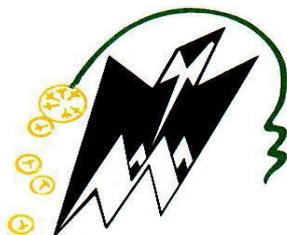


**Université MOULOUD MAMMERI de Tizi-Ouzou**  
**Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et de Gestion**  
**Département des Sciences Economiques**



## **Mémoire de Fin d'Etudes**

**En vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences Economiques**  
**Option : « Economie de la Santé »**

### ***Thème***

**Financement des établissements publics de  
santé en Algérie :  
La contribution des malades. Cas de  
l'établissement public hospitalier (EPH) de  
Draa El Mizan**

**Réalisé par :**  
**M<sup>elle</sup> BOUTELDI SAMIA**

**Dirigé par :**  
**D<sup>r</sup> SALMI MADJID**

Devant le jury composé de :

**Président : M<sup>r</sup> BOUBAKEUR**

**Maître Assistant Classe B UMMTO**

**Rapporteur : D<sup>r</sup> SALMI MADJID**

**Maître Assistant Classe A UMMTO**

**Examineur : M<sup>r</sup> MERZOUGUI**

**Maître Assistant Classe B UMMTO**

**Date de soutenance : Le 30/11/2016**

***Promotion : 2015/2016***

# Remerciements

*Nous tenons tout d'abord et avant tout à rendre grâce à Dieu de nous avoir donné le courage et la détermination ainsi que la patience pour pouvoir franchir toutes les épreuves afin d'arriver à ce stade.*

*Au terme de ce travail, il m'est agréable de remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin, directement ou indirectement à la réalisation de ce travail.*

*Mes profonds remerciements et ma vive reconnaissance vont particulièrement à :*

*- Mr SALMI Madjid Professeur à la Faculté des Sciences Economique et de Gestion d'avoir bien voulu dirigé ce travail et pour tous ces conseils et ses orientations. Qu'il trouve ici mes sentiments de gratitude et de déférence.*

*- Les membres de jury qui ont eu l'amabilité d'accepté d'évaluer ce travail.*

*- Mr BARBOR ALI Directeur de l'EPH KRIM BELKACEM de Draa El Mizan de m'avoir accepté et accueilli au sein de l'établissement.*

*- Mr BATATACHE TOUFIK économiste de l'EPH, M<sup>me</sup> BACHIR CHERIF Hakima agent de la régie de l'EPH, Administrateur au service de calcul des coûts, pour les informations précieuses qu'ils m'ont fournis généreusement ainsi que pour leurs aides, explications et conseils qui mon permis l'accomplissement de ce travail.*

*- M<sup>me</sup> SALMI samya chef département de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion pour son aide, sa patience et sa gentillesse.*

*- M<sup>me</sup> HAMAZ Maître Assistante classe B à la Faculté des Sciences Economique et de Gestion pour ses orientations et sa gentillesse.*

# *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail*

*A la mémoire de mon très cher père*

*A ma très chère Mère que Dieu me la protège*

*A Mes sœurs*

*Fariza, Nacera, Louiza et sa famille*

*A la mémoire de ma très chère sœur Laldja*

*A la mémoire de mes frères*

*Saïd, Hamid, Arezki*

*A tous les étudiants de Master " Economie de Santé".*

*SAMIA*

## Résumé

Le financement de la santé en Algérie est essentiellement basé sur le paiement direct des services par les familles. Les ménages contribuent en majorité pour 4%, les recettes publiques à travers le budget national représentent 88%, la sécurité sociale participant à hauteur de 7% et les systèmes d'assurance existants ne profitent pas aux démunis.

Durant leur séjour à l'hôpital, les malades hospitalisés bénéficiant gratuitement de la majorité des prestations de soins disponibles à l'hôpital, avec une prédominance des spécialités chirurgicales. Néanmoins, certains d'entre eux doivent payer des soins liés aux analyses biologiques, à l'imagerie médicale, aux médicaments... Les coûts de ces prestations s'élèvent à des sommes dépassant leurs capacités financières, les obligeant parfois à renoncer aux soins.

L'indisponibilité de certains médicaments et dispositifs médicaux ainsi que les ruptures de stocks y afférentes, ont de ce fait nui à l'accessibilité de soins prodigués aux malades. Ces contraintes sont donc à surmonter en vue d'améliorer l'accès gratuit aux soins de santé pour des pans entiers de la population.

Les dépenses de santé au profit des malades, quant à elles, sont en nette augmentation mettant en difficulté les bailleurs de fonds ou les apporteurs de capitaux. Le recours au recouvrement des facturations liées à l'activité du régime se pose avec acuité.

**Mots Clés :** Etablissement public hospitalier, Gratuité des soins, Contribution des malades, Financement des établissements publics hospitaliers.

## Summary

Funding for health in Algeria is mainly based on the direct payment of services by families. Households contribute the majority to 4%, public revenues through the national budget account for 88%, social security for 7%, and existing insurance systems do not benefit the poor.

During their stay in hospital, inpatients benefiting from the majority of the care available at the hospital, with a predominance of surgical specialties. Nevertheless, some of them have to pay for care related to biological analyzes, medical imaging, medicines ... The costs of these benefits amount to exceeding their financial capacities, sometimes forcing them to give up care.

The unavailability of certain medicines and medical devices, as well as the related stock-outs, has hampered the accessibility of patient care. These constraints must therefore be overcome in order to improve free access to health care for whole sections of the population.

Spending on health care for the sick, on the other hand, is in marked increase, putting the donor or the capital providers in difficulty. Recourse to the collection of invoices related to the activity of the scheme is acute.

**Keywords:** Public hospital, Free care, Patient contribution, Financing of public hospitals.

## Liste des tableaux

<b>Tableau n° 01:</b> Evolution des indicateurs de l'activité hospitalière de l'EPH de Draa El Mizan .....	<b>45</b>
<b>Tableau n° 02:</b> Tarif de Radiologie.....	<b>52</b>
<b>Tableau n° 03:</b> Tarif de Laboratoire.....	<b>53</b>
<b>Tableau n° 04:</b> Evolution des recettes en particulier la part contributive des malades au niveau de l'EPH de Draa El Mizan .....	<b>55</b>
<b>Tableau n° 05:</b> Evolution des dépenses de l'EPH .....	<b>59</b>

## Liste des figures

- Figure n° 01:** Les Sources de financement des établissements publics de santé .....**32**
- Figure n° 02 :** Evolution des indicateurs de l'activité hospitalière de l'EPH de Draa El Mizan**46**
- Figure n° 03 :** Le processus de recouvrement des recettes émanant des malades au sein de l'EPH de DEM .....**49**
- Figure n° 04:** Evolution de la part contributive des malades par rapport à la participation de la sécurité sociale et la participation de l'Etat au niveau de l'EPH de Draa El Mizan .....**56**

## Liste des abréviations

**APC** : Assemblé populaire communale

**ATIH** : Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation

**B** : Actes de biologie médicale

**C.A.I.M.E.D** : Centre for Administrative Innovation in the Euro-Méditerranéen Région

**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire

**CMD** : Catégories majeures de diagnostic

**CNAS** : Caisse Nationale d'Assurance

**Cont. Mal** : Contribution des Malades

**D** : Actes de radiologie médicale

**DEM** : Draa El Mizan

**D.M.I** : Dispositifs médicaux implantables

**DMS** : Durée Moyenne de Séjours

**E.F.P.M** : Ecole de formation paramédicale de la Wilaya de Mascara

**EHS** : Etablissements Hospitaliers Spécialisés

**EPA** : Etablissement public à caractère administratif

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier

**EPS** : Etablissement Public de Santé

**EPSP** : Etablissement Public de Santé de Proximité

**FMI** : Fond Monétaire International

**G.H.M** : Groupes Homogènes de Malades

**G.H.S** : Groupes Homogènes de Séjours

**H.A.D** : Hospitalisation à Domicile

**MCO** : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

**M.I.G.A.C** : Missions d'Intérêt Général et d'aide à la Contractualisation

**MSPRH** : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**NBR** : Nombre

**Nbr. J. Hos** : Nombre de Journée d'Hospitalisation

**Nbr. Mal. Adm** : Nombre de Malade Admis

**NGAP** : La Nomenclature Générale des Actes Professionnels

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique

**OMS** : Organisation Mondiale de Santé

**OSS** : Organismes de Sécurité Sociale

**Part-Etat** : Participation de l'Etat

**Part-SS** : Participation de la Sécurité Sociale

**PAS** : Programme d'Ajustement Structurel

**PASS** : Programme d'appui au secteur de la santé

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**PMSI** : Programme de médicalisation du système d'information

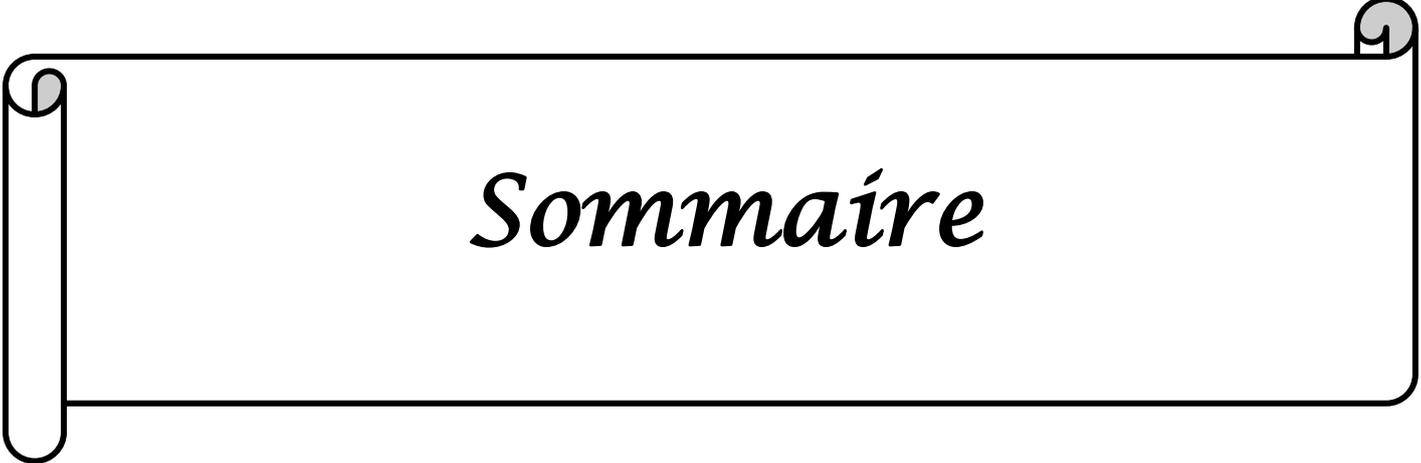
**SF** : Sources de Financement

**SNMG** : Salaire National Minimum Garanti

**T2A** : Tarification à l'activité

**TOM** : Taux D'Occupation Moyen

**TRL** : Taux de Rotation des Lits



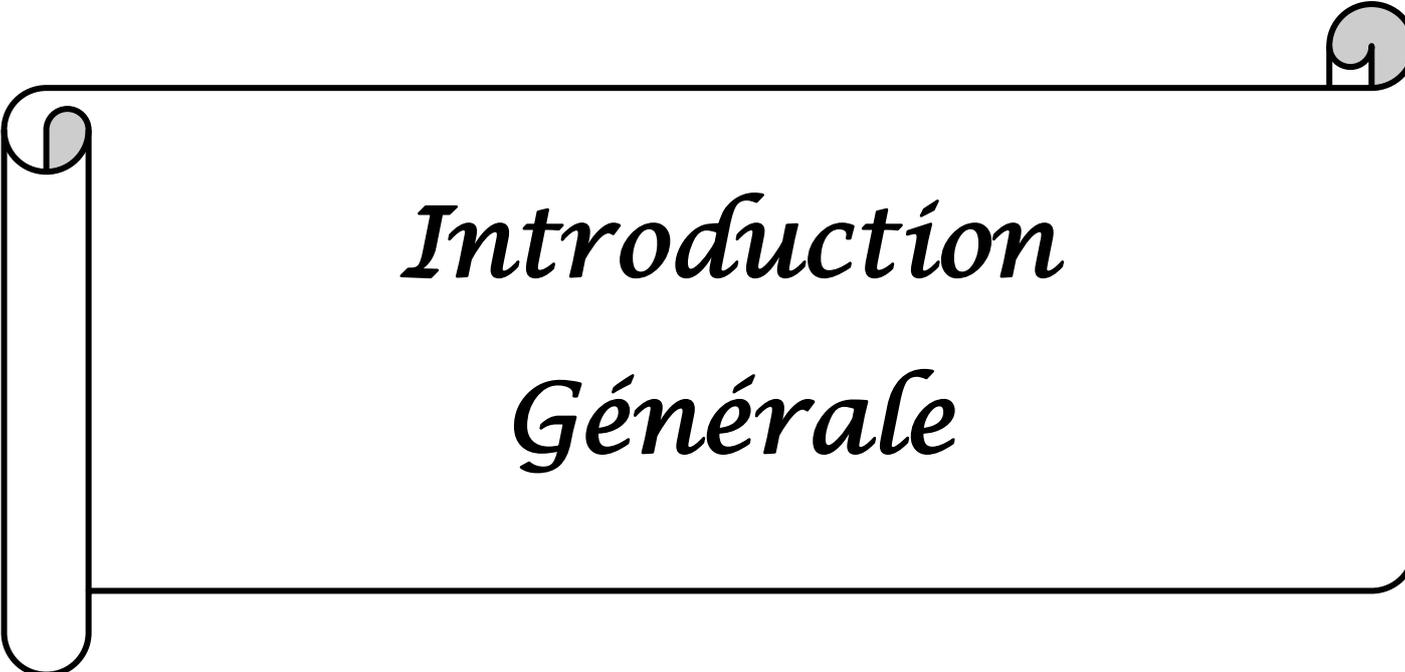
# *Sommaire*

# Sommaire

---

---

<b>Introduction Générale</b> .....	<b>01</b>
<b>Chapitre I : Généralités sur le financement des établissements publics de santé</b> .....	<b>07</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>07</b>
<b>Section1: Définitions des concepts de bases</b> .....	<b>08</b>
<b>Section2: Évolution du financement des établissements public de santé dans le monde</b> .....	<b>11</b>
<b>Section3: Historique du financement des établissements publics de santé en Algérie</b> .....	<b>17</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>21</b>
<b>Chapitre II : Organisation et Ressources Financières d'un établissement public de santé en Algérie</b> .....	<b>22</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>22</b>
<b>Section 1 : Etablissements publics de santé en Algérie : Statut, missions et organisation</b> .....	<b>23</b>
<b>Section 2 : Dispositions financières d'un établissement public de santé en Algérie</b> ..	<b>27</b>
<b>Section 3 : Les Sources et les contraintes de financement des établissements publics de santé</b> .....	<b>32</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>41</b>
<b>Chapitre III : Contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers en Algérie</b> .....	<b>42</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>42</b>
<b>Section 1 : Présentation de l'établissement public hospitalier de Draa El Mizan</b> ..	<b>43</b>
<b>Section 2 : L'activité de l'établissement public hospitalier de Draa El Mizan</b> .....	<b>44</b>
<b>Section 3 : Contribution des malades au financement de l'EPH</b> .....	<b>48</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>60</b>
<b>Conclusion générale</b> .....	<b>61</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexes</b>	
<b>Tables des matières</b>	



*Introduction*  
*Générale*

## Introduction Générale

---

La santé joue un rôle primordial dans le développement économique et social de toute nation, le gouvernement l'a reconnue et l'a retenue comme secteur prioritaire et a engagé le renforcement du système national de santé afin de le rendre plus performant.

En effet, le financement de la santé constitue le nerf de la gestion pour l'ensemble des pays et fait l'objet de plusieurs débats dans le monde. En Algérie, le problème du financement de la santé se pose avec une extrême acuité et devient une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics et la population.<sup>1</sup>

Selon la banque mondiale, la société Algérienne a subi plusieurs mutations, d'abord l'allongement de l'espérance de vie à la naissance est passé de 42 ans en 1950 à 75 ans en 2014. En plus de ces facteurs, la baisse de la fécondité est passé de près de 7 enfants par femme en 1950 à moins de 2 enfants en 2014 ont conduit au développement des maladies chroniques, nécessitant une prise en charge longue et coûteuse.

De ce fait, le système de santé Algérien se trouve contraint de faire face à des coûts de prise en charge importants, mais surtout doit adapter son offre de soins à la nouvelle demande en termes de personnel et de structures sanitaires.<sup>2</sup>

Le financement des établissements publics de santé est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances avec une contribution de l'état, une contribution de la caisse nationale d'assurances sociales et enfin, par une participation des usagers qui peut varier d'une année à l'autre.

Le financement socialisé des établissements publics de santé est partiellement aménagé à partir de la deuxième moitié des années 80. En 1984, l'Algérie a remis en cause partiellement la gratuité de soins, à cet effet les responsables ont décidé de faire participer les usagers au financement des établissements publics de santé à travers le paiement d'un ticket modérateur et d'assumer les frais des examens radiologiques, les analyses médicales et les explorations fonctionnelles, calculés sur la base de la nomenclature des actes qui remonte à 1987.

---

<sup>1</sup>ZIANI, Zoulikha., ZIANI, Farida. Colloque international sur « *Le financement de la santé en Algérie* » 03 et 04 /12/2012, Université de Bejaïa, p.24.

<sup>2</sup>www.ons.dz : Office National des Statistiques consulté le 12 /06/2016.

## Introduction Générale

---

L'idée du financement des services de soins par le recouvrement des coûts des prestations auprès des malades est apparue au début des années 80 et fut officiellement lancée par l'OMS en septembre 1987. Son postulat de base était que le malade serait prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de qualité, adapté à sa demande.

Néanmoins, la profondeur de la crise économique a hypothéqué largement les chances de succès d'une telle initiative. La baisse du budget de l'Etat alloué à la santé, emporté par le remboursement de la dette extérieure, s'est accompagnée d'une baisse du revenu moyen des ménages (mais aussi par une hausse des disparités au sein des populations).

Aujourd'hui, l'allocation des ressources au secteur de la santé est confrontée à de multiples contraintes induites par la crise économique et sociale que vit le pays. Les mécanismes de mobilisation et les sources traditionnelles de financement ne peuvent continuer à fonctionner selon le rythme actuel.

L'Etat, tenu par des engagements internationaux et vivants un contexte budgétaire de tassement, est contraint à limiter sa contribution, pour cela le financement gratuit de la santé pour lequel l'état a réservé une dépense allant jusqu'à 6% du PIB dans les années 80 est revue à une baisse sensible avoisinant les 3,6 % en 2000 comme prévu dans les cinq dernières lois de finances, il a la charge des sujétions publiques, à savoir la prévention, la formation et la prise en charge des démunis.<sup>3</sup>

En 1995, l'Algérie a instauré la contribution forfaitaire d'accès aux soins. À cet effet les ménages ont vu s'exercer sur eux une forte tendance à la participation au financement des prestations qui leur sont fournies. Toutefois, leurs revenus sont déjà érodés par le renchérissement des prix des biens et services. Mais la baisse du pouvoir d'achat, la pratique de la vérité des prix, la stagnation des salaires et l'accroissement des différentes charges locatives, d'énergie et autres ne permettent plus aux ménages de dégager des excédents pour participer davantage au financement de la santé.

Le problème du financement des établissements publics de la santé en Algérie interpelle les décideurs pour une refonte globale de la politique et des mécanismes de financement de ce secteur. Si le débat actuel est focalisé autour de la recherche de nouvelles

---

<sup>3</sup>Assistance sociale dans la région méditerranéenne, Algérie, C.A.I.M.E.D (center of Administration Innovation in the Euro-Méditerranéan Région, 2004.

## Introduction Générale

---

sources de financement, il serait sans aucun doute plus opportun d'accorder la priorité au redéploiement et à la rentabilisation des moyens existants (définition de nouveaux critères d'affectation des ressources disponibles).

Un axe majeur de la réforme concernera en particulier le rôle futur de la sécurité sociale en tant que principal bailleur de fonds, pour cela le principe d'une contractualisation visant à rémunérer les prestataires de services en fonction des actes réellement accomplis est évoqué depuis le début des années 1990 exactement la loi de finance de 1993 sans toutefois avoir encore abouti.<sup>4</sup> Cela supposerait de mieux identifier le montant des acte médicaux, d'actualiser la nomenclature des actes et surtout de définir qui paie quoi ? Cette méconnaissance des composantes économiques de la santé va jusqu'à l'absence de comptes nationaux de la santé.<sup>5</sup>

### Problématique

Le financement des établissements publics de santé en Algérie est scindé en trois sources, la première source émane de l'état à travers le budget globale, la deuxième source émane de la sécurité sociale à travers le forfait hôpital enfin la troisième source émane des ménages à travers la contribution forfaitaire d'accès aux soins (consultation de médecine générale 50 DA, consultation de médecine spécialisé 100 DA). À cet effet, notre problématique s'articule autour de la question principale suivante :

**Quelle est la contribution des malades au financement des établissements publics de santé en Algérie?**

### Hypothèses de recherche

Pour cerner la problématique de notre thème, il est important d'énoncer les hypothèses sur lesquelles nous fonderons notre champ d'analyse :

- La contribution des malades devient de plus en plus prépondérante ;
- Les frais de soins constituent un frein d'accès aux soins.

---

<sup>4</sup>PERROT, Jean., Eric de Roodenbeke (éd). La contractualisation dans les systèmes de santé pour une utilisation efficace et appropriée. Paris : karthala, 01/11/2005,p.576.

<sup>5</sup>Assistance sociale dans la région méditerranéenne, Algérie ; C.A.I.M.E.D (center for Administration Innovation in the Euro-Méditerranéan Région ; 2004.

### Objet de l'étude

Il s'agit dans ce travail, d'étudier le financement des établissements publics hospitalier en Algérie et en particulier la contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers.

Concernant les hôpitaux, on s'intéresse principalement aux établissements publics hospitaliers, du fait, que le cœur du système de santé est occupé principalement par les EPH, qui représentent plus de la moitié des structures sanitaires concernant les infrastructures avec 33665 lits fonctionnels par rapport aux CHU qui regroupent seulement 13042 lits, les EHS 10475 lits, et les EH représentent 608 lits<sup>6</sup>.

Afin d'approfondir et de mieux illustrer ce travail, on s'est appuyé sur un cas pratique au niveau d'un établissement public hospitalier, qui est celui de Draa El Mizan. Ce choix est motivé par la principale raison : l'EPH de Draa El Mizan est considéré comme l'une des plus importantes structures hospitalières en matière de capacités litières (254 lits), de couverture sanitaire et d'effectif au niveau de la wilaya de Tizi Ouzou. Sachant qu'en Algérie, les services de soins de santé consomment une importante fraction du budget de l'état, de la sécurité sociale et des ménages.

### Méthodologie de la Recherche

Notre méthode de recherche consiste en une recherche documentaire sur les ouvrages, articles se rapportant à notre thématique de recherche, complétée par un entretien :

- L'exploitation des documents qui traitent des sujets liées au financement des établissements publics de santé en Algérie ;
- L'exploitation des travaux universitaires, des séminaires qui traitent le financement des établissements publics de santé en Algérie ;
- L'exploitation des thèses de Doctorat, Magister, de l'Université d'Oran, de Tlemcen ainsi que les mémoires de Master de l'Ecole National de Management et d'Administration de Santé en Algérie.

---

<sup>6</sup>Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : *statistiques sanitaire*, Alger, 2009, P.10.

## **Introduction Générale**

---

Pour la collecte de données du terrain, nous avons adopté une méthode quantitative qui vise à répondre à notre problématique à travers une étude d'analyse de donnée.

Pour les outils de la recherche on a fait recours à la recherche documentaire et bibliographique.

En ce qui concerne la collecte de données du terrain nous avons fait recours aux entretiens non directifs afin de répondre aux hypothèses de recherche par le biais d'une analyse statistique, il s'agit de l'analyse des données statistiques de l'établissement public hospitalier (EPH) de Draa El Mizan.

### **Motifs de choix de sujet de recherche**

Le choix du thème de recherche n'est pas fortuit, il est motivé par deux motifs Objectifs et Subjectifs:

#### **Motifs Objectifs**

- Le manque de travaux universitaires rapportant à la question ;
- Le thème d'étude est lié directement à notre spécialité économie de la santé ;
- La contribution des malades au financement des établissements publics de santé en Algérie est une préoccupation majeure des autorités.

#### **Motifs Subjectifs**

- C'est un thème d'actualité vu la situation économique actuelle du pays.
- Rareté des sujets traités sur la contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers.

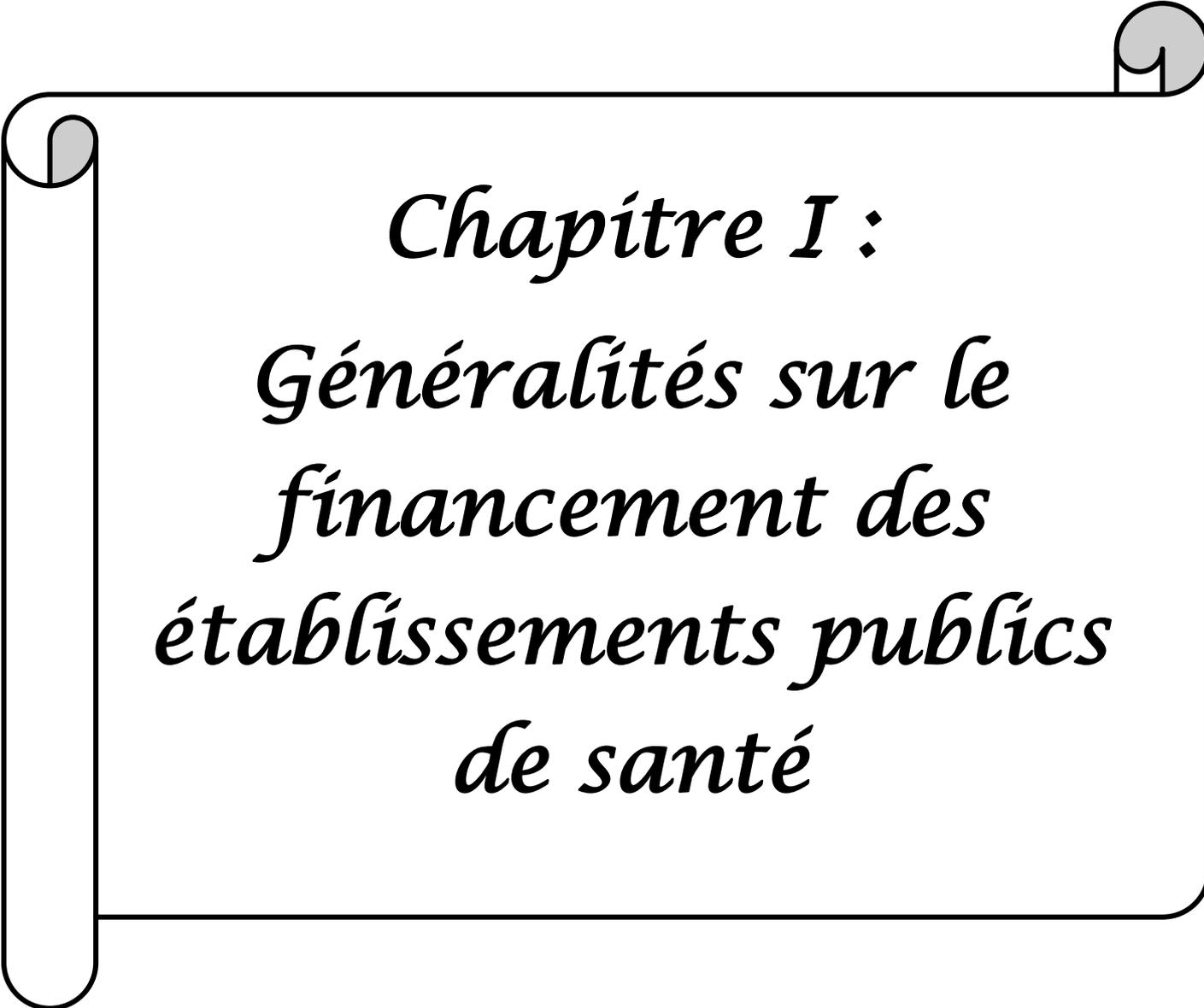
### Plan de Restitution

Le plan de notre recherche comporte trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections.

Le premier chapitre est consacré à donner les généralités sur le financement des établissements publics de santé. Ce chapitre comporte trois sections : la première section est consacrée à donner quelque définitions de concepts de bases, la deuxième section traite l'évolution du financement des établissements publics de santé dans monde, enfin dans la troisième section on a donné un aperçu historique sur le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Le deuxième chapitre nous conduira à décrire l'organisation et les ressources financières d'un établissement public de santé en Algérie. Ce chapitre comporte trois sections : dans la première section on a abordé le statut et les missions ainsi que l'organisation d'un établissement publics de santé en Algérie, la deuxième section est consacré à donner les dispositions financières d'un établissement public de santé en Algérie, dans la troisième section on a abordé les sources et les contraintes de financement des établissements publics de santé en Algérie.

Le troisième chapitre consiste à illustrer ce travail par un cas pratique, il sera tenté d'effectuer une analyse statistique des données au niveau d'un établissement public hospitalier en Algérie .Ce chapitre comporte trois sections : la première section donne un aperçu sur l'EPH Draa El Mizan, son organisation et son fonctionnement, la deuxième section présente l'activité hospitalière à partir des bilans d'activités enfin, la troisième section détermine et explique par le biais d'une technique d'analyse statistique la contribution des malades au financement de l'établissement public hospitalier de l'EPH Draa El Mizan.



*Chapitre I :*  
*Généralités sur le*  
*financement des*  
*établissements publics*  
*de santé*

## Introduction

Le financement des établissements publics de santé en Algérie est un sujet récurrent de l'économie de la santé, Il prend des aspects particuliers en Algérie depuis des années. En effet, dans ce pays se développent des systèmes de paiements par les usagers pour compléter le financement étatique qui est insuffisant.

Les établissements publics de santé sont financés surtout au moyen des budgets globaux qui octroient, à chaque hôpital, un montant forfaitaire annuel fondé sur les dépenses historiques en vue du traitement des patients.<sup>7</sup>

La question du financement révèle la difficulté relativement récente du secteur de la santé. Elle est significative des changements apparus dans les relations : d'une part entre le système de la santé et le système économique, d'autre part entre le système de santé et la population qui rend légitime son existence.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup>Jerôme, Dumoulin. , Miloud, Kaddar. *Sciences sociales et santé*, année 1993, volume 11, numéro2, p.81-p.119.

<sup>8</sup>KADDAR.M, *Le financement de la santé au Maghreb* : données et problèmes actuels .p.1.

## Section 1 : Définitions des concepts de bases :

### I.1- Le système de santé

Le système de santé est une organisation des services de santé, en traçant les principes à suivre et les objectifs à atteindre (prévention, soins, éducation sanitaire, etc.)<sup>9</sup>. Le choix d'un système de santé traduit les conceptions de l'état dans le domaine sanitaire et social (système de santé libéral, socialiste ou mixte). Il se définit par :

- La structure et les caractères du système de soins, de l'appareil producteur et distributeur de biens et services de santé ;
- Les institutions de gestion et de financement.

**Selon la loi n° 85-05 du 16 février 1985**, le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé, de manière globale cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.<sup>10</sup>

### I.2- L'établissement public de santé

**a-** L'établissement public de santé (EPS) est une structure définie par un statut légal, et dont les missions sont fixées par le code de la santé publique. Ces missions (soins, prévention, recherche médicale, enseignement) sont exécutées dans le cadre d'un système de valeurs et d'obligations de service public (égalité d'accès aux soins, continuité du service...). La compétence de ces établissements peut être de nature communale, intercommunale, départementale, régionale, interrégionale ou nationale.

**b-** Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement.

**c-** Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotés d'une autonomie administrative et financière, c'est-à-dire qu'ils sont gérés par un Conseil

---

<sup>9</sup>CABANNE, C. et alii : Lexique de géographie humaine et économique, Ed. Dalloz, 1984, P. 387.

<sup>10</sup>Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122.

d'administration et qu'ils disposent d'un budget propre, ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'état (autonomie de gestion)<sup>11</sup>

### **I.3- L'établissement public hospitalier**

**a-** Sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire, ils sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique (Il est entendu par la notion du plateau technique, toute l'activité qui concerne la radiologie, l'exploration fonctionnelle, le laboratoire et le bloc opératoire) et des consultations.

**b-** Selon le décret exécutif N° 07-140 portant la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitalier ce dernier est défini comme un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. Il est constitué d'une structure de diagnostic, des soins, d'hospitalisation et réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de commune.

### **I.4- Le financement de l'établissement public de santé**

Par financement des établissements de santé on entend la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées.<sup>12</sup>

### **I.5- Budget Global**

Budget Global (La budgétisation) est un mode de financement applicable aux établissements hospitaliers et se définit comme un ensemble de procédures qui visent à fixer le niveau de revenus et de dépenses que devra respecter chacun des établissements durant un exercice financier donné.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Université médicale virtuelle francophone 2014.

<sup>12</sup> [www.who.int](http://www.who.int) consulté le 25 /05/2016.

<sup>13</sup> *Larousse médicale*, 2003, édition Larousse VDEF, Paris, P, 46.

**I.6- Le ticket modérateur (ou coassurance) :**

Constitue la forme la plus simple des frais modérateurs. Dans ce type de tarification, le patient est forcé de déboursier chaque fois un pourcentage fixe (100 Da la nuit) du coût des services qui lui sont dispensés. En conséquence, plus le coût du service n'est élevé, plus le montant à déboursier est important. Les grands utilisateurs sont désavantagés, car ils doivent contribuer proportionnellement plus que les autres au remboursement des frais engagés.<sup>14</sup>

**I.7- Le prix de journée d'hospitalisation:**

Le financement sur la base d'un prix de journée assure aux hôpitaux un montant forfaitaire par lit occupé. Cette formule était essentiellement appliquée dans les systèmes fondés sur un financement public et associant prestataires publics et prestataires privés.<sup>15</sup>

Selon le dictionnaire Larousse, le prix de journée d'hospitalisation est la somme réclamée au malade ou à son tiers payant pour chaque journée d'hospitalisation. Il peut également se définir comme « le tarif appliqué à un malade pour une journée d'hospitalisation, dans un service déterminé, médecine, chirurgie générale, chirurgie spéciale, maternité etc. ». Le prix de journée découle des prévisions de dépenses nécessaires à l'établissement pour assurer une journée d'hospitalisation.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup>[www.santé.dz](http://www.santé.dz) consulté le 10/07/2016

<sup>15</sup>KARA, TERKI Assia. La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public. Thèse de doctorat. Sciences économique. Option gestion, Tlemcen : Université Abou Bekr de Tlemcen, 2009/2010, p.574.

<sup>16</sup>Le dictionnaire Larousse.

**Section 2 : Évolution du financement des établissements publics de santé dans le monde**

Il est intéressant de voir comment le financement des hôpitaux a évolué depuis sa définition en tant qu'un établissement de soin. Jusqu'au 1984, les établissements publics et privés à but non lucratif étaient financés par des prix de journée.<sup>17</sup> Ce modèle fortement inflationniste ne correspondait à aucune pertinence dans la prise en charge des patients, les structures ayant intérêt à les garder plus longtemps que nécessaire.

À partir de 1984, les prix de journée ont été remplacés par une dotation globale, qui reconduisait quasi mécaniquement les budgets année après année. Certes, ce système permet de maîtriser l'enveloppe de dépenses, mais il présente des inconvénients majeurs comme l'immobilisme ou absence d'adaptation des activités hospitalières aux besoins de santé sur le territoire.

Pour pallier les défauts des systèmes antérieurs, la loi de financement de la sécurité sociale en 2004 a introduit la tarification à l'activité(T2A). La France a ainsi rejoint une majorité de pays occidentaux qui, tout en appliquant des modèles variables, ont adopté le principe de tarifs, correspondant chacun à un paiement forfaitaire par type de séjour donné et en complément des dotations pour des missions spécifiques (soins d'urgences, etc.) Trois effets principaux étaient attendus de la réforme : la transparence, l'équité et l'efficience. Or, ce système complexe a imposé une « révolution culturelle » au sein des hôpitaux avec des conséquences contrastées.

Le grand intérêt de cette tarification a été d'intégrer le coût de la santé dans la pratique médicale. La santé n'a pas de prix, mais à un coût, cette donnée est inhérente à toute politique de santé publique et permet de distinguer la qualité de la prise en charge de la quantité d'actes réalisés ou de la durée du séjour. Toutefois, les écueils sont nombreux : le financement repose sur la maladie et l'acte et non sur le patient et la spécificité de son parcours de soins ce qui peut générer des surconsommations d'actes techniques.

---

<sup>17</sup>COMET, Paul., PIGANIOL, Raymond. L'hôpital public. Troisième édition .5, rue Auguste-Comete, 75006 PARIS : BERGER-LEVRAULT, p. 194.

Le financement est similaire entre le secteur privé et public alors que les contraintes pesant sur ces derniers sont insuffisamment prises en compte.

On assiste à un nivellement des activités vers un coût standardisé des prises en charge alors que les disparités sont fortes (médecine/chirurgie) ou entre établissement situés dans ou hors zone urbaine avec des coûts de fonctionnement très différents. Puis, cette tarification peut avoir un impact sur l'exercice des praticiens. Ils peuvent intégrer dans leur relation au patient, la valorisation financière qu'ils peuvent générer.

Or, l'évolution des problématiques de santé publique contraint de moduler le système actuel. Le développement des pathologies chroniques, qui touchent aujourd'hui quinze millions de Français, rend nécessaire une évolution de la prise en charge des patients, d'autant que de nombreuses hospitalisations, en particulier de personnes âgées, sont évitables. Un double objectif doit être poursuivi: améliorer la qualité et maîtriser les dépenses.

Il s'agit également de repenser un parcours global de santé, qui crée les conditions d'une coordination entre les professionnels de santé, qu'ils exercent en libéral ou en établissement. Cette orientation exige de reconcevoir le principe de la T2A, en se recentrant sur le malade et ses particularités plus que sur la maladie.<sup>18</sup>

### I.1- Qu'est ce qu'une tarification à l'activité (T2A) ?

La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé fondé sur le paiement à l'activité réalisée. Mise en place en 2004, elle fut programmée pour monter en puissance progressivement jusqu'en 2008.

Une classification des différentes prestations hospitalières est nécessaire pour déterminer quel sera le montant du paiement à l'établissement et repose sur la distinction par groupe homogène de malades (GHM). Il existe plus de 2 000 GHM, répartis en vingt-huit catégories majeures de diagnostic (CMD). Chaque GHM est lui-même traduit en groupe

---

<sup>18</sup>GROLIER, Jacques Gestion Financière et Pilotage Médico-Economiques pôle hospitaliers, édition de l'école des hautes études en santé publique, 2013, p .243.

homogène de séjour (GHS) de manière à prendre en compte les spécificités de certains séjours hospitaliers.

À chaque GHS est associé un tarif. Cette tarification est prospective, et fixée à une périodicité annuelle par le ministère de la santé dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale.<sup>19</sup>

La T2A peut aussi être défini comme étant un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité réalisée, celle-ci étant définie par des épisodes de soins deux éléments fondamentaux président à la T2A. Premièrement, l'activité hospitalière est définie et décrite à travers des groupes homogènes de malades (GHM) plutôt que selon les disciplines de services hospitaliers (ou spécialités). Par exemple, l'établissement reçoit un paiement pour un patient à qui l'on a posé une prothèse de la hanche plutôt que pour un patient soigné dans le service d'orthopédie. Les GHM, comme leur nom l'indique, identifient les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients. Le principe de base est de payer le même prix pour les mêmes prestations, à condition que l'on puisse fournir une description clinique correcte des patients pris en charge et des différentes prestations délivrées par les établissements de santé. Deuxièmement, les prix des GHM sont définis à l'avance (paiements prospectifs). Ces prix peuvent être fixés au niveau national, comme c'est le cas en France, ou au niveau local. Il existe différents principes et mécanismes pour fixer les prix.

Malgré ces éléments communs à tout système de T2A, la mise en application de ces deux principes de base (définition des GHM et fixation des prix) varie largement d'un système à l'autre, ce qui a des répercussions importantes sur l'efficacité individuelle des établissements ainsi que sur le fonctionnement du marché hospitalier dans sa globalité.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup>G.SAINT-PAUL, *Réflexion sur l'organisation du système de santé*, France, direction de l'information légale et administrative, décembre 2012.

<sup>20</sup>ZEYNEP, Or., RENAUD, Thomas. *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*, Paris, Mars 2009. [www.IRDES.FR](http://www.IRDES.FR).

## I.2- L'objectif de la tarification à l'activité

L'objectif de la tarification à l'activité est de dynamiser la gestion des établissements de santé en les faisant financer par l'assurance maladie sur la base de leur activité et en mettant sous tension ces financements. En 2011, l'enveloppe financière à laquelle elle s'applique est de 54 Md€.

La Cour des comptes a déjà consacré des travaux importants à cette réforme, introduite à partir de 2004 dans les établissements prodiguant des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle a notamment présenté dans le RALFSS 2009 un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de cette réforme majeure. Elle concluait que les grands espoirs placés dans la tarification à l'activité (T2A) n'avaient pas encore été tous concrétisés et invitait à poursuivre les travaux de fond.

Deux ans plus tard, dans ce même esprit, la cour examine plus particulièrement le lien entre la tarification à l'activité et la convergence entre secteurs public et privé, ainsi que la contribution apportée à cet égard par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), opérateur spécifiquement créé en 2000 par le ministère de la santé dans la perspective de la mise en œuvre de la T2A. Rendue possible par l'amélioration de la connaissance des coûts hospitaliers, la T2A telle qu'elle a été mise en œuvre déconnecte néanmoins, les tarifs des coûts de production, sans faciliter la maîtrise de la dépense hospitalière. La poursuite de la convergence tarifaire entre secteurs public et privé accentue cette tendance, ce qui impose d'en définir rapidement et clairement l'objectif et les modalités pour respecter les échéances fixées à cet égard par le parlement.

## I.3- Les modalités de financement de la T2A

En vue de permettre aux établissements de santé de faire face à l'hétérogénéité des patients et éviter les problèmes et comportements stratégiques rencontrés avec un système de tarification à la pathologie pur comme dans MEDICARE, la Tarification à l'activité met enjeu cinq modalités de financement, trois d'entre elles sont directement liées à l'activité réalisée et observée sur la base de la transmission des données P.M.S.I. :

- Le paiement d'un tarif par séjour des activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement. Les types de séjours sont classés par Groupes Homogènes de Séjours (G.H.S.) pouvant correspondre à un ou plusieurs Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.) ;
- Le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultations et d'actes externes (seulement dans les établissements publics car les établissements privés travaillent avec des médecins libéraux dont les honoraires sont facturés en sus), d'urgence, de prélèvements d'organes et l'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.) ;
- Le paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation, notamment certains médicaments onéreux, dont les molécules onéreuses de chimiothérapie, ou certains dispositifs médicaux implantables (D.M.I.) comme les prothèses de hanche.

En revanche, il existe une modalité particulière de financement mixte. En effet, un forfait annuel sera versé aux établissements pour financer les coûts fixes d'une activité comme les urgences ou les prélèvements d'organes qui peuvent être fort conséquents.

Enfin, une partie du financement ne sera pas fondée sur la Tarification à l'Activité mais relèvera de la dotation : ce sont les Missions d'Intérêt Général et d'aide à la Contractualisation (M.I.G.A.C.).<sup>21</sup>

### I.4- Les avantages principaux de la T2A :

On peut citer trois avantages principaux de la T2A :

La T2A vise à améliorer la transparence: elle assure en effet une plus grande transparence dans le financement des soins hospitaliers en liant le financement à la production des soins. Elle est également perçue comme un mécanisme « équitable » dans la mesure où on paie le même prix pour un même service pour tous les fournisseurs de soins. Cette équité dépend toutefois de la fiabilité de la classification de l'activité en groupes tarifaires : il est impératif que cette classification soit suffisamment fine, et les groupes suffisamment homogènes, pour que les établissements qui attirent systématiquement les patients les plus lourds ne soient pas

---

<sup>21</sup>LAFFITTE, Fabien. *Un nouveau mode de financement du service public hospitalier en France le passage à la tarification à l'activité dans le plan hôpital 2007*. mémoire magister, Lyon : Université Lumière Lyon II, Septembre 2005, p. 103.

pénalisés. Il faut également bien prendre en compte les facteurs exogènes liés au contexte local et que les établissements ne contrôlent pas, car ils peuvent influencer fortement les coûts.

La T2A vise également à améliorer l'efficacité, à la fois de chaque établissement individuellement et de l'ensemble du marché : elle introduit en effet une forme de compétition stimulant l'efficacité dans un contexte où ces pressions compétitives étaient inexistantes. Ceci suppose toutefois que les prix reflètent correctement les coûts des producteurs les plus efficaces.

À ce stade, il faut bien distinguer les objectifs politiques poursuivis à travers une T2A de ceux qu'elle peut réellement atteindre, étant donné les caractéristiques inhérentes à ce mécanisme de financement. Souvent, dans les discours politiques en France comme dans les autres pays, on attribue à la T2A des missions qui sont loin de sa vocation, telle que celle d'améliorer la qualité, l'équité d'accès et la couverture optimale des soins.

En effet, la T2A comme mode de paiement n'a aucune vocation à assurer une couverture optimale des besoins ni à améliorer la qualité des soins. Au contraire, il est nécessaire de prévoir des mécanismes régulateurs additionnels pour garantir la qualité des soins et un accès territorial équitable, comme cela a été fait aux États-Unis.

D'autre part, les incitatifs fournis par une tarification basée sur les coûts moyens sont théoriquement neutres sur le niveau d'optimalité de la couverture de soins (à condition qu'ils reflètent bien les coûts réels des établissements).<sup>22</sup>

### I.5- Les inconvénients de la T2A

L'application d'une T2A peut induire des effets non souhaités au départ. À cet égard, un contrôle des coûts affaibli : puisque chaque patient est lié à un accroissement de revenu, les hôpitaux sont incités à multiplier le nombre de cas pris en charge et ainsi à accroître leur

---

<sup>22</sup>ZEYNEP, Or., RENAUD, Thomas. *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)* Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, Paris, Mars 2009. [www.IRDES.FR](http://www.IRDES.FR).

budget. Les payeurs qui souhaitent contrôler leur budget annuel ont recours soit à la fixation du budget de l'acheteur, à la diminution des tarifs au-delà du niveau d'activités attendu ou à la tarification liée aux coûts marginaux d'activités.

Une durée de séjour plus courte : le fait que les hôpitaux sont incités à traiter plus de patient va induire une diminution de leurs durée de séjour afin d'augmenter leur capacité d'accueil annuelle, ceci peut devenir un problème dans le cas où la rapidité des congés met en péril la qualité des soins prodigués. Pour prévenir les sorties d'hôpitaux trop rapides, les payeurs peuvent refuser de payer pour les ré hospitalisation à l'intérieur d'un délai donné.<sup>23</sup>

### **Section3 : Historique du financement des établissements publics de santé en Algérie**

Depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée " prix de journée " 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 ;
- L'état et les collectivités locales (Trésor et Caisse de Solidarité des Départements et Communes) pour les patients indigents détenteurs d'une carte d'indigence ;
- Les particuliers (couches aisées et les professions libérales).

L'hôpital est une entité de production de soins qui se fait rémunérer sur la base d'un système de tarification, ses recettes dépendent de cette activité et les gestionnaires disposaient de toute l'autonomie de gestion et sont tenus par le principe de l'obligation de résultats.

---

<sup>23</sup>Jean- Marie, Fessler., Pierre, Frutiger. La tarification hospitalière à l'activité éléments d'un débat nécessaire et propositions, Paris, éditions Lamarre l'avenue Édouard-Belin 92500 Rueil-Malmaison, 2003. P173.

## Chapitre I Généralités sur le financement des établissements publics de santé

---

A partir de 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite, Ordonnance 73-65 à la 28/12/73 portant gratuité de soins dans l'ensemble des services publics. Le décret du 1er janvier 1974 a instauré la gratuité des soins dans tout l'établissement public de santé. Progressivement, les personnels hospitalo-universitaires et des structures parapubliques (cliniques et CMS) sont rattachés au secteur public.<sup>24</sup> Les hôpitaux sont financés selon une nouvelle procédure appelée "**Budget Global**". La budgétisation vient se substituer au mode de rémunération de prix de journée.

Au fil des années, cette gratuité a, malheureusement, connu une déviation de son noble objectif initial, notamment, par son application indiscriminée, sa gestion et les gaspillages observés. Pour leur fonctionnement, les hôpitaux reçoivent un budget global préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, articles).

A l'origine et pendant toute la décennie 70, les sources de ce financement étaient au nombre de cinq (Etat, Sécurité Sociale, Collectivités Locales, Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) et les Ressources Propres).

A la fin de cette décennie, deux sources ont été totalement abandonnées: les Collectivités Locales pour la limitation de leurs moyens et la PCA pour raison de dissolution et restructuration en cinq entités autonomes.

Depuis le début des années 80, les hôpitaux sont financés selon deux principales sources : l'Etat à travers une contribution d'origine fiscale et la Sécurité sociale à travers une participation (appelée forfait hôpitaux) sur ses recettes de cotisations sociales. Les ressources propres sont négligeables et ne méritent aucun commentaire.

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. L'année 1986 est caractérisée par la remise en cause de la gratuité des soins et l'instauration du ticket modérateur dans les établissements publics de santé pour cela il fut décidé de faire participer les usagers à raison

---

<sup>24</sup>OUCHÉFOUN, A., HAMOUDA, D. *Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie*. In Cahiers du CREAD N° 35/36, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1993.

## Chapitre I Généralités sur le financement des établissements publics de santé

---

de 20% (**Ticket Modérateur**) pour les examens radiologiques, les analyses médicales et les explorations fonctionnelles, calculés sur la base de la nomenclature des actes de 1981.

Cette politique avait pour objectif :

- Parer aux dépenses vertigineuses des secteurs sanitaires,
- Sensibiliser le citoyen et de le faire participer aux dépenses de soins.

En effet Certaines catégories de malades y compris les malades hospitalisés ont été dispensées de ces mesures. En vertu d'un arrêté interministériel pris en janvier 1995, les usagers des services publics de santé et en dehors de certaines catégories de populations qui en sont dispensées, sont tenus de participer définitivement et sans remboursement au financement des prestations. Des estimations grossières font état d'une représentation de 5% de cette source par rapport aux dépenses globales des établissements publics de santé.

Conjuguée à la crise économique des années 1990, celle-ci a conduit les pouvoirs publics à engager la révision des modalités de financement des établissements de santé.

C'est ainsi que le concept de contractualisation a pris naissance à partir de 1992.

En 1994, l'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel (PAS) imposé par le FMI en raison des difficultés économiques auxquelles elle était confrontée. En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel (PAS) sont :

- Sur le plan interne, la compression des dépenses de soins.
- Sur le plan externe, la réduction des importations de médicaments et d'appareillages médicaux d'une part et la réduction de la prise en charge des soins à l'étranger d'autre part.

La poursuite du PAS et les mesures de stabilisation économique tentent de limiter les déficits publics et donc la réduction des dépenses de l'Etat. Cette politique se traduit essentiellement par une double action :

- Action de limitation du secteur public et de la gratuité des soins rendue responsable de la hausse des coûts.
- Action d'extension de la privatisation de l'exercice de la médecine.

## Chapitre I Généralités sur le financement des établissements publics de santé

---

Cependant, les mesures prises à cet effet n'ont pas répondu à l'objectif fixé, mais au contraire ont abouti à une augmentation des charges financées sur ressources collectives, sans que l'efficacité n'ait suivi. En effet, depuis 1995 et sous les recommandations de la Banque Mondiale qui préconise la réduction des coûts, la gratuité totale des soins a laissé place :

- Au paiement des consultations et actes médicaux dont les tarifs officiels sont largement en deçà des honoraires réellement perçus par les médecins.
- Une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100 DA par jour, non remboursables.<sup>25</sup>

Après publication du décret N° 01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux, texte indispensable pour la poursuite du processus, le dossier est relancé par la mise en place d'un comité chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale, installé le 16 mars 2002. Le comité remet un rapport d'étape le 31 décembre 2002 :

- Il propose la réalisation d'une simulation de la facturation basée sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation par type d'établissement.

En 2002, un Arrêté Interministériel fait obligation aux non assurés sociaux et en dehors des personnes démunies à payer les prestations reçues dans les établissements publics de santé selon une tarification définie. Cet Arrêté est gelé.<sup>26</sup>

Elle témoigne aussi l'augmentation des prix du pétrole, ce qui va engendrer une amélioration des ressources des hôpitaux, grâce à une augmentation des allocations

---

<sup>25</sup>OUFRIHA, Fatima Zohra. *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie*. In cahiers du CREAD N° 41, 3<sup>ème</sup> trimestre 1997, P. 89.

<sup>26</sup>CHAOUCHE, Ali, *Colloque international sur les politiques de santé : Le financement du système de santé*, 18 & 19 janvier 2014, Hôtel Aurassi, Alger, p.13.

<sup>27</sup> Rapport NABNI, « *Cinquantième de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020* », le troisième thème : santé, 2013, p.12.

## Chapitre I Généralités sur le financement des établissements publics de santé

---

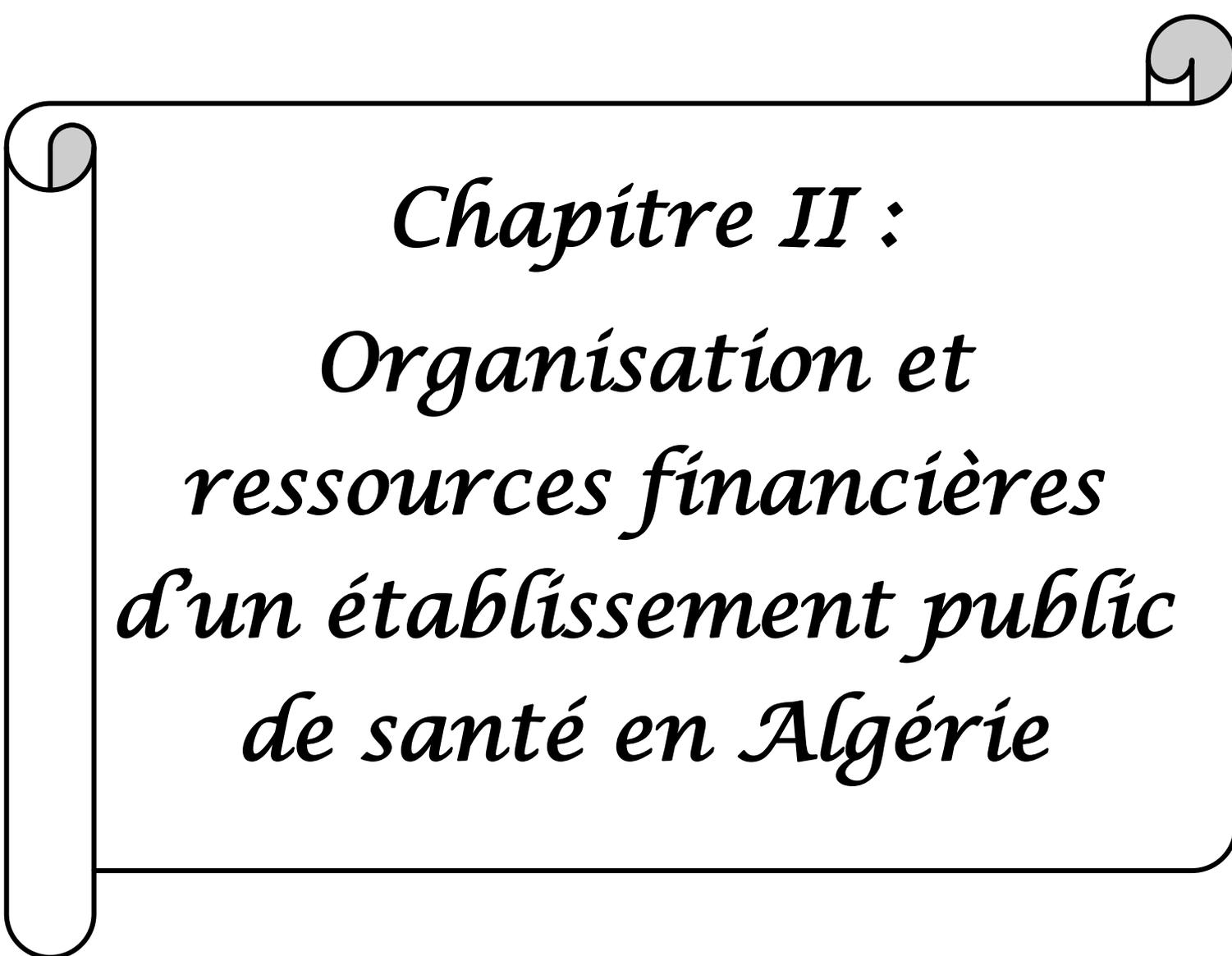
budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budgets d'équipement.

Ainsi, un certain nombre de dispositions réglementaires ont été prises, aussi bien dans le domaine de l'organisation de santé, que de celui du médicament. Par exemple, la mise en place depuis janvier 2007 d'une nouvelle hiérarchisation des soins portant sur la séparation entre EPSP, EPH, CHU et EHS:

- Création des EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité) ;
- Création des EPH (Etablissement Public Hospitalier) ;
- Le maintien des CHU (Centres Hospitalo-universitaires);
- Création de structures hautement spécialisées, les EHS (Etablissements Hospitaliers Spécialisés).<sup>27</sup>

### Conclusion

Dans le présent chapitre introductif, l'évolution du financement des hôpitaux publics en Algérie à montrer que depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée « prix de journée », à partir de 1974 les hôpitaux sont financés selon une nouvelle procédure appelée "**Budget Global**" donc la budgétisation vient se substituer au mode de rémunération de prix de journée. Par contre dans le monde jusqu'au 1984, le financement des hôpitaux publics se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelé le prix de journée à partir de 1984, ce dernier a été remplacé par une dotation globale, en 2004 la loi de financement de la sécurité sociale a introduit la tarification à l'activité (T2A).

A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a slight shadow effect, framing the text.

*Chapitre II :*  
*Organisation et*  
*ressources financières*  
*d'un établissement public*  
*de santé en Algérie*

### Introduction

L'établissement public de santé en Algérie est dirigé par trois structures, le conseil d'administration organe délibérant dont la majorité de ces membres sont nommé par la tutelle, la direction, organe exécutif à sa tête un directeur et le conseil médical, organe consultatif composé de professionnel de santé. Au sein de chacune de ces structures les intérêts divergent.

L'établissement public de santé est confronté à de multiples contraintes et dysfonctionnement qui font que le rôle de l'établissement public de santé est quelquefois mitigé en raison de contrainte interne (absence de choix des priorités des actions.....) et externes (liées aux problèmes de financement...). Cette situation a amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action. L'objectif prioritaire des réformes hospitalières<sup>28</sup> est de rechercher avec l'ensemble des acteurs concernés, les solutions les plus adéquates qui permettent une meilleure organisation et un financement pertinent de ces établissements.

En effet, le financement des établissements publics de santé revêt une particularité spéciale, du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'état, de la sécurité sociale, et celle des ménages, d'où un modèle de financement mixte qui tire ses ressources d'une part par la fiscalité nationale, et d'autre part des cotisations sociales.

L'hétérogénéité des Sources de financement des établissements publics de santé reste grande malgré les progrès récents d'unification et d'uniformisation de certaines d'entre elles, dont le poids dans l'intervention n'est pas le même<sup>29</sup>

Il est clair que la question du financement des établissements publics de santé en Algérie est très complexe. Cependant, il nous paraît évident que les modalités de financement inflationnistes actuelles ne peut assurer la pérennité ces établissements de garantir l'équité d'accès des plus démunis<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> *Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière en Algérie, les préalables et les actions urgentes.*

<sup>29</sup> OUFRIHA, Fatima Zohra et Collaborateur. *Un Système de santé à la croisé des chemins*, 2006, Alger : édition CREAD, 2006.

<sup>30</sup> OUFRIHA, Fatima Zohra. *Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie*, Alger : Office des publications universitaires d'Alger, 1992, p.

**Section 1 : Les établissements publics de santé en Algérie : Statut, Missions et Organisation**

**II.1- Statut d'un établissement public de santé**

L'établissement public de santé est un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologie et de traumatisme trop complexe pour pouvoir être soignées à domicile ou dans un cabinet de médecin. L'établissement public de santé comporte des structures dotées de lits d'hospitalisation et de structures qui ne remplissent pas la fonction d'hébergement des patients. En effet, l'établissement public hospitalier est un établissement public à caractère administratif (EPA), doté de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière afin de remplir une mission d'intérêt général. Il est placé sous la tutelle du wali. Il est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou d'un ensemble de communes. La consistance physique de l'établissement public hospitalier est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.<sup>31</sup>

**II.2- Missions d'un établissement public de santé**

L'établissement public de santé a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il a, notamment pour tâches :

- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution de soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;
- d'appliquer les programmes nationaux de santé ;
- d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- d'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé ;

---

<sup>31</sup> Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant *création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.*

- Ainsi l'établissement public hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

### II.3- L'Organisation d'un établissement public hospitalier

L'organisation d'un établissement public de santé est profondément marquée par l'évolution globale de la société et par ces aspects politiques, économiques et sociologiques, comme l'évoque l'arrêté interministériel<sup>32</sup> du 3 moharrem 1431 correspondant au 20 décembre 2009. Cette organisation comprend :

La sous-direction des finances et des moyens ;

La sous-direction des ressources humaines ;

La sous-direction des services de santé ;

La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

#### II.3.1- La sous-direction des finances et des moyens

La sous-direction des finances et des moyens comprend trois bureaux, remplissant chacun une mission particulière.

- Le bureau du budget et de la comptabilité est chargé des prévisions budgétaires et de l'établissement du projet de budget pour l'EPH, ainsi que l'élaboration des comptes financiers et la tenue de tous les documents relatifs à la comptabilité hospitalière ;

- Le bureau des marchés publics est chargé de veiller sur le bon déroulement des approvisionnements et des processus sous-traitance avec les fournisseurs et partenaires sociaux de l'EPH ;

- Le bureau des moyens généraux et des infrastructures est chargé de la mise à la disposition des différents services administratifs et médicaux des moyens généraux indispensable à leur fonctionnement, organise les services hôteliers, assure la bonne marche des magasins et des services généraux.

---

<sup>32</sup> Arrêté interministériel du 3 moharrem 1431 correspondant au 20 décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics de santé. Application de l'article 22 du décret exécutif N°07-140 du 19 Mai 2007.

### **II.3.2- La sous-direction des ressources humaines**

La sous-direction des ressources humaines est composée de deux bureaux chargés respectivement de :

- Le bureau des ressources humaines et du contentieux est chargé de la gestion des carrières des personnels de l'EPH, de la gestion prévisionnelle des emplois et des Compétences ainsi que de la gestion des conflits et de la commission paritaire ;
- Le bureau de la formation est chargé de mettre en œuvre la politique de formation et de perfectionnement des personnels selon les besoins exprimés par les différents services et de veiller au bon fonctionnement de l'annexe de formation paramédicale.

### **II.3.3- La sous-direction des services de santé**

En plus des services d'hospitalisations qui y sont rattachés, la sous-direction des services de santé regroupe trois bureaux à savoir :

- Le bureau des entrées est chargé essentiellement de l'accomplissement de six tâches : accueil et admissions des patients hospitalisés, gestion de l'état civil en collaboration avec les services concernés de l'APC, l'établissement des statistiques relatives au mouvement de la population hospitalière via le logiciel patient<sup>33</sup>, la facturation, la tenue de la caisse et pour finir la gestion des archives ;
- Le bureau de calcul des coûts ;
- Le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de santé est chargé de l'établissement du bilan d'activité annuel des services de santé ainsi que du canevas statistique pour la tutelle, d'établir des plans d'action sanitaire en collaboration avec les services de santé et le suivi ainsi que la coordination des activités médicales et paramédicales.

---

<sup>33</sup> Logiciel de gestion du parcours du patient fonctionnant en réseaux.

### **II.3.4- La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes**

La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes comprend deux bureaux :

- Le bureau de la maintenance des équipements médicaux ;
- Le bureau de la maintenance des équipements connexes.<sup>34</sup>

### **II.4- L'Organisation d'un établissement public de proximité**

Selon l'arrêté interministériel du 3 moharrem 1431 correspondant au 20 décembre 2009, l'organisation des établissements publics de proximité comprend :

La sous-direction des finances et des moyens ;

La sous-direction des ressources humaines ;

La sous-direction des services de santé ;

La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

- La sous-direction des services de santé comprend trois bureaux :
  - Bureaux de la prévention et de l'hygiène du milieu ;
  - Bureaux des entrées, de contractualisation et du calcul des coûts ;
  - Bureaux d'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de soins.
- La sous-direction des ressources humaines comprend deux bureaux :
  - Bureau de gestion des ressources humaines et des contentieux ;
  - Bureau de la formation.
- La sous-direction des finances et des moyens comprend trois bureaux :

---

<sup>34</sup> BENCHIKHA, Fatima Zohra. *Le Management Hospitalier : Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew*. Mémoire magister en management, Option stratégie, Oran : université d'Oran ,2011 /2012, P.181.

- Bureau du budget et de comptabilité ;
  - Bureau des marchés ;
  - Bureau des moyens généraux et des infrastructures.
- La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes comprend deux bureaux :
    - Bureau de la maintenance des équipements médicaux ;
    - Bureau de la maintenance des équipements connexe.

## **Section2 : Dispositions financières d'un établissement public de santé en Algérie**

### **II.1- Présentation du budget d'un établissement public de santé**

La nomenclature budgétaire des établissements publics de santé est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Le budget des établissements publics de santé comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

Les recettes comprennent les subventions de l'état, les subventions des collectivités locales, les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, les mutuel, les entreprises et les établissements de formation, les dotations exceptionnelles, les dons et legs, les recettes diverses, toutes autres ressources liées à l'activité de l'établissement et les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

Les dépenses comprennent les dépenses de fonctionnement, les dépenses d'équipement et toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de son objet.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Idem , P.24

## Chapitre II Organisation et ressources financières d'un établissement public de santé en Algérie

---

---

En effet, les recettes et les dépenses définitives de l'Etat, fixées annuellement par la loi de finances et réparties selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, constituent le budget général de l'état. Ce dernier apparaît à l'intérieur de la loi de finances et contient les prévisions de recettes et les autorisations de dépenses de fonctionnement et d'équipements publics à caractère définitif. Ces recettes et dépenses figurent sur des états annexés à la loi de finances :

- L'état «A» portant évaluation des recettes définitives applicables aux dépenses définitives du budget général de l'état ;
- L'état «B» portant répartition par département ministériel des crédits ouverts au titre du budget de fonctionnement ;
- L'état «C» portant répartition par secteur des dépenses d'équipement à caractère définitif au titre du budget d'équipement.

Après la promulgation et la publication de la loi de finances, le gouvernement procède à la distribution des crédits budgétaires. Ces derniers sont répartis et mis à la disposition des départements ministériels pour les dépenses de fonctionnement, des opérateurs publics ayant la responsabilité d'exécuter les programmes d'équipements publics financés sur concours définitifs et des bénéficiaires des dépenses en capital pour les dépenses d'équipement à caractère définitif.

Les crédits budgétaires sont affectés et spécialisés, conformément à la nomenclature budgétaire, par chapitre budgétaire pour les dépenses de fonctionnement et, conformément à la nomenclature des investissements publics, par sous-secteur, pour les dépenses d'équipement à caractère définitif.

Les moyens financiers sont octroyés aux hôpitaux selon les prévisions d'activités telles que le nombre d'hospitalisation, le taux d'occupation moyen, les consultations externes et les entrées directes et indirectes.

Lors de l'élaboration du budget les différents services expriment leurs besoins sans aucune connaissance journalière du coût réel de leur activité à cause de l'absence d'une comptabilité analytique, les ressources budgétaires sont alors attribuées généralement en fonction de celles de l'exercice précédent.

### **II.1.1- L'exécution du budget général de l'état**

La procédure d'exécution du budget général de l'état est soumise à l'ensemble des règles de la comptabilité publique.

L'exécution du budget général de l'état est assurée, au regard du principe de séparation des ordonnateurs et des comptables, par deux catégories de fonctionnaires, statutairement séparées les ordonnateurs, les comptables publics.

L'exécution du budget général de l'état est réalisée en matière de recettes, par des actes de constatation, de liquidation et de recouvrement et en matière de dépenses, par des actes d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement (ou de mandatement) et de paiement.

#### **A. L'exécution des dépenses publiques :**

Les dépenses publiques comprennent, notamment les dépenses de fonctionnement, les dépenses d'équipement à caractère définitif.

L'exécution des dépenses publiques est réalisée en deux phases, la première phase est administrative : elle comporte les actes d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement (ou mandatement) de la dépense et incombe aux ordonnateurs et la deuxième phase est comptable: elle se conclut, après la phase administrative, par le paiement des sommes dues, à la diligence du comptable public.

#### **B. L'exécution des dépenses de fonctionnement**

L'octroi des crédits budgétaires, l'élaboration et, le cas échéant, l'approbation des «budgets» (ou «fascicules budgétaires») autorisent l'exécution des dépenses de fonctionnement et permettent tout à la fois de les engager et de les régler.

L'exécution des dépenses d'équipement à caractère définitif ne peut être autorisée qu'après accomplissement de deux opérations essentielles : l'élaboration et la notification de la décision-programme par le ministre des finances ; l'individualisation du projet par le responsable compétent.

Le paiement est effectué par le comptable public qui procède au règlement de la dépense d'équipement à caractère définitif sur la base de décisions portant répartition des crédits de paiements.<sup>36</sup>

### II.2- Les insuffisances du budget

- La mise en place d'un budget global 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 avant 1974. La budgétisation est une contrainte majeure dans la mesure où :
  - L'ouverture de crédits définitifs pour une année est en soi une contrainte budgétaire du fait que l'ordonnateur est tenu, quelques soient les circonstances médicales ou autres, de dépenser dans la limite des crédits ouverts ; ceci lui ôte toute capacité de gestion, c'est-à-dire l'allocation optimale des ressources disponibles,
  - Les crédits affectés à l'hôpital se font d'une manière aléatoire, forfaitaire ne tenant pas compte des problèmes de santé à résoudre mais juste de l'effectif budgétaire arrêté d'ailleurs de façon aussi administrative ; globalement la répartition des crédits entre les hôpitaux est empirique et subjective n'utilisant aucun critère scientifique censé l'orienter.
  - Les procédures de transferts de crédits de titre à titre sont une contrainte majeure pour toute gestion optimale ; consolidé la masse des crédits alloués à certains hôpitaux n'est jamais consommée totalement et au niveau de certains hôpitaux on enregistre un endettement important et aussi au sein même d'un hôpital on trouve la situation paradoxale de coexistence d'un solde positif pour certains titres (notamment personnel) et de dettes pour d'autres titres, cette situation est anormale.

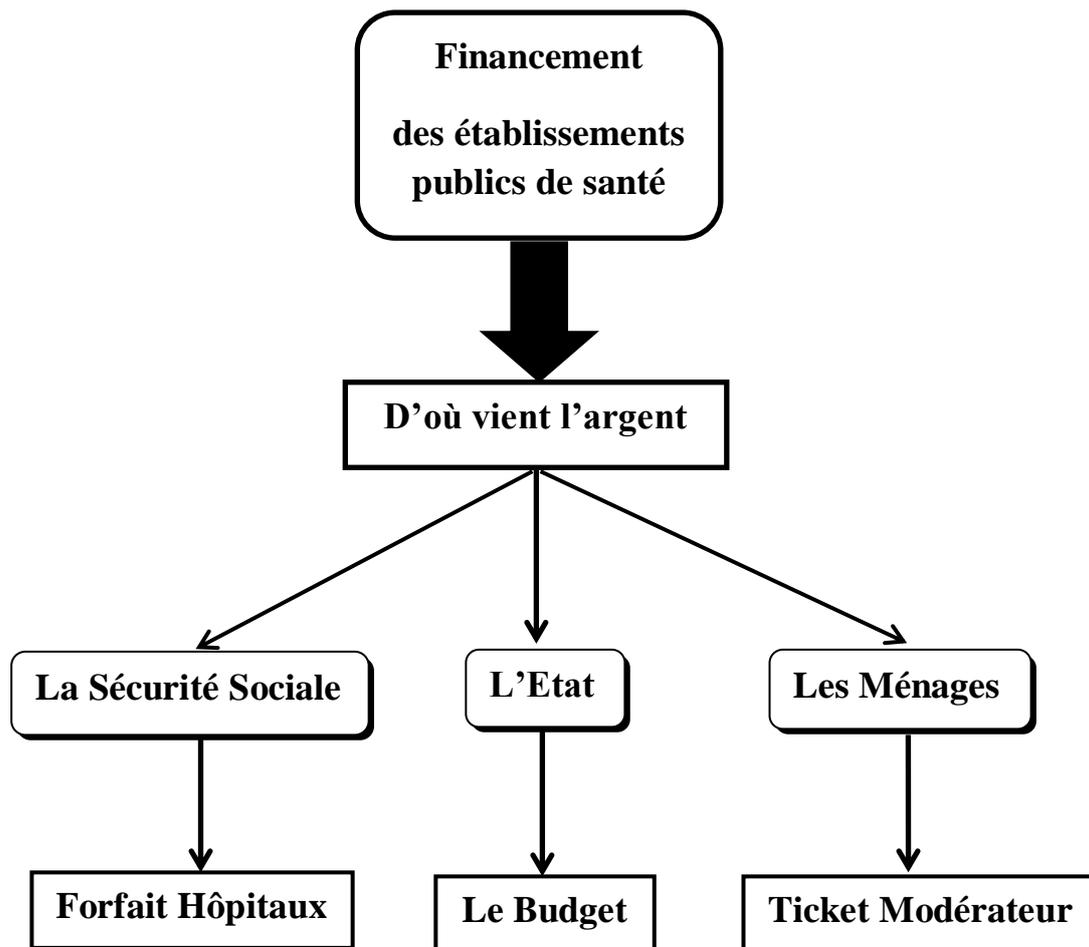
---

<sup>36</sup> AIT MOKHTAR, Omar. *L'évolution de la politique des dépenses publiques dans le contexte de la mondialisation*. Thèse de doctorat en science économique, Tlemcen : Université Abou Bakr Belkaid Tlemcen 2013/2014, p.362.

- La participation de la sécurité sociale au financement du budget de fonctionnement des établissements publics de santé sous forme de " forfait hôpitaux " présente d'innombrables insuffisances :
  - L'allocation de ce forfait se fait d'une manière aléatoire et ne prend pas en compte un niveau de soins particulier à dispenser aux assurés sociaux, nul ne sait si ce montant couvre les besoins ou non des assurés sociaux et de leurs ayant droit ;
  - L'effet majeur de cette procédure est la déresponsabilisation à la fois des gestionnaires des établissements publics de santé et des responsables de la sécurité sociale. Les premiers sont en fait de simples dépensiers et les seconds ne suivent pas et ne contrôlent pas l'usage qui en est fait des ressources allouées ;
  - Aucun partenaire santé/sécurité sociale n'est incité ou motivé à maîtriser les dépenses de santé.
- Globalement, la nature des sources de financement, les procédures et les modalités de financement ne laissent point de place à une autonomie de gestion :
  - Les gestionnaires sont réduits au simple rôle de dépensiers et n'assurent point de fonction de véritables gestionnaires.
- Le Conseil d'Administration n'est pas impliqué ni dans la détermination des prévisions budgétaires ni dans le contrôle de leur exécution, ainsi les services ne fonctionnent pas selon un budget prévisionnel destiné à identifier le volume d'activités prévu et contrôler le niveau d'activités réalisé ; l'allocation des moyens au service devient subjective et relève de la relation de la direction avec le chef de service concerné.

Section3 : Les Sources et les contraintes de financement des établissements publics de santé

Figure n°01: Les Sources de financement des établissements publics de santé



Source : Figure réalisée par moi-même on utilisant les informations reçu de l'EPH de Draa El Mizan<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Informations reçu de l'EPH de Draa El Mizan

## **II.1- Les sources de financement**

### **II.1.1- L'Etat :**

Il participe au financement des établissements publics de santé selon la modalité d'un budget annuel global, forfaitaire et préétabli, et tout seul à l'encadrement de la politique de santé, de la formation médicale et paramédicale, de la recherche. L'Etat alloue annuellement un volume de crédits destiné à financer le budget de fonctionnement des établissements publics de santé en milliards de DA.

#### **❖ Les avantages de la méthode de financement par budget globale**

Le contrôle des coûts est certainement l'avantage le plus important et généralement reconnu dans la littérature du financement des services publics de santé, ajoute que cette qualité est l'un des facteurs expliquant qu'elle a été la forme prédominante du financement durant de nombreuses années, le deuxième avantage est la simplicité de calcul c'est-à-dire si le budget à calculer n'est le premier depuis l'apparition de l'établissement public de santé, le calcul du nouveau montant est relativement simple, le dernier avantage est que le budget globale plus équitable pour la population, pour cela la banque mondiale considère le financement par budget globale comme la forme la plus équitable du point de vue de la population. En effet, la distribution des montants disponibles facilitent une meilleure répartition des services aux patients eus égard aux facteurs démographique, épidémiologique et socioéconomique.<sup>38</sup>

### **II.1.2- La Sécurité sociale**

Le forfait hospitalier constitue la contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé. Ce forfait a été mis en œuvre en 1973 avec l'instauration de la gratuité des soins, son montant est déterminé à partir de 1980 par la loi de finances, conformément à la réglementation en vigueur, le forfait hôpitaux versé par les caisses de sécurité sociale était destiné à couvrir tous les frais encourus à l'hôpital (visites médicales)

---

<sup>38</sup> CASTONGUAY, Joanne. *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, Montréal Mrs 2013, p. 176.

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances. Cette disposition budgétaire est appelée « **forfaits hôpitaux** », cette obligation est supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit.

Depuis son institution en 1973, le forfait hôpitaux a augmenté d'une manière soutenue. En effet, nous constatons un accroissement du montant du forfait hospitalier qui est passé de 120 millions de DA en 1973 à 38000 millions de DA en 2011, ce montant a été multiplié par 316,66 en l'espace de 38 ans.

Cette augmentation du forfait hospitalier est due d'une part au désengagement progressif du budget de l'état qui ne concourt qu'à 24 % de ses dépenses en 1989 et de l'autre part au problème lié à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants droit en matière d'hospitalisation et de soins prodigués.

A partir de 1992, les lois de finances successives disposent que la contribution des organismes de la sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base des relations contractuelles.

### ❖ Les limites du forfait hôpitaux

Le forfait hôpitaux Caractérisé par des imperfections dans sa mise en œuvre et dans ses procédures d'application, le forfait hôpitaux comme mode de financement montre aujourd'hui des limites certaines.

La disproportion constatée entre l'augmentation continue de ce forfait et la régression du niveau des activités des établissements hospitaliers exige une révision des mécanismes et des modalités d'affectation des ressources disponibles. Ces affectations doivent correspondre à des niveaux d'activités (rapport coût / rendement).

En effet, il a été constaté que le taux d'occupation des lits est en régression continue depuis 1990 (51% en 1995), une proportion de plus en plus élevée d'explorations, d'analyses

médicales, et de médicaments prescrits aux malades hospitalisés dans les établissements publics, est effectuée dans le secteur privé et donne lieu à un remboursement par la sécurité sociale enfin l'augmentation du personnel médical généralement non spécialisé de santé publique compensant les départs des hospitalo – universitaires entraînant une augmentation de la masse salariale sans contrepartie en matière d'activités.<sup>39</sup>

Aussi, les véritables inconvénients liés à ce mécanisme sont contenus dans les faits suivants :

✓ **L'absence des références médicales et tarifaires :**

La participation de la sécurité sociale est faite forfaitairement, c'est-à-dire que les montants prélevés annuellement n'obéissent à aucune base tarifaire. Les textes ne prévoient ni un pourcentage ni une somme clairement définie qui revient à la sécurité d'y participer c'est à dire manque de la nomenclature des actes médicaux.

✓ **Gratuités totales des actes médicaux :**

Il faut juste rappeler que la loi sur la médecine proclamée gratuite, a fait que tous les actes prodigués dans les établissements publics de santé sont fournis sans aucune discrimination pour toutes les catégories de personnes.

L'absence des tarifs de soins a créé d'abord le problème de la connaissance des coûts de soins en milieu hospitalier qui peuvent servir de référence et de contrôle de gestion. Aussi il est devenu très difficile de connaître les dépenses que couvre réellement ce forfait en matière de soins, le résultat est une désarticulation totale entre les sommes allouées et les services de santé réellement prodiguée aux assurés sociaux et leur ayants droits.

La détérioration de la qualité des soins à obliger beaucoup d'assurés de se tourner vers le secteur privé, ce qui a créé un double financement pour l'organisme de la sécurité sociale ;

---

<sup>39</sup> LAMRI, LARBI. *Problématique du financement de la santé en Algérie*, édition savoir et compétence n°2.L'E.F.P.M. de MASCARA, p.110.  
www.inpfp.dz

le premier pour les établissements publics de santé et le second pour le remboursement des frais des assurés auprès du secteur privé.

Enfin la situation financière de la CNAS est devenue plus critique après 1993 où les pouvoirs publics ont affiché une volonté politique de réformer le financement de la santé.

Cette réforme signifie clairement que l'état ne peut plus continuer à prendre en charge les nombreuses actions liées à la prévention, la formation, la recherche et la santé des personnes nécessiteuses.<sup>40</sup>

### II.1.3- Les ménages

Les ménages contribuent au financement de la santé en réglant aux établissements de santé les frais de soins et de séjours prodigués, en tout ou une partie. La participation des ménages peut prendre différentes formes principalement: le ticket modérateur, forfait hospitalier et dépassement d'honoraire.

Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré (du ménage) après le remboursement de l'Assurance Maladie.

Les paiements directs des ménages sont des paiements versés directement par le patient au prestataire de santé ; les fonds ne sont donc pas centralisés par un intermédiaire financier. La participation financière des usagers dans les établissements publics de santé sont une forme de paiement direct des ménages. Les co-paiements qui sont versés par les membres d'un régime d'assurance maladie lorsque celui-ci ne rembourse que partiellement les services de santé payés par ses membres sont une autre forme de paiement direct. Enfin, des paiements directs sont aussi versés aux prestataires de santé privés par les individus qui ne sont couverts par aucune forme d'assurance maladie.

La participation des ménages au financement sont aussi les paiements directs pour des soins et services de santé soit pour la totalité des coûts des soins soit sous forme de ticket modérateur (tout ce qui n'est pas pris en charge par les régimes de couverture médicale), ce

---

<sup>40</sup> LARBI, Lamri. *Le système de sécurité sociale en Algérie une approche économique*, édition office des publications universitaires (OPU), 2001, p.63

qui contribue au recouvrement d'une partie des coûts financiers des prestations publiques et privées.

### II.1.3.1- Inflation et effets sur le ticket modérateur

Depuis 1974, date de promulgation de la médecine gratuite, les taux de remboursement étaient pratiquement inexistant d'une part, la domination du secteur public dans la distribution des soins caractérisés par la gratuité totale des actes de soins et de prévention, d'autre part le nombre de praticiens privé était très réduit et les services qu'ils offraient aux clients était très limitée regroupant principalement les services de consultation et de soins généraux.

L'ouverture du secteur privé « officiellement » à travers les textes de 1982, s'est traduite par une orientation d'une large demande de soins du secteur public vers le secteur privé. Cette demande est qualifiée d'abord « d'importante » par le nombre d'actes de soins demandés et « rémunérée » parce qu'elle est prise en charge financièrement par les individus eux-mêmes. Dans cette situation, au moment même où les principaux facteurs économiques affichent des difficultés de financement, l'état institut par la loi du 12 juillet 1983, un ticket modérateur de 20 % à la charge des assurés sociaux sur l'ensemble de soins.

En d'autres termes, la sécurité sociale rembourse 80 % des dépenses des actes professionnels et des médicaments. Ce taux est considéré comme une contribution financière des assurés aux dépenses médicales, l'objectif est triple :

- ✓ D'abord, essayez de maintenir le rythme de la croissance globale des dépenses à un certain niveau, par ce que les chiffres expriment déjà une croissance vertigineuse pour lesquelles l'état et la sécurité sociale mobilisent des sommes considérables.
- ✓ Puis agir sur les dépenses privées des soins (limiter le recours au secteur privé) pour atténuer la consommation même des ménages, et agir sur le phénomène de la « Demande induite ».

En effet, comme toute procédure publique, des exonérations du ticket modérateur sont prévues pour certains actes professionnels, pathologie, catégories de personnes ...etc.

### ↳ Actes professionnels :

Parce qu'ils sont considérés comme très coûteux et dont le remboursement risque de traduire des effets financiers dangereux pour le compte de la sécurité sociale.

Ils sont donc exonérés du ticket modérateur, les personnes ayant subi des actes suivants :

- Les actes professionnels affectés d'un coefficient égal ou supérieur à K50.
- Les frais engagés suite à la fourniture du sang, plasma ou de leurs dérivés.
- Frais de placement des enfants prématurés en couveuses.
- Lorsque la durée d'hospitalisation est supérieure à 30 jours.
- Frais concernant les grands appareillages d'orthopédie, de réadaptation professionnelle... Etc.
- Les frais médicaux engagés au-delà du quatrième mois d'interruption de travail lorsque le traitement nécessite une cessation de travail supérieur à un trimestre.

### ↳ Les affections particulières :

Il s'agit des affections qui sont souvent de longue durée, ces types de maladies sont définis par les textes de la sécurité sociale, par exemple : les maladies cancéreuses, les hémopathies, la tuberculose ...Etc.

### ↳ Les situations particulières des assurés et de leurs ayants droits

Ils sont donc exonérés du ticket modérateur les catégories suivantes :

- Les titulaires d'une rente d'accident de travail ou de maladies professionnelles dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 50 % ;
- Les titulaires d'une pension d'invalidité ou de retraite substituée à une pension d'invalidité égale ou inférieure au S. N. M. G ;

- Les titulaires d'une pension de retraite de réversion dont le montant est égal ou inférieur au SNMG ;

Il est clair que le ticket modérateur a un rôle de régulateur, mais au fil des années, son application a démontré qu'il n'a pas rempli pleinement son rôle dans le système d'assurance Algérien et des limites économiques sont à dévoiler :

### ➤ **Limites économique :**

La question est de savoir aujourd'hui si les 20 % sont une proportion suffisante aux remboursements (des médicaments surtout) vu la cherté des prix d'une part et en rapport avec le taux de cotisation des assurés d'autre part. Autrement dit, puisque la demande de remboursement s'accélère pour des raisons très variables ; démographique, pathologique ... Etc., le problème est de savoir si le taux de cotisation est suffisant pour couvrir l'ensemble des demandes, surtout que la base « de cotisation » a nettement régressé par l'effet des privatisations des entreprises publiques.

## **II.2- Les contraintes et dysfonctionnements au sein des établissements publics de santé**

Les établissements publics de santé en Algérie présentent des contraintes et dysfonctionnements communes aux différentes catégories d'établissements (CHU, EPH, EHS, EPSP), certains sont spécifiques aux EPH. Ces contraintes et dysfonctionnements font que le rôle de l'hôpital est quelquefois mitigé en raison de contraintes internes (mauvaise gestion...) et externe (liées aux problèmes de financement...). Les contraintes et dysfonctionnements cités ci-dessous ont été tirés du rapport préliminaires du conseil national de la réforme hospitalière<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, «*Rapport préliminaires du conseil national de la réforme hospitalière : Les préalables et les actions urgentes* », 10 novembre 2014, [www.santé.dz](http://www.santé.dz).

### **II.2.1- Les contraintes et dysfonctionnements liés au financement**

Les questions liées au financement sont sans doute parmi les plus importantes notamment en matière de santé, car la santé n'a pas de prix mais il a un coût.

Le système de santé en Algérie souffre de nombreux dysfonctionnements dus au manque de moyens financiers. En effet, Les budgets des établissements publics de santé n'ont pas cessé de baisser depuis 1987. Cette baisse sensible des ressources s'est traduite par une dégradation importante des conditions de fonctionnement des structures de santé.

De plus, l'établissement public de santé doit répondre à toutes les dépenses de fonctionnement et d'investissement en puisant dans les budgets alloués par la tutelle. Les dysfonctionnements et les contraintes subies en conséquence de cette situation peuvent être résumés comme suit :

- Allocation et répartition des ressources financières inadaptées et insuffisantes ;
- Budgets des hôpitaux non négociés, ces derniers sont fixés proportionnellement aux budgets des années précédentes ;
- Endettement important ;
- Absence de maîtrise des coûts et des dépenses.

Afin de remédier à ces dysfonctionnements, le ministre de la santé a inscrit la réforme hospitalière parmi ses plans d'action prioritaire. Le MSPRH dans le cadre d'un partenariat avec l'Union Européenne a inscrit un mouvement de réformes dont certains axes sont au stade de l'étude.

Le partenariat Algéro-Européen baptisé : programme d'appui au secteur de la santé abrégé en «PASS», a pour objectif général de soutenir le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réformes Hospitalière « MSPRH » dans ses efforts visant à améliorer les instruments de pilotage du secteur de la santé en Algérie.

### CONCLUSION

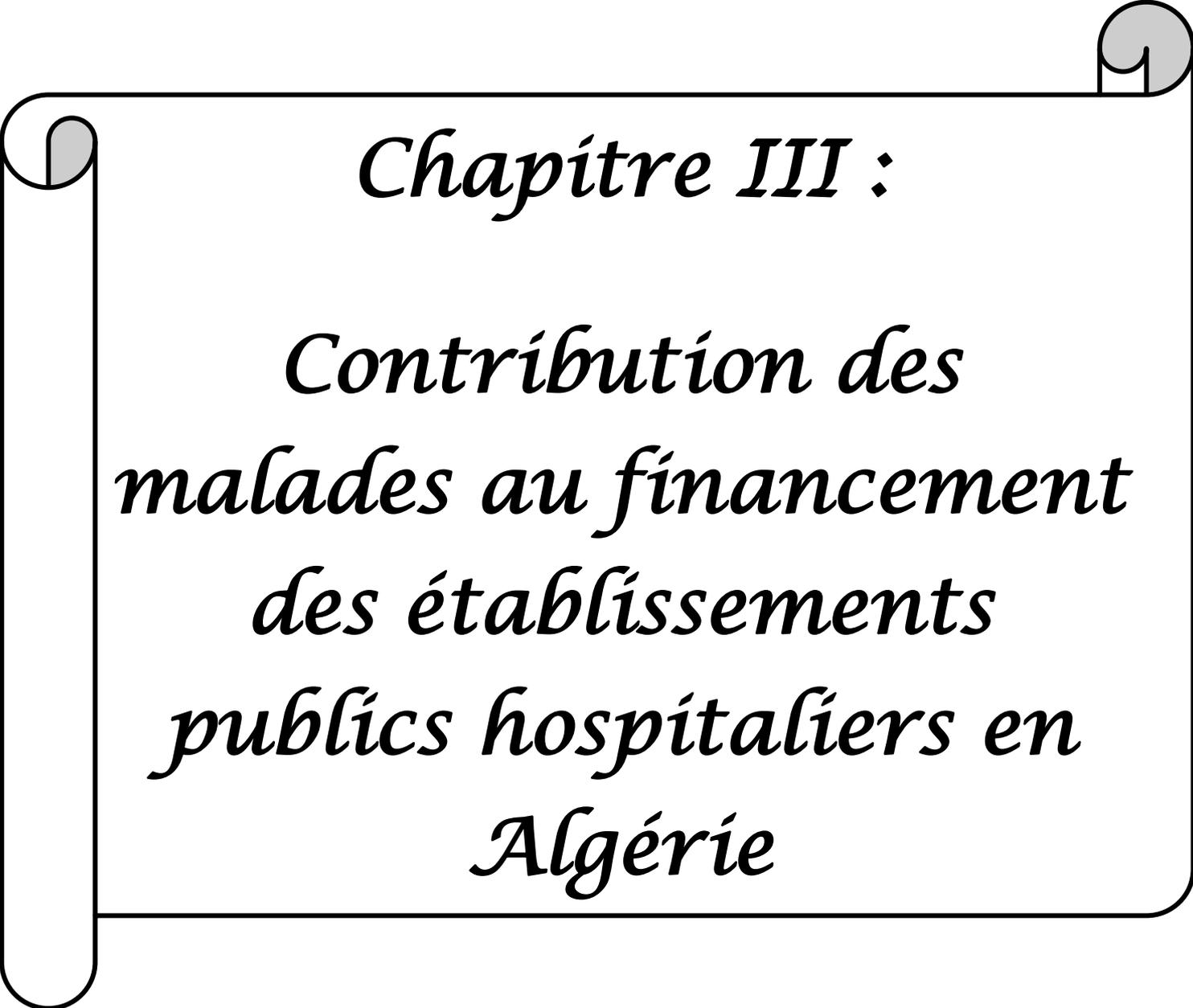
La participation des différentes sources de financement des établissements publics de santé, a sensiblement changé depuis les années 70, dont on constate une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale en première position, et en faveur des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé, à ce stade un problème d'équité commence à être soulevé en Algérie en matière d'accès aux soins.

En effet chaque année, la contribution de la sécurité sociale est fixée par le ministère des finances de façon forfaitaire, sans prise en compte du coût pour les établissements lié à la prise en charge de patients assurés sociaux.

En réalité, les modalités de partage du financement entre l'Etat et la sécurité sociale tiennent essentiellement compte des besoins de financement, tels qu'exprimés par les établissements de soins, et des capacités contributives de chacun des deux financeurs. Ceci explique que l'on observe des variations importantes au cours du temps sans lien avec l'évolution des effectifs couverts par les deux financeurs.

Le partage du financement est rendu encore plus complexe et opaque par le fait qu'une partie des démunis sont pris en charge par la CNAS moyennant une cotisation forfaitaire versée par l'Etat.

A cet effet le financement des établissements publics de santé a aujourd'hui d'avantage besoin d'engager une réforme profonde dont le contenu devrait être essentiellement lié aux sources de financement des soins.

A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a vertical strip on the left side. The scroll is outlined in black and has a light gray shadow on the right side.

*Chapitre III :*

*Contribution des  
malades au financement  
des établissements  
publics hospitaliers en  
Algérie*

### Introduction

L'Algérie, notamment au lendemain de l'indépendance, a presque toujours adopté la gratuité de soins de santé comme principe de fonctionnement des structures publiques de santé. Le niveau du financement était relativement modeste, mais on avait l'espoir que la situation allait s'améliorer. La crise économique, au milieu des années 80, est apparue, engendrant une réduction des finances publiques dans le pays, des ressources additionnelles s'avéraient nécessaires pour soutenir le développement des établissements publics hospitaliers. La participation des usagers (patients, familles, associations) dans notre dispositif de santé est assurément un des changements majeurs de la décennie.

Il fallait par conséquent trouver d'autres sources de financement. La participation des usagers au financement de soins de santé apparaît alors comme un palliatif c'est la pénurie des ressources financières de l'Etat qui entraîne son adoption.

En effet, le recouvrement des frais de séjours constitue à l'heure actuelle une préoccupation majeure en Algérie. A cet effet, la contribution du patient au financement des établissements publics hospitaliers est un élément souvent absent lorsque l'on détaille les sources de financement de l'hôpital. Or, le patient intervient financièrement à tous les niveaux :

- Il paie une part dans les frais de séjour (ticket modérateur) par journée d'hospitalisation ;
- Il paie les frais de consultation spécialisée et générale ;
- Pour certaines prestations techniques (spécialisées), pour les tests de biologie clinique et pour les examens d'imagerie médicale et pour les médicaments remboursables, la quote-part est payée par le patient sous la forme d'un forfait par admission (quelle que soit sa propre consommation) ;
- Les médicaments non remboursables sont entièrement à charge du patient.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> CROMMELYNCK, Anja., DEGRAEVE, Katelijn., LEFEBVRE, David. *L'organisation et le financement des hôpitaux*, Paris, septembre 2013, p.44. format PDF, disponible sur : [https://www.mc.be/.../mc-informations\\_253\\_fiche-info-hopitaux\\_tcm377-130594](https://www.mc.be/.../mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594).

## **Section 1 : Présentation de l'établissement public hospitalier (EPH) de Draa El Mizan**

L'hôpital **KRIM BELKACEM** de Draa El Mizan de 240 lits est construit sur les hauteurs de la ville en surplombant sur le côté est de la ville. On y accède par la route reliant Draa El Mizan à Bouira.

Les alentours de l'hôpital sont des terrains plantés d'arbustes de toutes sortes sur le flanc Sud. Sur la côte Ouest passe la route nationale N° 23, et sur le flanc nord une plantation d'arbres d'eucalyptus qui offre un calme serein et un air pur, frais bénéfique aux malades.

C'est une structure hospitalière moderne non pavillonnaire mais en système intègre, constituée de deux blocs implantés d'une façade parallèle dans la direction Est- Ouest qui expose les façades (fenêtres et chambres).

### **⇒ Bloc A :**

Dit plateau technique est constitué de différents services de consultations spécialisées, de chirurgie, de médecine interne, pédiatrie, O.R.L, ophtalmologie, hémodialyse, service des urgences médico-chirurgical, des services paraclinique, de radiologie, laboratoire, cabinet dentaire et du bureau des entrées.

L'hôpital étant construit sur une pente, de ce fait; le plateau technique à un seul étage et il est au même niveau que le deuxième étage du second bloc, comprenant les services auxquels il est relié par passerelle située sur le flanc sud.

### **⇒ Bloc B :** constitué de :

- 1<sup>er</sup> étage : service de Pédiatrie ;
- 2<sup>ème</sup> étage : service de maternité ; gynécologie et de l'unité de dépistage du cancer du col utérin ;
- 3<sup>ème</sup> étage : service de médecine interne ;
- 4<sup>ème</sup> étage : service ophtalmologie et service O.R.L ;
- 5<sup>ème</sup> étage : service de chirurgie.

Le premier étage auquel on accède par une voie parée permise par le nivellement du site, abrite de service administratif et le service de pédiatrie après le rez de chaussée ayant aussi accès par la lingerie, la cantine ; service généraux, la chaudière, les accès aux ouvertures des vide-ordures et sur le même niveau les trois bâches à eau qui constituent la réserve en eau potable de l'hôpital. L'effectif de l'hôpital KRIM BELKACEM de Draa El Mizan est de 500 personnes, il est reparti comme suit :

- Personnel Administratif : 47.
- Praticiens Spécialistes: 39.
- Chirurgiens-Dentistes: 01.
- Médecins Généralistes: 23.
- Pharmaciens Généralistes: 02.
- Paramédicaux: 207.
- Sages-femmes: 21.
- Psychologues Cliniciens: 01.
- Psychologue Orthophonistes: 01.
- Biologistes: 07.
- Personnel d'Entretien et Maintenance: 53.
- Agents Contractuels: 98.<sup>43</sup>

## **Section2 : L'activité de l'établissement public hospitalière de Draa El Mizan**

### **III.1- Les indicateurs de l'activité hospitalière**

L'activité hospitalière, exprimée en admissions et en journées d'hospitalisation, dans tous les services de soins du monde ; six critères sont utilisés en routine pour mesurer l'activité :

- 1- La capacité en lits ;
- 2- Les admissions ;
- 3- Les durées de séjour ;
- 4- La durée moyenne de séjour ;

---

<sup>43</sup> Informations reçu de l'EPH de Draa El Mizan

### Chapitre III Contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers en Algérie

- 5- Le taux d'occupation ;
- 6- Le taux de rotation de lits.

Dans cette étude, seulement le nombre de malades admis et nombre de journées d'hospitalisation seront analysés.

#### III.2- Le bilan de l'activité hospitalière de l'EPH de Draa El Mizan

Tableau n°1: Evolution des indicateurs de l'activité hospitalière de l'EPH de Draa El Mizan.

Années / Activité Hospitalière	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de lits	240	240	240	240	240
Nombre de malades admis	10385	20789	16000	15935	15957
Nombre de journées d'hospitalisation	35489	64000	63654	46636	46882
Nombre de consultations spécialisées	12060	14171	16000	18399	21120
Nombre de consultations générales	1965	71760	74727	1298	76852
D.M.S (jours)	04	03	04	03	03
T.O.M (en%)	45.43	92	91	67	67
T.R.L (en%)	43	86	66	66	66

Source : Tableau réalisée par moi-même à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan.<sup>44</sup>

**NB :**

Taux d'occupation moyen =  $\frac{\text{Nbre de journées d'hospitalisation} \times 100}{\text{Nombre de lits} \times 365 \text{ jours}}$

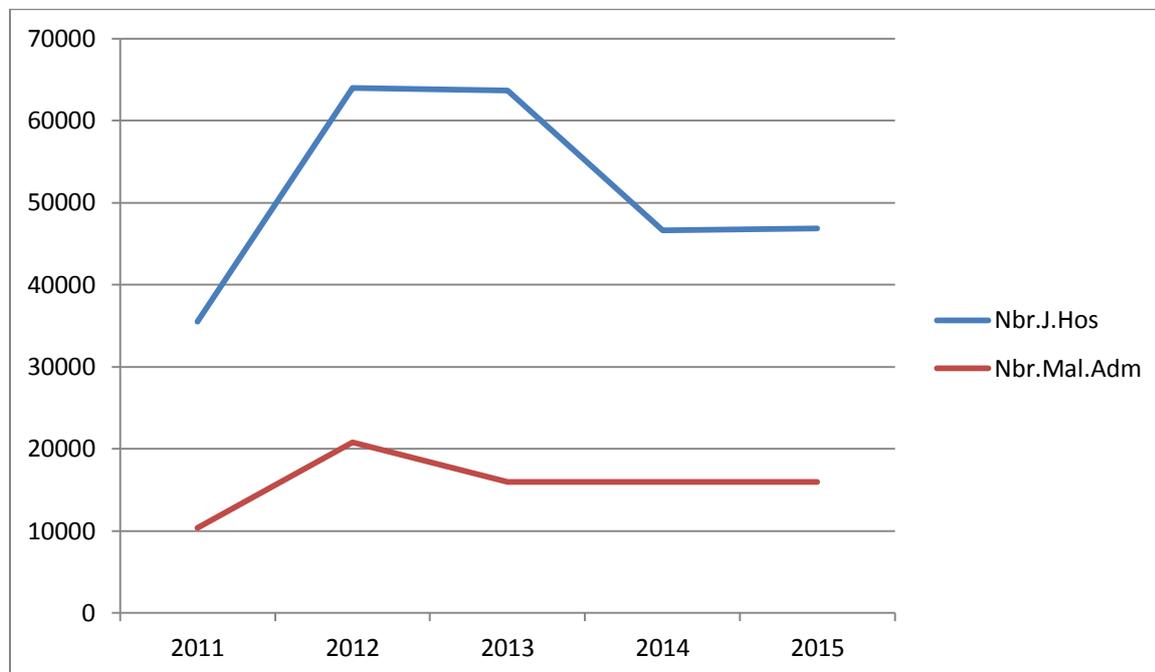
Durée Moyenne de séjour (DMS) =  $\frac{\text{Nombre de journée d'hospitalisation}}{\text{Nombre d'admission}}$

Taux de rotation de lits (TRL) =  $\frac{\text{Nombre d'admission}}{\text{Nombre de lits}}$

<sup>44</sup> Tableau réalisé à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan

### III.3- Représentation graphique

**Figure n°2 : Evolution des indicateurs de l'activité hospitalière de l'EPH de Draa El Mizan.**



**Source :** Figure réalisée par moi-même à partir des données statistiques reçu de l'EPH de Draa El Mizan<sup>45</sup>

#### Interprétation :

A travers le **Tableau n°1** et la **Figure n°2** , on remarque que le recours à l'hospitalisation progresse modérément durant la période étendue de 2011 à 2012 dont elle est passée de 10385 en 2011 à 20789 en 2012 donc une augmentation de 10404 malades admis ce qui peut être expliqué par l'absence de grève ,et une forte activité chirurgicale .

L'exploitation des indicateurs de l'activité hospitalière au niveau de l'établissement public hospitalier de Draa El Mizan fait ressortir une diminution sensible et continue du nombre d'admission depuis 2013 jusqu'à 2015, ce qui peut être expliqué par une faible activité chirurgicale en raison d'insuffisance de ressources humaines spécialisées dû à la fuite des spécialistes vers le secteur privé et disparition de certaine spécialité par exemple :

<sup>45</sup> Données statistiques reçu de l'EPH de Draa El Mizan

### **Chapitre III Contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers en Algérie**

---

ophtalmologie, néphrologie, d'autre part les ruptures fréquentes de stocks des médicaments et consommables par exemple le manque flagrant des réactifs, l'amélioration des moyens de diagnostic réduisant les hospitalisations, ainsi que les grèves qu'a connu le secteur de santé durant cette période et enfin, l'existence d'un secteur privé pluridisciplinaire et performant.

Quant au nombre de journée d'hospitalisation, Il a atteint le nombre de 64000 durant l'année 2012 , cet indicateur a connu une baisse dont elle est passée de 63654 en 2013 puis une légère augmentation en 2014 estimé de 46636 et en 2015 est 46882

L'augmentation du nombre de journée d'hospitalisation en 2012, s'explique par le nombre important d'admission en 2012 et la baisse par diminution du nombre d'admission car il y a une relation directe entre le nombre de journée d'hospitalisation et le nombre de malades admis. Cette activité hospitalière génère un taux d'occupation moyen de 92% en 2012 et 67% en 2015.

En effet, cet outil de mesure (journées d'hospitalisations) servait de financement pour les organismes de sécurité sociale en remboursant les assurés en fonction du nombre de jours passés à l'hôpital.

Jugé trop inflationniste, car les hôpitaux maximisaient la durée de séjours des malades pour rendre bénéficiaire leurs comptes, les sociétés d'assurances ne pouvaient avoir des informations justes sur la quantité de soins réellement prodigués aux malades.

De même, il est prouvé médicalement les soins de santé se concentrent généralement les premiers jours d'hospitalisations des malades pour se limiter aux derniers jours aux dépenses d'hôtellerie et d'alimentations.

De même, il a été remarqué une absence totale de liens entre l'établissement des coûts et la prise de décision qui peut aboutir dans beaucoup de cas à une utilisation plus efficace des moyens financiers.

Il faut préciser aussi que le mode de financement basée sur la budgétisation ne favorise guère une recherche d'économicité ou de rationalité au contraire, et dans le cas Algérien tous les efforts s'accroissent sur une consommation intégrale du budget avant la clôture de l'année comptable.

Le budget tel que établis par instances concernées et tel que affecté à la dépense présente aujourd'hui un grand handicap dans la gestion dans la mesure où chaque année des budgets plus importants sont accordés aux hôpitaux sans fixer un mode d'information juste et fiable sur l'utilisation et l'affectation des moyens financiers.

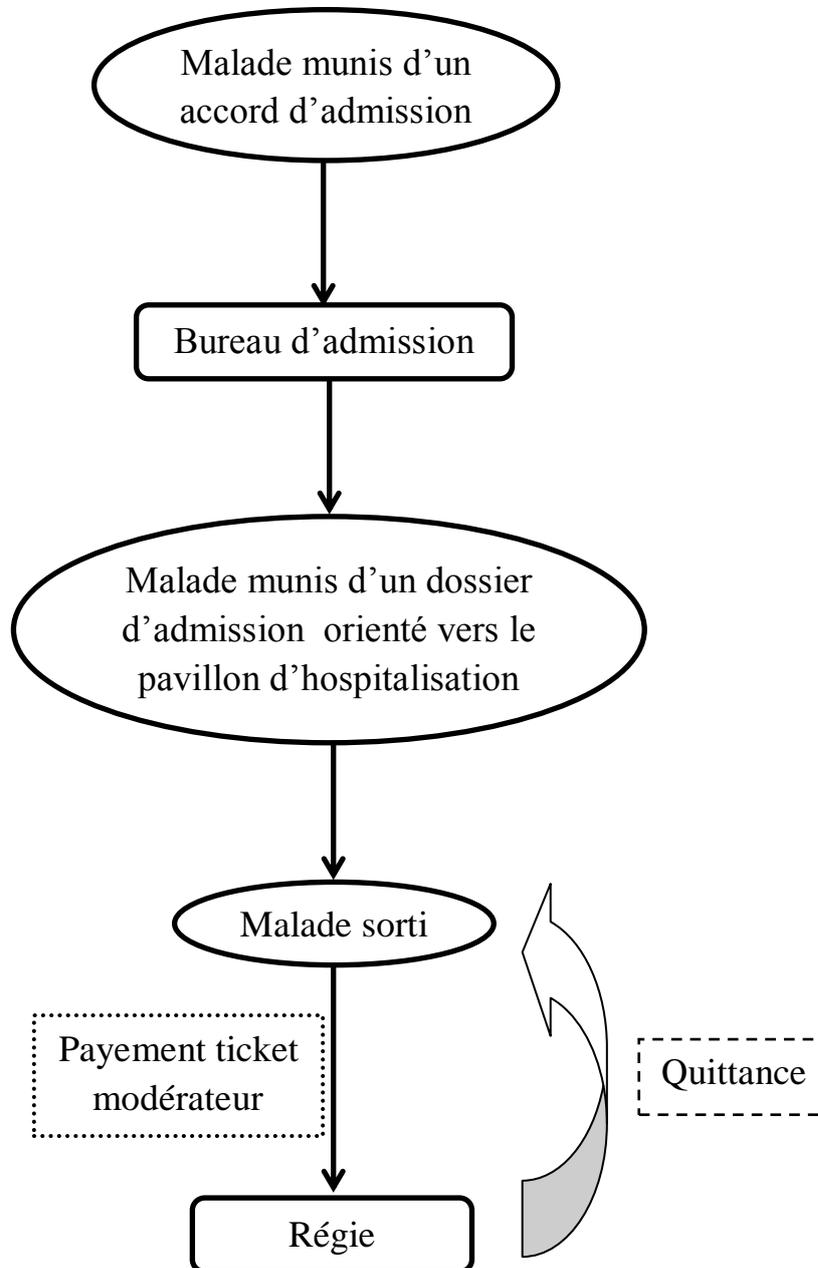
### **Section 3: Contribution des malades au financement de l'EPH**

#### **III.1- Le système de recouvrement des recettes au niveau de l'EPH de Draa El Mizan**

Les malades venant en hospitalisation après une consultation au niveau des urgences, ou à l'issue d'une évacuation d'urgence sont orientés vers les pavillons d'hospitalisation par le service des admissions, le malade muni d'un accord d'admission se dirige vers le bureau de l'admission pour l'enregistrement de son admission et l'élaboration d'un dossier constitué d'un bulletin d'admission et d'une fiche navette. Après son séjour à l'hôpital le malade doit se présenter à la régie pour le paiement d'un ticket modérateur, le caissier utilise un quittancier à souche pour porter les sommes encaissées sur le quittancier, une quittance sera remise au malade et l'autre reste dans la souche, à la fin du mois le caissier va faire un ordre de virement on utilisant le quittancier , et les sommes encaissées accompagné des souches seront reversées directement à la trésorerie après visa du gestionnaire .

On a remarqué que les frais d'hospitalisation des patients sont comptabilisés de manière forfaitaire ; il y a lieu de définir le prix de journée conformément aux conventions internationales ; Les produits de la régie s'apparentent à des recettes imprévues puisqu'elles viennent se greffer au budget en sus des prévisions réparties par le ministre de tutelle, il serait juste dans ce cadre précis, de permettre au conseil d'administration de décider de leur affectation budgétaire (Le principe de la spécialisation budgétaire). Dans toutes recettes qu'ils effectuent ; les régisseurs auront à dresser des états de recettes revêtus obligatoirement du visa de l'ordonnateur pour contrôle et portant indication et décompte des produits des parties versantes et du montant des sommes encaissées. Le régisseur ne peut prévoir que les droits énumérés dans la délibération.

**Figure n°03 :** Le processus de recouvrement des recettes émanant des malades au sein de l'EPH de DEM.



**Source :** Figure réalisée par moi-même à partir des informations reçu de l'EPH de Draa El Mizan<sup>46</sup>

<sup>46</sup> Information reçu de l'EPH de Draa El Mizan

### **III.1.1- Les problèmes de recouvrement des recettes au niveau de l'EPH de Draa El Mizan**

Le financement est un problème majeur dont souffre l'EPH à cause des facteurs suivants :

- Le statut d'indigence est abusivement exploité par une large tranche de la population qui n'est pas forcément en mesure d'en bénéficier ;
- Les difficultés de recouvrement des frais auprès de la mutualité publique ;
- La tarification est fondée sur des barèmes désuets ;
- L'absence d'un système de facturation.

### **III.2- La tarification de la contribution financière des malades**

En Algérie la dotation budgétaire étant calculée selon le prix de journée hospitalière, un procédé d'évaluation dont la base de calcul est représentée par la clé (Durée moyenne de séjour)sachant par ailleurs que le financement par dotation effectué pour les hôpitaux publics tient compte du prix de journée comme indicateur essentiel, cette forme d'évaluation est cependant dépassée car on présente aujourd'hui d'autres possibilités de calcul du coût des prestations en proposant la méthode du Case-Mix (DRGs-GHM) et la tarification à l'activité qui paraissent répondre plus ou moins convenablement à la problématique .

Concernant la situation du calcul des coûts dans les hôpitaux publics Algériens, on a tendance à opter pour la méthode des sections homogènes mais en l'absence du (PMSI : le Programme de Médicalisation du Système d'Information), les coefficients relatifs aux volumes des charges qui seraient préalablement établis pour effectuer la répartition entre les différentes sections (Les centres d'analyses) ne peuvent être connus, ce qui conduit nécessairement à une sous-estimation des coûts concernant les activités.<sup>47</sup>

La tarification, conformément à l'arrêté interministériel de janvier 1995 appelle les observations suivantes :

---

<sup>47</sup> « *Health Care Financing Administration* ». Arid B. 1996 « Activity based cost management in Health Care – International journal of Health Care Quality Insurance ».

### **Chapitre III Contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers en Algérie**

---

- Elle est insensée parce que non discriminatoire par rapport au revenu ; elle l'est par rapport à la catégorie sociale ce qui est ni logique ni juste ; les exemptions ;
- Elle est forfaitaire, non basée sur aucun critère économique, financier ou médical.

#### **a- Pour les soins ambulatoires :**

- Consultation spécialisée : 100 DA ;
- Consultation Générale : 50 DA ;
- Cabinet dentaire : 50 DA.

#### **b- Pour les hospitalisations :**

- Hospitalisation : 100 DA pour la nuit.

Pour radio et analyses médicale voir les tableaux ci-dessous.

**Chapitre III Contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers en Algérie**

**c- Frais de Radiologie : Tableau n°2: Tarif radio**

<i>Code radio</i>	<i>Tarif radio(DA)</i>	<i>Code radio</i>	<i>Tarif radio(DA)</i>
<b>R01</b>	1.80	<b>R31</b>	55.80
<b>R02</b>	3.60	<b>R32</b>	57.60
<b>R03</b>	5.40	<b>R33</b>	59.40
<b>R04</b>	7.20	<b>R34</b>	61.20
<b>R05</b>	9.00	<b>R35</b>	63.00
<b>R06</b>	10.80	<b>R36</b>	64.80
<b>R07</b>	12.60	<b>R37</b>	66.60
<b>R08</b>	14.40	<b>R38</b>	68.40
<b>R09</b>	16.20	<b>R39</b>	70.20
<b>R10</b>	18.00	<b>R40</b>	72.00
<b>R11</b>	19.80	<b>R41</b>	73.80
<b>R12</b>	21.60	<b>R42</b>	75.60
<b>R13</b>	25.20	<b>R43</b>	77.40
<b>R14</b>	27.00	<b>R44</b>	79.20
<b>R15</b>	28.80	<b>R45</b>	81.00
<b>R16</b>	30.60	<b>R46</b>	82.80
<b>R17</b>	32.40	<b>R47</b>	84.60
<b>R18</b>	34.20	<b>R48</b>	86.40
<b>R19</b>	36.00	<b>R49</b>	88.20
<b>R20</b>	37.80	<b>R50</b>	90.00
<b>R21</b>	39.60	<b>R51</b>	91.80
<b>R22</b>	1.80	<b>R52</b>	93.60
<b>R23</b>	41.40	<b>R53</b>	95.40
<b>R24</b>	43.20	<b>R54</b>	97.20
<b>R25</b>	45.00	<b>R55</b>	99.00
<b>R26</b>	46.80	<b>R56</b>	100.80
<b>R27</b>	48.60	<b>R57</b>	102.60
<b>R28</b>	50.40	<b>R58</b>	104.40
<b>R29</b>	52.20	<b>R59</b>	106.20
<b>R30</b>	54.00	<b>R60</b>	108.0

### Chapitre III Contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers en Algérie

**Source :** Tableau réalisé à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan.<sup>48</sup>

#### Interprétation du tableau n°2

A partir du **Tableau n°2** les tarifs radio sont très faibles, ces tarifs ne sont pas actualisés.

#### d- Frais de laboratoire

**Tableau n°3: Tarif de laboratoire**

Code	Tarif (DA)	Code	Tarif (DA)
<b>B.01</b>	0,40	<b>B.75</b>	30,00
<b>B.08</b>	3,20	<b>B.80</b>	32,00
<b>B.10</b>	4,00	<b>B.90</b>	36,00
<b>B.15</b>	6,00	<b>B.100</b>	40,00
<b>B.20</b>	8,00	<b>B.110</b>	44,00
<b>B.25</b>	10,00	<b>B.115</b>	46,00
<b>B.30</b>	12,00	<b>B.120</b>	48,00
<b>B.35</b>	14,00	<b>B.16</b>	6,40
<b>B.40</b>	16,00	<b>B.65</b>	26,00
<b>B.45</b>	18,00	<b>B.150</b>	70,00
<b>B.50</b>	20,00	<b>B.190</b>	76,00
<b>B.55</b>	22,00	<b>B.135</b>	54,00
<b>B.66</b>	24,00	<b>B.195</b>	78,00
<b>B.70</b>	28,00	<b>B.225</b>	88,00
		<b>B.270</b>	100,80

**Source :** Tableau réalisé à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan.<sup>49</sup>

<sup>48</sup> Tableau réalisé à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan.

<sup>49</sup> Tableau réalisé à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan.

### Chapitre III Contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers en Algérie

---

#### Nature des actes :

**R** : Acte utilisant les radiations ionisantes pratiqué par le médecin ou le chirurgien-dentiste

**B** : Acte d'analyse médicale.

A partir du **Tableau n°3** les tarifs de laboratoire sont très faibles, ces tarifs ne sont pas actualisés.

Toutefois, sont exonérées totalement ou partiellement du paiement des tarifs les personnes bénéficiant de la gratuité de soins en vertu d'une disposition légale :

- Les personnes dont les capacités contributives ne leur permettent pas de supporter la totalité ou une partie des frais des prestations, sur fourniture d'un certificat d'indigence, Les critères et les procédures d'identification de ces personnes seront fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé ;
- Les enfants âgés ou inférieurs de 5ans, les malades atteints des maladies chroniques, les handicapés, le personnel de la santé<sup>50</sup>.

Les moyens financiers sont octroyés aux hôpitaux selon les prévisions d'activité :

- Nombre de journées d'hospitalisation ;
- Taux d'occupation moyen ;
- Les consultations externes ;
- Les entrées directes et indirectes.

Lors de l'élaboration des budgets des différents services expriment leurs besoins sans aucune connaissance du cout réel de leurs activité à cause de l'absence d'une comptabilité analytique, les ressources budgétaires sont alors attribuées généralement en fonction de celles de l'exercice précédent. Cette manière de répartir les ressources est médiocre.

---

<sup>50</sup>MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**III.3- La part contributive des malades**

**Tableau n°4: Evolution des recettes, en particulier la part contributive des malades au niveau de l'EPH de Draa El Mizan**

<b>Année</b> <b>SF</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Participation de l'Etat</b>	615 935 000,00	600 020 000,00	486 300 000,00	530 400 000,00	581 301 000,00
<b>Contribution des ménages</b>	9852337,37	10707631,9	12286179,18	15070545,96	18523716,2
<b>Participation Des OSS</b>	50 000 000.00	50 000 000.00	50 000 000.00	50 000 000.00	50 000 000.00
<b>Total</b>	675787337,4	660727631,9	548586179,2	595470546	649824716,2

**Source :** Tableau réalisée par moi-même à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan.<sup>51</sup>

**SF :** Sources de Financement

**OSS :** Organismes de Sécurité Sociale

<sup>51</sup>Tableau réalisé à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan.

### **Interprétation du Tableau n°4**

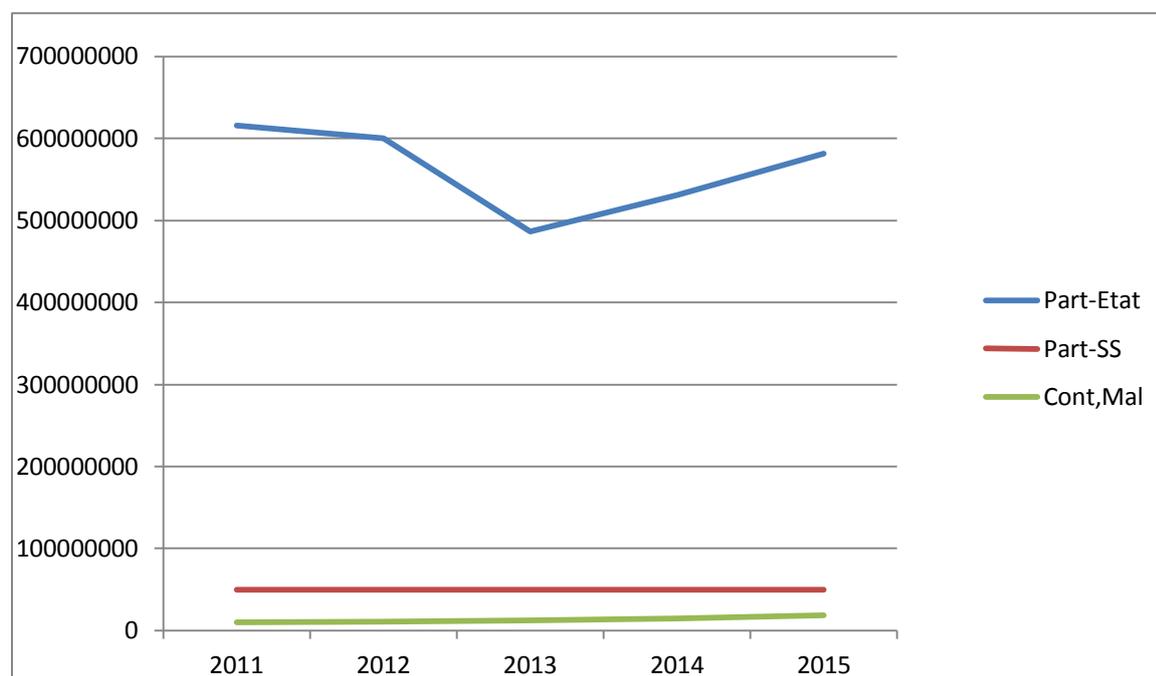
D'après le **Tableau n°4** la participation de l'Etat au financement de l'EPH de Draa El Mizan durant la période 2011 jusqu'à 2013 en diminution continue, à partir de 2014 cette participation a connu une augmentation jusqu'à 2015.

La contribution des malades a connu une hausse continue durant la période 2011 jusqu'à 2015.

La participation de la CNAS est stable, sa part contributive est 50000000.00 DA de 2011 à 2015.

### **III.4- Représentation graphique**

**Figure n°04: Evolution de la part contributive des malades par rapport à la participation de la sécurité sociale et la participation de l'Etat au niveau de l'EPH de Draa El Mizan.**



**Source :** Figure réalisée par moi-même à partir des données statistiques reçu de l'EPH de Draa El Mizan<sup>52</sup>

<sup>52</sup>Données statistiques reçu de l'EPH de Draa El Mizan

#### Interprétation :

A partir du **Tableau n°4** et la **Figure n°4** qui représentent l'évolution des parts contributives des différentes sources de financement de l'EPH, on peut déduire ce qui suit :

1. La participation de l'Etat était de l'ordre de 615 935 000,00 DA en 2011 ; puis une tendance à la baisse est enregistré entre 2012 et 2015 passant de 600 020 000,00DA en 2012 et à 581 301 000,00 DA en 2015.
2. La participation de la CNAS est stable. Sa part contributive est 50000000.00 DA de 2011 à 2015.
3. La contribution des malades est de 9852337,37DA en 2011, à partir de 2012 a connu une tendance à la hausse qui est 10707631,9DA en 2012 puis 12286179,18 en 2013 ensuite 15070545,96DA en 2014. Enfin, elle représente une part importante en 2015 qui est 18523716,2DA.

Donc on remarque que la part du budget de l'Etat allouée à l'EPH est en hausse régulière ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du Ministère de la Santé.

D'après la figure n°4 on remarque que durant la période 2011 jusqu'à 2015 la participation de l'état est importante par rapport à la participation de la sécurité sociale alors que la contribution des ménage est minime cela s'explique par : Chaque personne traitée dans un établissement de santé public doit acquitter une somme. Ils sont très faibles par rapport au coût réel des soins et il existe de nombreuses exceptions légales (malades chroniques, enfants, démunis...) et non légales (sommés non réclamés lorsque le patient connaît des agents de l'hôpital, par exemple) permettant de ne pas payer cette participation. C'est pourquoi, la part des ressources propres des établissements publics hospitalier correspondant aux paiements directs des ménages reste systématiquement très faible.

Bien que l'état contribue en premier lieu au financement de l'établissement public hospitalier, le paiement direct des ménages constitue la source principale du système de santé. Cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général, imprévisibles, et parfois, catastrophiques, beaucoup de familles

peuvent s'endetter lourdement ou se ruinent afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de maladie(s) chronique(s). Bien évidemment, cette situation s'aggrave particulièrement chez la population la plus pauvre. Il devrait y avoir donc une révision du rôle de l'état en matière de financement des soins de santé. Tout en retrouvant des compromis acceptables entre équité, satisfaction des besoins et maîtrise des dépenses de santé.

Il est particulièrement difficile de trouver des chiffres fiables, parce que même si la contribution des ménages apparaît faible selon le graphe mais cette contribution ne reflète pas la réalité car même si le malade paie 100 Da pour une journée d'hospitalisation mais dès son admission à l'hôpital tous les frais de soins à sa charge.

#### **III.5- Les insuffisances de la tarification de soins hospitaliers**

- la tarification aux assurés sociaux et leurs ayants droit ne peut être appliquée dans les conditions actuelles du fait que :
  - la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) est toujours basée sur des valeurs monétaires des lettres clé totalement dépassées ; ces valeurs n'ont pas été actualisées depuis 1987 et sont de loin inférieures aux valeurs réelles compte tenu de l'effet de l'inflation et des multiples dévaluations de la monnaie locale,
  - Cette nomenclature est vieille et ne comprend pas de nouveaux actes et de nouveaux examens intervenus suite à l'évolution des technologies médicales,
  - Cette nomenclature reflète le point de vue de la sécurité sociale et n'est pas consensuelle.

### **III.6- La Nouvelle tarification de soins hospitaliers en Algérie**

Face aux difficultés croissantes de financement de soins hospitaliers, la tarification c'est imposée comme dernière solution pour apaiser les charges des établissements publics hospitaliers. Avec le projet de tarification l'Etat prévoyait de réaliser des rentrées annuelles entre 2,5 à 3 milliards de DA pour 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 autrefois fixés 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, de même que 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.

La décision de tarification ne stipule que tous les services fournis par l'hôpital : consultation, hébergement, imagerie, examens biologiques, radiothérapie ....etc. Seront payés par le malade.

Toutefois, l'arrêté prévoit la dispense de certaines catégories particulières de malades ; il s'agit des personnes émargeant au filet social, 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.<sup>53</sup>

### **III.7- Evolution des dépenses au niveau de l'EPH de Draa El Mizan**

**Tableau n° 5: Evolution des dépenses de l'EPH**

<b>Année</b>	<b>Dépense</b>
2011	66769920,08
2012	541711596,33
2013	530866608,98
2014	521723901,12
2015	501846011,33

<sup>53</sup>AHMED, Sakhri. 700DA pour une nuit d'hospitalisation, 12 décembre 2015.

**Source :** Tableau réalisé à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan.<sup>54</sup>

#### Interprétation

D'après le **Tableau n°5**, les dépenses de l'EPH de Draa El Mizan ont connu une baisse d'une année à une autre. En 2011, les dépenses sont estimées à 66769920,08 millions de DA, ce qui signifie une forte activité hospitalière. A partir de 2012, les dépenses ont connu une baisse jusqu'à 2015, cela est dû à la baisse de l'activité hospitalière sachant que l'année 2015 a connu une baisse flagrante des dépenses qui s'explique par la fuite des spécialistes vers le privé ainsi la grève continue durant l'année 2015 ce qui à engendrer une baisse de l'activité hospitalière donc une baisse des dépenses.

#### Conclusion

Le financement de l'EPH est assuré par l'Etat et la sécurité sociale et les ménages, mais cette contribution ne reflète pas la réalité : par exemple, une journée d'hospitalisation coûte 100Da mais au cas où les analyses ou les échographies nécessaires ne sont pas disponible à l'EPH, le patient est dans l'obligation de les faire chez le privé et qui dit privé dit cherté, donc les soins peuvent lui coûter jusqu'à son salaire mensuel donc les malades dépensent une part importante pour assurer leurs soins ce qui explique sa contribution indirect au financement de l'EPH .

En effet la part des ménages dans le financement des établissements hospitalier en Algérie est considérable. Ils interviennent au moyen des paiements directs au moment de l'achat des services, ce qui peut constituer une barrière à l'accès aux soins dans la mesure où l'individu ne dispose pas d'argent au moment de se rendre à l'hôpital, sachant que les coûts des soins pour les ménages sont moins élevés dans les institutions publiques que dans les structures privées. Pour les pathologies relevant des programmes prioritaires, ils sont pris en charge par le financement externe donc la majeure partie des dépenses des ménages est consacrée à l'achat des médicaments et aux honoraires de médecins dans les institutions privées.

---

<sup>54</sup>Tableau réalisé à partir des données de l'établissement public de santé de Draa EL Mizan



*Conclusion  
Générale*

## Conclusion générale

---

L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'apport des malades au financement des établissements public de santé au niveau de l'EPH de Draa El Mizan.

Dans l'objectif d'apporter des éléments de réponses à cette question nous nous sommes appuyés en premier lieu sur une revue littérature où nous avons donné un aperçu historique sur le financement des établissements publics de santé en Algérie, puis nous avons présenté l'organisation et les ressources financière d'un établissement publics de santé

En deuxième lieu, nous avons confronté notre étude à la réalité du terrain dans le but d'approfondir. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur une étude qualitative par le biais d'un entretien non directif réalisés avec l'économiste, le régisseur de l'EPH, l'agent du service de calcul des coûts au sein de l'EPH de Draa El Mizan ensuite nous avons adopté une étude quantitative à travers laquelle on a reçu des données statistiques sur les activités hospitalières ainsi les ressources financières de l'EPH.

Il est clair qu'aujourd'hui en Algérie, l'Etat seul ne peut pas assurer le financement des soins et les bénéficiaires doivent donc y participer. Cette participation doit cependant être équitable en tenant compte de la capacité à payer. Il serait illusoire de penser qu'en se focalisant uniquement sur les ressources locales pour faire face au sous-financement des services de santé, à l'insuffisance des équipements, des infrastructures et du personnel, l'accessibilité financière serait améliorée dans le district de santé .

En effet, le financement des établissements publics hospitalier doit permettre la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en place de mesures de prévention et de prise en charge médicale répondant aux besoins des populations, à force est de constater que les ressources mobilisables auprès des ménages, des pouvoirs publics ou d'un tiers-payant sont très insuffisantes. Leur accroissement est un objectif prioritaire, qui ne peut toutefois se concevoir qu'en lien avec une amélioration de l'offre de soins, seule à même de susciter l'envie de se faire soigner.

En Algérie, le financement des établissements publics hospitalier est très insuffisant, les dépenses de santé sont, en outre, en grande partie à la charge des ménages et seule une faible part de ces dépenses est socialisée.

## Conclusion générale

---

Ce système profondément inégalitaire a des conséquences sanitaires et économiques importantes pour les ménages, les amenant à renoncer aux soins ou à les différer.

L'augmentation de la part des ressources publiques en faveur du secteur de la santé a d'ailleurs été amorcée récemment, dans le cadre des annulations de dettes et à la suite de réallocations de ressources entre secteurs, mais l'augmentation des ressources ne suffit pas.

La gestion défaillante des financements disponibles, et plus généralement la mauvaise gouvernance des systèmes de santé, compromettent souvent l'efficacité de la dépense. Dans beaucoup d'établissements publics de santé, l'Etat ne remplit pas son rôle en matière de hiérarchisation des objectifs, de planification des besoins financiers, de gestion et d'allocation des ressources et de garantie d'équité dans l'accès aux soins.

On peut conclure à partir de notre analyse que le financement de l'établissement public hospitalier est assuré à concurrence de 87% par la participation de l'état qui est une part importante contre seulement 4% de la contribution des ménages qui est faible et enfin la sécurité sociale est de 9% mais ces coûts ne reflète pas la réalité, car les coûts réelles supporté par le patient sont très important. mais malgré tout cela le financement reste insuffisant par rapport aux besoins de santé de la population influencés par une démographie galopante et l'émergence des nouvelles maladies.

Par ailleurs les ménages malgré leur état de pauvreté demeurent la principale source de financement des établissements publics hospitalier.

Les établissements publics hospitaliers font face à des problèmes majeurs telle que :

Les moyens financiers des établissements publics de santé ont stagné en valeur constante, alors que la population et les besoins sanitaires ont augmenté.

Au manque de moyens s'ajoutent les problèmes liés au vieillissement des équipements et des infrastructures. L'inadaptation des modalités de financement se reflète dans l'augmentation de la contribution directe des ménages aux dépenses de santé. Cette situation limite l'accès aux soins pour de larges couches de la population.

Comme toute recherche, notre travail souffre de certaines limites dont nous citerons les principales :

## Conclusion générale

---

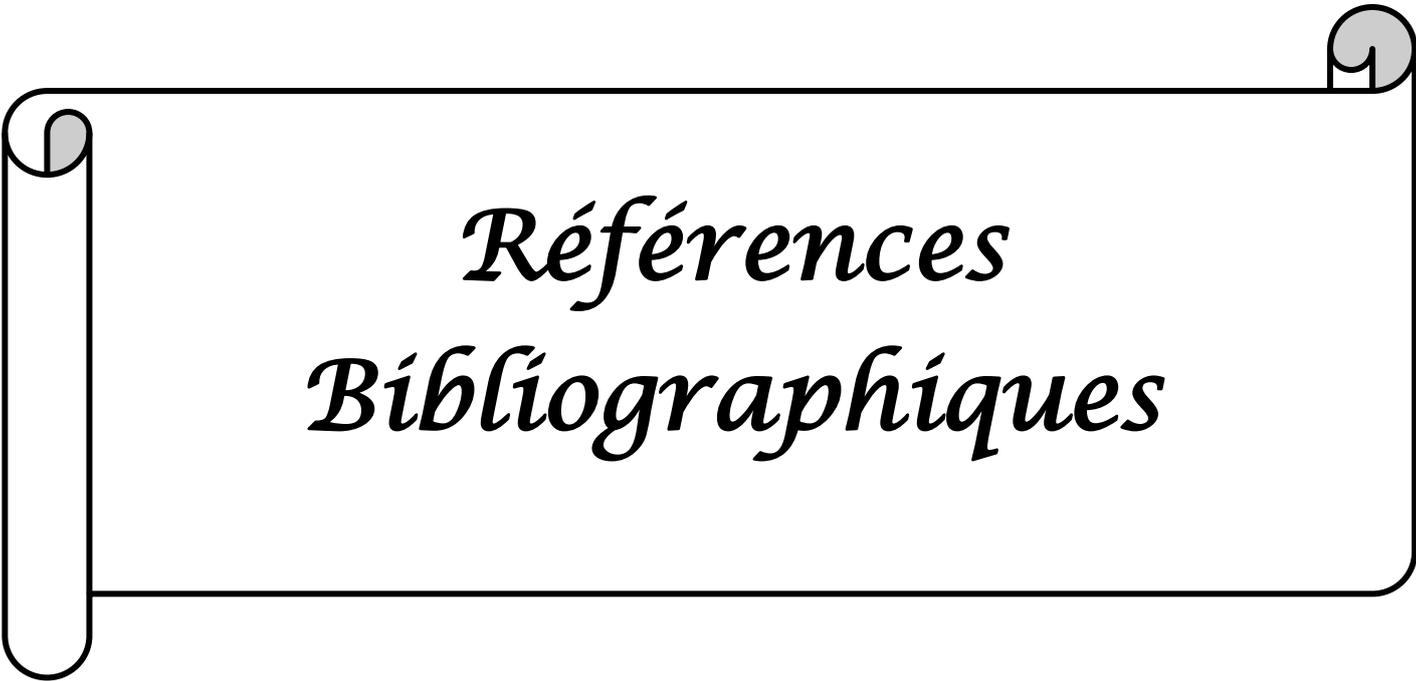
- Les principales difficultés rencontrées tournent autour de la disponibilité des données financières de l'établissement hospitalières et de leur validité. cette absence de données financières nous a empêchés de faire une observation sur une période beaucoup plus longue.

En effet, des difficultés liées à la fiabilité et à la validité des données trouvées à la direction de l'établissement public hospitalière sont aussi à noter ;

- L'indisponibilité des documents qui sont en relation avec notre sujet ;
- Le Manque des textes réglementaire sur le financement des établissements publics de santé en Algérie en particulier la contribution des malades ;
- Difficulté dans la collecte de certaines données qui concerne les bilans d'activités hospitalières ;

Enfin, pour résoudre le problème de financement de l'établissement public de santé en Algérie il est nécessaire d'opter pour le système de contractualisation qui va offrir, une meilleure transparence dans le financement. Ce qui permettra de connaître qu'elle est la part de chacun des contributeurs au financement, ainsi la mise en place de la facturation.

Parmi les mesures urgentes proposées, on retrouve ; la nécessité de la mise à jour de la nomenclature des actes médicaux ou bien l'actualisation de la tarification des actes, de budgétiser les recettes générées.



*Références  
Bibliographiques*

## Références Bibliographiques

---

### Ouvrages

- 1- CABANNE, C. et alii : *Lexique de géographie humaine et économique*, Ed. Dalloz, 1984 ;
- 2- COMET, Paul., PIGANIOL, Raymond. *L'hôpital public*. Troisième édition. 5, rue Auguste-Comete, 75006 PARIS : BERGER-LEVRAULT ;
- 3- DAHAK, Abdenour ; KARA, Rabah. *LE MEMOIRE DE MASTER : DU CHOIX DU SUJET A LA SOUTENANCE* .N. Ville Tizi-Ouzou : Editions EL-AMEL, 2015 ;
- 4- GROLIER, Jacques. *Gestion Financière et Pilotage Médico-Economiques pôle hospitaliers*, édition de l'école des hautes études en santé publique, 2013 ;
- 5- G.SAINT-PAUL, *Réflexion sur l'organisation du système de santé*, France, direction de l'information légale et administrative, décembre 2012.
- 6- Jean-Marie, Fessler., Pierre, Frutiger. *La tarification hospitalière à l'activité éléments d'un débat nécessaire et propositions*, Paris, éditions Lamarre 1, avenue édouard-Belin 92500 Rueil-Malmaison, 2003. P173.
- 7- OUFRIHA, Fatima Zohra. *Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie*, Alger : édition Office des publications universitaires d'Alger, 1992 ;
- 8- PERROT, Jean., Eric de Roodenbeke (éd). *La contractualisation dans les systèmes de santé pour une utilisation efficace et appropriée*. Paris : Karthala, 01/11/2005 ;
- 9- LARBI, Lamri. *Le système de sécurité sociale en Algérie : Une approche économique*. Édition office des publications universitaires (OPU), 2001.

### Revue et Périodiques

- 10- Jérôme, Dumoulin., Miloud, Kaddar. *Sciences sociales et santé*, année 1993, volume 11, numéro 2.

### Dictionnaires

- 11- *Larousse médicale*, 2003, édition Larousse VDEF, Paris.

## Références Bibliographiques

---

### Colloque et Séminaire

- 12-** CHAOUICHE, Ali, Colloque international sur *les politiques de santé : Le financement du système de santé*, 18 & 19 janvier 2014, Hôtel Aurassi, Alger ;
- 13-** OUFRIHA, Fatima Zohra et Collaborateur. *Un Système de santé à la croisé des chemins*, 2006, Alger : édition CREAD, 2006 ;
- 14-** OUFRIHA, Fatima Zohra. *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie*. In cahiers du CREAD N° 41, 3<sup>ème</sup> trimestre 1997 ;
- 15-** OUCHEFOUN, A., HAMOUDA, D. *Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie*. In Cahiers du CREAD N° 35/36, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1993 ;
- 16-** ZIANI, Zoulikha, ZIANI, Farida, Colloque international sur, *Le financement de la santé en Algérie*, 03 et 04 /12/2012, Université de Bejaïa.

### THESES ET MEMOIRES

- 17-** AIT MOKHTAR, Omar. *L'évolution de la politique des dépenses publiques dans le contexte de la mondialisation*. Thèse de doctorat en science économique, Tlemcen : Université Abou BakrBelkaidTlemcen2013/2014 ;
- 18-** BENCHIKHA, Fatima Zohra. *Le Management Hospitalier: Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew*. Mémoire magister en management, Option stratégie, Oran: université d'Oran, 2011 /2012 ;
- 19-** KARA, TERKI Assia. *La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public*. Thèse de doctorat. Sciences économique. Option gestion, Tlemcen : Université Abou Bekr de Tlemcen, 2009/2010 ;
- 20-** LAFFITTE, Fabien. *Un nouveau mode de financement du service public hospitalier en France le passage à la tarification à l'activité dans le plan hôpital 2007*. Mémoire Magister, Lyon : Université Lumière Lyon II, Septembre 2005.

## Références Bibliographiques

---

### RAPPORTS ET DOCUMENTS

- 21- *Assistance sociale dans la région méditerranéenne*, Algérie ; C.A.I.M.E.D (center for Administration Innovation in the Euro-Méditerranéan Région, 2004 ;
- 22- CASTONGUAY, Joanne. *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, Montréal Mars 2013 ;
- 23- CROMMELYNCK, Anja., DEGRAEVE, Katelijn ., LEFEBVRE, David. *L'organisation et le financement des hôpitaux*, Paris, septembre 2013.Format PDF, disponible sur le site : [https://www.mc.be/.../mc-informations\\_253\\_fiche-info-hopitaux\\_tcm377-130594](https://www.mc.be/.../mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594)
- 24- LAMRI, LARBI. *Problématique du financement de la santé en Algérie*, édition savoir et compétence n°2.L'E.F.P.M. de MASCARA. Format PDF, disponible sur le site: [www.infpf.dz](http://www.infpf.dz)
- 25- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, *statistiques sanitaire*, Alger, 2009 ;
- 26- Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, «*Rapport préliminaires du conseil national de la réforme hospitalière: Les préalables et les actions urgentes* »,10 novembre 2014,[www.santé.dz](http://www.santé.dz) ;
- 27- NABNI. *Cinquantième de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020*, le troisième thème sur la santé, 2013 ;
- 28- Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière en Algérie, *les préalables et les actions urgentes. L'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*, Paris, Mars 200 ; [www.idres.fr](http://www.idres.fr)
- 29- SAKHRI, AHMED. *700DA pour une nuit d'hospitalisation*, 12 décembre 2015.

### Textes réglementaires

- 30- Arrêté interministériel du 3 moharrem 1431 correspondant au 20 décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics de santé .Application de l'article 22 du décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007 ;
- 31- Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ;
- 32- Journal Officiel de la République Algérienne n°33, Joumada El Oula1428, 20 mai 2007

## Références Bibliographiques

---

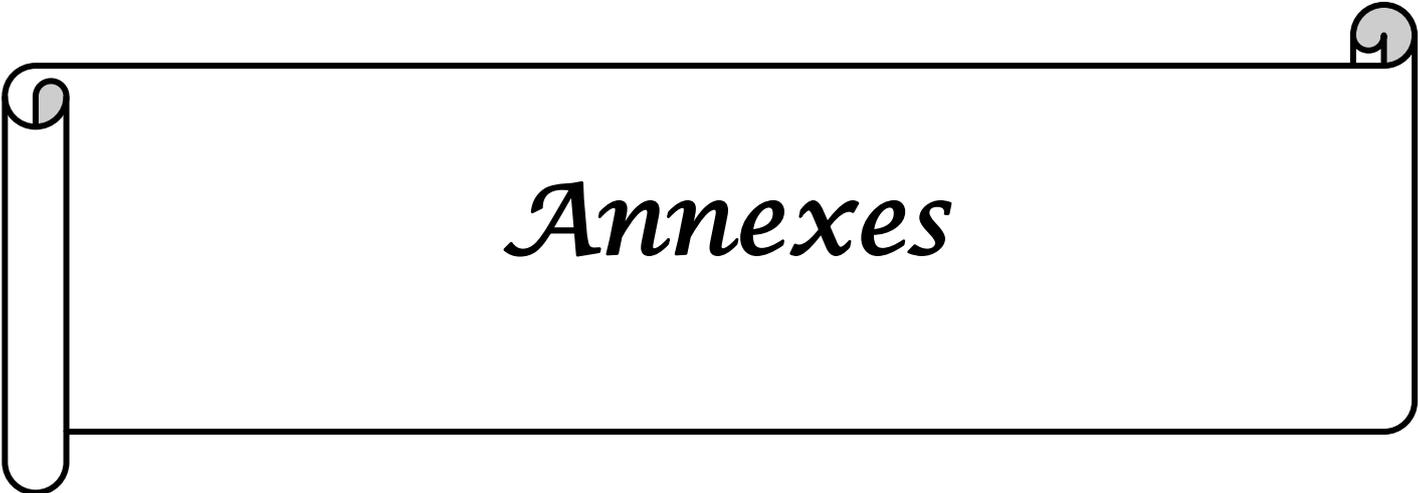
33- Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

### Sitographie :

34- [www.who.int](http://www.who.int)

35- [www.ons.dz](http://www.ons.dz)

36- [www.santé.dz](http://www.santé.dz)



*Annexes*

**Annexe n°1 : Décret exécutif n° 07-140 du 2 Jomada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.**

**3 Jomada El Oula 1428  
20 mai 2007**

**JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 33**

9

Art. 5. — Bénéficient d'une réduction de 40 % sur les tarifs des transports de voyageurs ordinaires sur les lignes aériennes et maritimes, intérieures et internationales, publics et privés :

— les moudjahidine invalides dont le taux d'invalidité se situe entre 30 % et 45 %.

Art. 6. — Les pertes de recettes résultant de la mise en œuvre de la gratuité ou de la réduction du coût du transport sont imputables au budget de l'Etat, dans la limite des crédits votés annuellement.

Art. 7. — Pour la mise en œuvre des dispositions du présent décret, le ministère des moudjahidine établit des conventions avec les opérateurs de transport des voyageurs publics et privés concernés.

Art. 8. — Les modalités d'application des dispositions du présent décret sont fixées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre des moudjahidine.

Art. 9. — Sont abrogées les dispositions du décret exécutif n° 92-292 du 7 juillet 1992, susvisé.

Art. 10. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Jomada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007.

Abdelaziz BELKHADEM.

-----★-----

**Décret exécutif n° 07-140 du 2 Jomada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.**

-----

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990, complétée, relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990, complétée, relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes ;

Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n°97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

**Décrète :**

Article 1er. — Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

**CHAPITRE I**

**L'ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER**

Art. 2. — L'établissement public hospitalier est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

Art. 3. — L'établissement public hospitalier est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou d'un ensemble de communes.

La consistance physique de l'établissement public hospitalier est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 4. — L'établissement public hospitalier a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il a, notamment pour tâches :

— d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;

— d'appliquer les programmes nationaux de santé ;

— d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;

— d'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

Art. 5. — L'établissement public hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

## CHAPITRE II

**L'ETABLISSEMENT PUBLIC  
DE SANTE DE PROXIMITE**

Art. 6. — L'établissement public de santé de proximité est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

Art. 7. — L'établissement public de santé de proximité est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population.

La consistance physique de l'établissement public de santé de proximité et l'espace géo-sanitaire couvrant le bassin de population sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 8. — L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée :

- la prévention et les soins de base ;
- le diagnostic ;
- les soins de proximité ;
- les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ;
- les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- la mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

Il est chargé également :

- de contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- de contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.

Art. 9. — L'établissement public de santé de proximité peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

## CHAPITRE III

**DISPOSITIONS COMMUNES**

## Section 1

**Organisation et fonctionnement**

Art. 10. — L'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité sont administrés chacun par un conseil d'administration et dirigés par un directeur. Ils sont dotés d'un organe consultatif dénommé " conseil médical ".

## Sous-section 1

**Le conseil d'administration**

Art. 11. — Le conseil d'administration comprend :

- le représentant du wali, président ;
- un représentant de l'administration des finances ;

- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement ;
- un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des associations des usagers de la santé ;
- un représentant des travailleurs élus en assemblée générale ;
- le président du conseil médical.

Le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité assistent aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurent le secrétariat.

Art. 12. — Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Art. 13. — Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Art. 14. — Le conseil d'administration délibère notamment sur :

- le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les comptes prévisionnels ;
- le compte administratif ;
- les projets d'investissement ;
- les projets d'organisation interne de l'établissement ;
- les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments, des équipements médicaux et des équipements connexes ;
- les conventions prévues aux articles 5 et 9 ci-dessus ;
- les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- le projet de tableau des effectifs ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;

— les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location ;

— l'acceptation ou le refus des dons et legs.

— les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

Art. 15. — Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance et consignés sur un registre spécial coté et paraphé par le président.

Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

Art. 16. — L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration sur proposition du directeur de l'établissement.

Art. 17. — Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants. Ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 18. — Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, au wali dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

Sous-section 2

**Le directeur**

Art. 19. — Le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes.

Art. 20. — Le directeur est responsable du bon fonctionnement de l'établissement.

à ce titre :

— il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

— il est ordonnateur de l'établissement ;

— il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement ;

— il établit le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement ;

— il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;

— il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration ;

— il passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;

— il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité ;

— il nomme l'ensemble des personnels de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;

— il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs.

Art. 21. — Le directeur est assisté de quatre (4) sous-directeurs chargés respectivement :

— des finances et des moyens ;

— des ressources humaines ;

— des services de santé ;

— de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

Les sous- directeurs sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 22. — L'organisation interne des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Art. 23. — Le classement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité par catégorie est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Sous-section 3

**Le conseil médical**

Art. 24. — Le conseil médical est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur :

— l'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux ;

— les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;

— les programmes de santé et de population ;

— les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;

— la création ou la suppression de structures médicales.

Le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement, notamment des services de soins et de prévention.

Le conseil médical peut être saisi par le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité, de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Art. 25. — Le conseil médical comprend :

- les responsables des services médicaux ;
- un pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste ;
- un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;
- un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois (3) années, renouvelable.

Art. 26. — Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois. Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur de l'établissement hospitalier public et du directeur de l'établissement public de santé de proximité.

Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal consigné sur un registre *ad hoc*.

Art. 27. — Le conseil médical ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente ; si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours qui suivent et ses membres peuvent délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Le conseil médical élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

#### Section 2

#### Dispositions financières

Art. 28. — La nomenclature budgétaire des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Art. 29. — Le budget des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

#### Les recettes comprennent :

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;

— les dotations exceptionnelles ;

— les dons et legs ;

— les recettes diverses ;

— toutes autres ressources liées à l'activité de l'établissement ;

— les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

#### Les dépenses comprennent :

— les dépenses de fonctionnement ;

— les dépenses d'équipement ;

— toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de son objet.

Art. 30. — Le projet de budget est préparé par le directeur et soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est ensuite transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

Art. 31. — La comptabilité des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est tenue conformément aux règles de la comptabilité publique. Le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre chargé des finances.

Art. 32. — Des modalités appropriées de contrôle des dépenses sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des finances.

#### CHAPITRE IV

#### DISPOSITIONS PARTICULIERES ET FINALES

Art. 33. — La liste des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée en annexes jointes au présent décret.

Art. 34. — Les dispositions du présent décret sont mises en œuvre dans un délai n'excédant pas six (6) mois à compter de sa publication au *Journal officiel*.

Art. 35. — Les dispositions du décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires sont abrogées.

Art. 36. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Jomada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007.

Abdelaziz BELKHADEM.

Annexe n°2 : La Quittance

## Quittance

Wilaya de Tizi Ouzou Draa El Mizan le ...../...../.....

Etablissement public Hospitalier de Draa El Mizan

Participation des patients aux frais d'hospitalisation

Billet de Salle N° .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date d'Entrée : ...../...../.....

Adresse du Malade : .....

Date de Sortie : ...../...../.....

Service d'Hospitalisation : .....

Nombre de Journée d'Hospitalisation .....

Arrêté le présent Décompte à la Somme de .....

Totale : .....

Le préposé





*Table des Matières*

# Table des matières

---

---

**Remerciements**

**Dédicaces**

**Résumé**

**Liste des abréviations**

**Liste des figures**

**Liste des tableaux**

**Sommaire**

**Introduction Générale.....01**

**Chapitre I : Généralités sur le financement des établissements publics de santé .....07**

**Introduction .....07**

**Section 1 : Définitions des concepts de base.....08**

I.1- Le système de santé .....08

I.2- L'établissement public de santé .....08

I.3- L'établissement public hospitalier .....09

I.4- Le financement de l'établissement public de santé .....09

I.5- Budget globale .....09

I.6- Le ticket modérateur .....10

I.7- Le prix de journée d'hospitalisation.....10

**Section 2 : Evolution du financement des établissements publics de santé dans le monde ..... 11**

Introduction .....11

I.1- Qu'est ce qu'une tarification à l'activité (T2A).....12

I.2- L'objectif de la tarification à l'activité .....14

I.3- Les modalités de financement de la T2A .....14

I.4- Les avantages principaux de la T2A .....15

I.5- Les inconvénients de la T2A .....16

## Table des matières

---

---

<b>Section 3 : Historique du financement des établissements publics de santé en Algérie ...</b>	<b>17</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>21</b>
<b>Chapitre II : Organisation et Ressources Financières d'un établissement public de santé en Algérie .....</b>	<b>22</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>22</b>
<b>Section 1 : Les établissements publics de santé en Algérie : Statut, Missions et Organisation .....</b>	<b>23</b>
II.1- Statut d'un établissement public de santé .....	23
II.2- Missions d'un établissement public de santé.....	23
II.3- L'Organisation d'un établissement public hospitalier .....	24
II.3.1- La sous-direction des finances et des moyens .....	24
II.3.2- La sous-direction des ressources humaines .....	25
II.3.3- La sous-direction des services de santé .....	25
II.3.4- La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.....	26
II.4- L'organisation d'un établissement public de proximité.....	26
<b>Section 2 : Dispositions financières d'un établissement public de santé en Algérie .....</b>	<b>27</b>
II.1- Présentation du budget d'un établissement public de santé .....	27
II.1.1- L'exécution du budget général de l'Etat .....	29
II.2- Les insuffisances du budget .....	30
<b>Section 3 : Les Sources et les contraintes de financement des établissements publics de santé.....</b>	<b>32</b>
II.1- Les sources de financement.....	33
II.1.1- L'Etat .....	33
❖ Les avantages de la méthode de financement par budget globale .....	33
II.1.2- La sécurité sociale .....	33
❖ Les limites du forfait hôpitaux .....	34
II.1.3- Les ménages.....	36
II.1.3.1- Inflation et effets sur le ticket modérateur .....	37

## Table des matières

---

---

II.2- Les contraintes et dysfonctionnements au sein des établissements publics de santé....	39
II.2.1- Les contraintes et dysfonctionnements liés au financement .....	40
<b>Conclusion</b> .....	<b>41</b>
<b>Chapitre III : Contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers en Algérie</b> .....	<b>42</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>42</b>
<b>Section 1 : Présentation de l'établissement public hospitalier (EPH) de Draa el Mizan</b>	<b>43</b>
<b>Section 2 : L'activité de l'établissement public hospitalier de Draa El Mizan</b> .....	<b>44</b>
III.1- Les indicateurs de l'activité hospitalière.....	44
III.2- Le bilan de l'activité hospitalière .....	45
III.3- Représentation graphique .....	46
<b>Section 3 : Contribution des malades au financement de l'établissement public hospitalier</b> .....	<b>48</b>
III.1- Système de recouvrement des recettes au niveau de l'EPH de Draa El Mizan .....	48
III.1.1- Les problèmes de recouvrement des recettes au niveau de l'EPH de Draa El Mizan .....	50
III.2- La tarification de la contribution financière des malades .....	50
III.3- La part contributive des malades .....	55
III.4- Représentation graphique .....	56
III.5- Les insuffisances de la tarification des soins hospitaliers.....	58
III.6- La nouvelle tarification des soins hospitaliers En Algérie.....	58
III.7- Evolution des dépenses au niveau de l'EPH de Draa El Mizan.....	59
<b>Conclusion</b> .....	<b>60</b>
<b>Conclusion générale</b> .....	<b>61</b>
<b>Références bibliographiques</b>	
<b>Annexes</b>	
<b>Tables des matières</b>	