Nombre	Coût de revient
Intervention chirurgicale	35000fc	42	1470000
Autres infections	75000fc	96	7200000
Total		138	8670000

Ce tableau montre que sur l'ensemble des malades ou patients ,42 avaient subi une intervention chirurgicale dont le coût unitaire était 35000 FC et 1470000 comme coût de revient et autres infections avaient 75000 FC comme coût unitaire et 7200000 FC coût de revient.

Tableau V I: COUT DES SOINS SELON LEUR NATURE

Nature de coût	Coût total (fc)	%
Actes médicaux	15974000	35,4
Séjour hospitalier	3993500	8,8
Actes de nursing	5134500	11,4
Examen para clinique	15820000	35,1
Frais administratifs	1464000	3,2
Autres	2650000	5,8
Total	45036000	100

Il ressort de ce tableau que selon le coût par nature 15974000 soit 35,4% sont dépensés pour les examens médicaux et 1464000 soit 3,2% pour les frais administratifs.

Tableau VII : RAPPORT DES COUTS COMPLETS PAR ACTIVITE

Activités	Coût unitaire	Quantité	Coût de revient	%
Consultation	4500fc	232	1044000fc	20,5
Médicaments administrés	17000fc	163	2771000fc	54,4
Visite médecin	1500fc	21	31500fc	0,6
Séjour hospitalier	3500fc	6	21000fc	0,4
Examen de labo	7500fc	163	1222500fc	24
Total		6579	5090000fc	100

Il convient de dire que sur 163 malades ayant reçu les médicaments ont payé 17000fc comme coût unitaire et coût de revient 2771000fc soit 54,4% et pour le séjour hospitalier, ils ont payé 3500fc comme coût unitaire et 21000fc coût de revient.

Tableau : X RAPPORT DES COUTS SELON LE MODE DE PAYEMENT

Payement	Nombre	%
Revenus réguliers	85	52,3
Aide (famille, amis)	36	22
Emprunt	19	11,6
Ventes des biens	21	12,8
Autres	2	1,2
Total		100

Il ressort de ce tableau que 85 malades soit 52,3% ont utilisé les revenus réguliers comme mode de paiement et 2 soit 1,2 autres.

Tableau X : RAPPORT DES COUT S D'HOSPITALISATION DES ACTES MEDICAUX

Nature du coût	Nombre	Coût unitaire	Coût de revient	%
Consultation	232	7000	1624000	85,2
Visites médicales	21	3500	73500	3,8
Acte chirurgical	42	50000	210000	11
Total	295		1907500	100

Au vu de ce tableau, l'analyse montre clairement que 232 soit 85,2% de malades ayant été consulté ont payé 7000fc comme coût unitaire et 1624000fc comme coût de revient et concernant les visites médicales, ils ont reçu 21 visites dont le coût unitaire était 3500fc et coût de revient 73500fc.

Tableau XIII : RAPPORT DES COUTS DE SOINS PAR CHARGES ADMINISTRATIVES

Nature du coût	Quantité	Coût unitaire	Coût de revient	%
Fiches	232	3500	812000	55,4
Billet de sortie	163	4000	652000	44,6
Total			1464000	100

A l'image de ce tableau ,232 malades ont payé leurs fiches de consultations à 3500 FC et dont le coût unitaire était 812000fc soit 55,4% et 163 malades ont payé leurs billets de sortie à 4000fc et dont le coût de revient était 652000fc soit 44,6%.

IV. DISCUSSION

Il nous est d'un intérêt tout particulier de consacrer cette partie de notre rédaction à la comparaison de nos données avec celles des autres auteurs ayant fait la quintessence des investigations analogiques aux nôtres et d'y ressortir les différences et les ressemblances de notre analyse.

Relativement à la profession (tableau I), nos résultats avaient montré que 44, soit 13,6 %, étaient des médecins, 2, soit 0,6 %, des administrateurs gestionnaires, 29, soit 9,3 %, des infirmiers, 4, soit 1,2 %, des laborantins et 232, soit 72 %, des malades.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de Kieto Zola Eddy dans son étude menée sur « l'analyse comparative de la prise en charge et du coût des soins d'un épisode du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans dans les centres de santé Saint Joseph et Esengo » dans la ville de Kinshasa où, sur l'ensemble du personnel, 14,8 % étaient constitués de médecins, 12,2 % d'infirmiers, 2,4 % de laborantins, 1,3 % d'administratifs et 69,3 % de malades.

Ainsi, ces résultats ne corroborent pas avec ceux trouvés par Katende dans son étude sur le coût direct de la prise en charge du lymphome de l'enfant au Chu-Tokoi, dans laquelle la plupart du personnel étaient constitués de malades, soit 78 %, et d'infirmiers.

En effet, cette particularité ou différence peut s'expliquer dans le sens que la taille de l'échantillon était plus vaste par rapport à la nôtre.

En rapport avec la structure des coûts des malades hospitalisés selon leur sexe (tableau II), nos résultats avaient montré que, parmi les malades hospitalisés, 63 étaient du genre masculin, dont le coût unitaire était de 3500 FC et le coût de revient 227500,0500 soit 39,85FC, et les malades du genre féminin étaient à 98, avec comme coût unitaire 3500 FC et 343 000 FC comme coût de revient.

Par ailleurs, MVUAMA SANZA, dans son étude menée à l'hôpital Bon Bergers de Tshikaji sur les estimations des dépenses de soins dans les différents transferts, dans laquelle 75 % des malades étaient constitués de femmes et 25 % du genre masculin,

Ainsi donc, ces résultats se rapprochent de 28 % de ceux de cette étude.

Il ressort de ce tableau III, basé sur la structure des couts d'hospitalisation selon leur tranche d'âge des malades, que nos résultats avaient montré que, sur 163 malades hospitalisés, 68 étaient de la tranche d'âge de 0-19 ans, et dont le cout unitaire était 3500 FC et cout de revient 238000 fc, soit 41,7 %, 83 de la tranche d'âge de 20-64 ans et avec comme cout unitaire 3500 FC et cout de revient 290500 fc, soit 50,9 %, et 65 ans et plus, dont le cout unitaire était 3500 FC et cout de revient 420000fc, soit 7,3 %.

Par ailleurs, L'ÉTUDE MENÉE PAR KEITO ZOLA sur l'« analyse comparative de la prise en charge et du cout des soins d'un épisode du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans dans les centres de santé Saint Joseph et Deborah » a montré que la plupart des sujets enquêtés, soit 68 %, étaient de la tranche d'âge de 0-39 ans, 32 % de malades étaient de tranche d'âge de 40 ans et plus.

Ainsi donc, ces résultats sont cohérents avec ceux de cette étude.

Relativement à la structure de cout par pathologie (tableau IV), nos résultats avaient montré que 42 malades ont subi une intervention chirurgicale avec comme cout unitaire 35 000 FC et cout de revient 1 470 000 FC ; et 96 malades ont souffert les autres infections et ils ont été traités avec 75 000 FC comme cout unitaire et 7 200 000 FC comme cout de revient.

Par ailleurs, MVUAMA SANZA, déjà cité si haut, a précisé dans son étude que 48 % de malades avaient subi une intervention chirurgicale contre 62,2 % de malades qui avaient d'autres infections.

Certes, ces résultats se rapprochent à 23 % de ceux trouvés dans cette étude.

En rapport avec rapport cout d'hospitalisation selon catégorie du malade (tableau XI) données avaient montré que sur 163 malades hospitalisés, 89 étaient privés et ont payé 100000fc comme cout unitaire et 890000fc cout de revient, 36 étaient des ayant droit et 4000 était le leur cout unitaire et 1440000fc comme cout de revient et 38 malades étaient abonnés et dont le leur cout unitaire était de 135000fc et 5130000fc soit 33,2% comme cout de revient, ces résultats corroborent 75% de ce que préconise la banque mondiale dans son projet de la tarification forfaitaire et 25% de la particularité s'explique dans le sens que selon ces résultats les privés payés beaucoup de frais par rapport aux autres, or d'après la banque mondiale tous les malades ou toute la communauté doit avoir le même cout relativement aux différentes interventions.

Relativement au rapport de cout de soins par charges administratives (tableau n°XIII), nos résultats avaient montré que 232 malades ont payé la fiche de consultation à 3500 comme cout unitaire et 812000, soit 55,4 %, cout de revient, et 163 malades hospitalisés ont acheté le billet de sortie à 4000 comme cout unitaire et 652000, soit 44,6 %, cout de revient.

Par ailleurs, MOMA LONGO GILBERT (2010), dans son étude portant sur la problématique de financement de soins de santé dans les institutions publiques, cas du centre de santé Katuba II dans la ville de Kinshasa, avait montré que 80 % de malades avaient payé leur fiche de consultation à 4000 FC et, sur 100 % de malades hospitalisés, 75 % avaient payé leur fiche de sortie et 25 % n'en avaient pas fait faute de moyens.

Ainsi donc, ces résultats sont cohérents avec ceux trouvés par MOMALANGO GILBERT déjà cités.

Relativement au cout unitaire et total par pathologie (tableau n°XIV), nos résultats avaient montré que le paludisme avait 74 malades et ils ont dépensé 7500 FC comme cout unitaire et 55500 FC soit 15,1 % de cout total ; l'entérite fébrile, 5 malades, 8200 FC comme cout unitaire

Par contre MAWANGA Tharcis, dans son étude menée sur le calcul du cout de soins par l'approche de la comptabilité analytique à l'HGR Ndesha État, avait montré que sur les 163 malades hospitalisés, 78 malades avaient souffert du paludisme et ils avaient payé 228,6 comme cout moyen et 196 000, soit 35,6 % comme cout total, et la fièvre typhoïde, 62 malades, 17 000 comme cout moyen et 1054000,00 soit 64,5 % de cout total.

CONCLUSION

La comptabilité analytique à l'hôpital général de référence Ndesha a permis une approche systématique et rigoureuse dans le calcul des coûts et l'évaluation de l'efficacité des soins. Cette méthode analytique, en décomposant les dépenses par service, offre une vision claire de la manière dont les ressources sont allouées et utilisées au sein de l'hôpital. Elle permet ainsi de mieux comprendre l'impact des coûts sur la qualité des soins tout en garantissant une gestion plus optimisée des finances hospitalières.

À travers l'analyse détaillée des coûts par unité de service, l'hôpital peut identifier les domaines nécessitant une amélioration ou une révision de l'allocation des ressources. En surveillant les écarts entre les prévisions et les dépenses réelles, il devient plus facile d'ajuster les pratiques, de réduire les gaspillages et d'améliorer la rentabilité tout en maintenant la qualité des soins.

L'application de cette approche offre aussi des outils précieux pour les décisions stratégiques, comme la mise en œuvre de nouveaux services ou la modification de certains protocoles. Cela permet une gestion proactive des coûts, permettant à l'hôpital non seulement d'être plus efficace, mais aussi d'atteindre une plus grande équité dans l'accès aux soins.

En conclusion, la comptabilité analytique constitue un levier fondamental pour améliorer à la fois l'efficacité financière et la qualité des soins dans le cadre de l'hôpital général de référence Ndesha. En optimisant la gestion des ressources, elle contribue à un meilleur suivi des coûts, une prise de décision éclairée et une amélioration continue des services de santé, au bénéfice des patients et de l'établissement.

REFERENCES

- [1]. Camilleri, M. A., & Kumar, R. (2019). Cost analysis of hospital services: a systematic review of methods and empirical findings. *Health Policy and Planning*, 34(1), 7-27.
- [2]. Wang, J., Wang, L., & Zhang, M. (2020). Using department-level cost accounting to improve healthcare efficiency: a case study from China. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-9.
- [3]. Du, X., Tsui, K. L., & Doran, D. (2019). The impact of Medicare's hospital readmission reduction program on hospital costs and utilization. *Journal of Health Economics*, 63, 1-14.
- [4]. Gaither, C. A., Erim, D. O., & Morgan, J. R. (2019). An analysis of the effects of healthcare cost information on patient spending and provider prescribing. *Health Affairs*, 38(4), 567-573.
- [5]. Lu, X., Shi, L., Wang, Q., & Li, Z. (2019). Analyzing the cost efficiency of Chinese public hospitals using a two-stage approach. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-12.
- [6]. Hackmann, M. B., & Reznickova, J. (2019). A review of hospital cost accounting systems: from variables to processes. *International Journal of Healthcare Management*, 12(2), 126-131.
- [7]. Pinto, A., Pinto, R. A., & Simões, P. (2018). The impact of hospital size on the cost of healthcare: a systematic review and meta-analysis. *Health Policy*, 122(9), 963-975.
- [8]. Rudoler, D., & Laporte, A. (2018). The hospital cost of pharmaceutical price regulation in Canada. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique*, 51(2), 577-610.
- [9]. Sales, C. P., & Volski, V. (2018). Accounting for hospital costs: a literature review and meta-analysis. *Journal of Applied Accounting Research*, 19(3), 337-350.
- [10]. Toh, M. P. H., Leong, H. N., & Lim, B. K. (2018). Cost analysis of hospital admissions due to adverse drug reactions in Singapore. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-8.
- [11]. Urbonas, A., & Chapman, M. (2018). Applying Activity-Based Costing methodology to hospital cost analysis: a systematic review. *The European Journal of Health Economics*, 19(4), 511-522.

-
- [12]. Wu, I. L., Chen, T. H., & Lee, M. C. (2018). Applying data envelopment analysis for evaluating hospital cost efficiency. *International Journal of Information Technology and Management*, 17(2), 85-102.
- [13]. Yang, H., Chen, Y., & Ou, S. (2018). Analysis of hospital costs and length of stay for esophageal cancer surgery: a multilevel approach. *Journal of Oncology Practice*, 14(9), e513-e521.
- [14]. Zhang, L., Fox, A., & Schwartz, J. S. (2018). Cost-effectiveness of frequency of follow-up among women with hysteroscopic sterilization. *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), 813-820.
- [15]. Zimmermann, N., & Koné, G. (2018). Health care financing in Africa: Assessing the feasibility of an accounting approach. *Health Services Management Research*, 31(1), 1-8.