

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieure et la Recherche Scientifique



Ecole supérieure de Management – Tlemcen
(ESM)

Département : Mangement
Spécialité : Management des
services de santé

Mémoire de Fin de cycle
En vue de l'obtention du diplôme de Master académique
Thème

Le financement des hôpitaux publics en
Algérie

Cas de l'EPH de Saida

Présenté par : SLIMANI Khaled
Soutenu le : 15 /07 / 2019

Devant le jury composé de :

Nom et Prénom	Grade	Qualité
1. BENBOUZIANE Mohamed	MCA	Président
2. BOUANANI Hakima	MAA	Encadrante
3. BERRACHED Amina	MCA	Examinatrice

Année universitaire : 2018 / 2019

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon encadreur madame BOUANANI. Hakima pour ses précieux conseils et pour sa patience.

Mes remerciements vont également à tous les enseignants de l'école supérieur de Tlemcen qui nous ont enseigné et qui par leur compétences nous ont soutenu dans la poursuite de nos études.

J'adresse mes remerciements aux membres du jury à savoir monsieur BENBOUZIANE Mohamed et madame BERRACHED Amina qui ont fait l'honneur d'évaluer et de critiquer ce travail de manière objective.

"Khaled"



Dédicace

Je dédie ce modeste travail à mes parents

Mon père Mohamed et ma mère Khokha

à mon frère bilhel et ma sœur khalida

à ma défunte tante: Baya

à mes amis :

Rahim, amine, Abdelhadi, Zaki, Chahin,

Bilhel, yacin, hama

Sommaire :

Remerciements.....	I
Dédicaces.....	II
Sommaire.....	III
Introduction générale.	

Chapitre 01:Généralité sur les systèmes de santé et la gouvernance hospitalière

Introduction	5
1. Généralité sur les systèmes de santé.....	6
2. Les types de systèmes de santé dans le monde.....	9
3. le financement de la santé dans le monde	15
4. Définition et organisation de l'hôpital	21
Conclusion	27

Chapitre 02:Aperçu sur le système de santé algérien

Introduction	28
1. Organisation du système de santé algérien.....	28
2.Etat des indicateurs de santé en Algérie.....	33
3.Dépenses et financement de la santé en Algérie.....	40
Conclusion	50

Chapitre 03 : Elaboration et exécution du budget de l'Eph de saida

Introduction	51
1.Présentation de l'organisme d'accueil.....	51
2.Les étapes d'élaboration du budget	62
3. Les étapes d'exécution de la dépense.....	78
Conclusion	81
Conclusion générale.....	83.
Référence bibliographique.....	84

Liste des tableaux	87
Liste des figures	89
Table des matières	91

Introduction générale

Introduction générale:

Le Système de Santé est l'ensemble de moyens et d'activités; dont la fonction est la production de la santé, il représente l'une des conditions du développement économique social et individuel, Son objectif est de garantir à la population des biens et services de santé en qualité et à moindre cout. La santé doit être considérée comme une priorité dans toutes les actions du gouvernement.

Dans le but de la préservation et la promotion de la santé, chaque pays possède son propre systèmes de santé.

Un systèmes de santé répond a deux questions: comment organiser l'offre de soin? Comment permettre aux individus d'obtenir un revenu de remplacement et couvrir les frais engagé par les soins?

Cela stipule qu'il faut donner les moyens financier aux individus pour pouvoir couvrir les frais engagé par la maladie et d'organiser la production des soins: les lieux de soins, la production et la distribution de médicament.

La problématique majeur pour la plupart des pays du monde est celle de trouver un moyen adéquat afin de garantir que le financement de leur systèmes de santé puisse apporter une protection suffisante a toute la population contre le risqué financier des couts de santé.

L'Algérie, et comme dans tous les pays du monde a connu l'émergence du problème des couts de soins et leur évolution alarmante à partir des années 1980, ces problèmes sont dues à la politique de la gratuité des soins et aux difficultés de financement des caisses de la sécurité sociale et au ralentissement de la croissance économique , le rythme de croissance des dépenses de santé a été très soutenue en raison de plusieurs facteurs: le transition démographique; la transition épidémiologique; et la transition économique ; l'élévation du niveau de vie des individus ; la multiplication d'infrastructures sanitaires, surtout privées ; le gaspillage et la mauvaise gestion du système de soins de santé , et, la généralisation de la couverture sociale.

Le financement du système de santé algérien est basé essentiellement sur la dotation budgétaire de l'état, d'une contribution forfaitaire des organismes de sécurité sociale et d'une participation de plus en plus importante des usagers où ménages.

L'hôpital représente un véritable enjeu économique du fait de son rôle dans la prestation de soins aux malades (hospitalisation, consultation, opération.....) , et aussi dans la lutte contre les maladies et les infections d'une part et de sa contribution dans les dépenses nationale de

santé d'autre part , pour mener à bien sa mission, il a besoin de ressource financière et humaine adéquate.

En Algérie l'hôpital occupe une place très importante dans le paysage sociale et économique, l'insuffisance des ressources financières venant de ou l'état où des autres sources de financement est un problème récurrent pour les hôpitaux en Algérie. Le financement des hôpitaux public en Algérie connaît quelque dysfonctionnement, ce qui peut affecter la qualité des prestations de soins et a rendu le secteur public hospitalier vulnérable devant les menaces à venir.

Pour mieux financer les établissements hospitaliers et garantir une meilleure qualité de soins et un accès équitable aux soins de santé, réformer les systèmes de santé devient une priorité.

L'objectif de ce travail est d'aborder les modes de financement des hôpitaux publics en Algérie, et leurs caractéristiques et d'avoir un aperçu général sur la gestion budgétaire dans les hôpitaux public en Algérie. Notre question principale est la suivante:

➤ **Comment répartir les ressources financières attribuées à un établissement public hospitalier En Algérie?**

Pour répondre à cette question, un certain nombre de question complémentaire méritent d'être posée à savoir: efficience

Q1: Qui est le principale financeur des hôpitaux public en Algérie ?

Q2: Quelle place pour les dépenses de santé et leur financement en Algérie ?

Q3: Est-ce que l'accroissement des dépenses de santé constitue à elle seul un facteur d'efficience d'un système de santé ?

Q4: Quelles sont les étapes d'exécution du budget d'un établissement public hospitalier?

Pour tenter de répondre à ces questions notre réflexion portera sur les hypothèses suivantes:

- L'Etat est le principale financeurs des hôpitaux publics en Algérie.
- L'accroissement des dépenses de santé constitue un facteur de l'amélioration de l'état de santé de la population.
- Il y a trois étapes dans l'élaboration du budget.

Etudes antérieures:

Durant notre travail de recherche nous nous sommes inspirés de plusieurs travaux en lien direct avec le thème traité:

-Ikhlef Salim Imendriouene Massininissa, Essai d'analyse de la gestion budgétaire d'un établissement public hospitalier, cas Du Chu khelil Amrane Bejaïa, juin 2013,a

-بن حليمة خيرة اعداد وتحضير مشروع الميزانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية حماد وحسين مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر 2017-2018 .

Achiou Meriem, Amirouche Souhil, Essai d'analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie mémoire de master en science économique université de béjaia.

1. Les raison du choix du thème :

- ✓ L'importance du financement dans le domaine de la santé.
- ✓ Connaitre les modes de financements des hôpitaux en Algérie.
- ✓ Avoir une idée sur le processus d'élaboration du budget d'un hôpital public.
- ✓ La politique d'austérité imposé par l'état sur les établissements public hospitaliers.
- ✓ Le manque d'études autour du sujet traité.
- ✓ C'est un thème d'actualité.

2. Les objectifs de la recherche:

L'objectif principal de notre travail consiste à présenter les différents modes de financement des hôpitaux en Algérie et de cerner les problèmes liés au financement de la santé en Algérie.

3. L'importance de la recherche:

Le financement dans le domaine de la santé occupe une place très importante, une bonne gestion des ressources de l'hôpital peuvent aider à l'amélioration de la qualité des soins.

4. Méthodologie du travail:

Pour affirmer ou infirmer nos hypothèses, nous avons adopté une analyse descriptive, elle regroupe les études théoriques et l'étude pratique

- D'abord, une recherche bibliographiques et documentaire nous a permis de cerner l'aspect théorique de la recherche plusieurs ouvrages ont été consulté, des articles extrait de revues spécialisé portant sur le financement des systèmes de santé, des rapports de la MSPRH de l'office nationale des statistiques nous avons aussi consulté des thèses de master et de doctorats en rapport avec le thème étudié.
- Ensuite un état des lieux dans l'Eph de saïda.

Notre travail est scindé autours de trois chapitres

Le premier chapitre Porte sur les différents systèmes de santé et leur caractéristique, ainsi le financement des systèmes de santé dans le monde ensuite une notion sur l'hôpital et son organisation .

Le deuxième chapitre a pour objet l'analyse du système de santé algérien à Travers son mode de financement.

Le troisième chapitre est basé sur le financement des activités au niveau de l'établissement public hospitalier de Saïda, et les étapes d'exécution du budget.

chapitre 1

Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

Introduction:

La santé est un droit fondamental de l'homme et un investissement social. C'est un phénomène complexe à mesurer et à contrôler. Il se situe en outre à la coïncidence de facteurs diverses parmi lesquelles on trouve : l'ajustement du système de santé afin de satisfaire les demandeurs de soins.¹

Le système de santé représente l'une des conditions du développement économique, social et individuel, l'objectif d'une politique de santé est l'amélioration de la santé des citoyens et d'assurer une équité dans l'accessibilité des soins, et veiller à la bonne gestion des établissements médicaux et contribue aussi au financement des programmes de santé publique.²

Le financement de la santé est confronté au tarissement des ressources consécutifs à la récession économique qui perdure depuis plus d'une décennie .Au même moment , la demande de soin ne cesse d'augmenter , favorisée par les transformations démographiques ,sociales et épidémiologique³ .

Dans ce chapitre nous allons essayer de présenter un systèmes de santé, de définir leurs objectifs et leur type nous aborderons le financement d'un système de santé , enfin nous terminerons par les hôpitaux et leur missions et organisations .

¹IKHLEF S IMENDJOURIANE M : Essai d'analyse de la gestion budgétaire d'un établissement public hospitalier en Algerie:cas de CHU de khelil Amrane de béjaia, mémoire en vue de l'obtention d'un master en science économiques option: économie de la santé université de béjaia, 2012, p4.

² BENRAB S HADJAR A:financement des hôpitaux publics en Algérie, mémoire en vue de l'obtention d'un diplôme de master en science Economique, option: Économie de santé, université de béjaia, 2013, p1

³Benmansour S : Le financement du système de santé au pays du Maghreb : cas de l'Algérie, Maroc et la Tunisie, mémoire de magister en sciences économiques, université de T. Ouzou, 2012, p2

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

Section 01: généralité sur les systèmes de santé

1. les systèmes de santé

1.1 Définition d'un système de santé:

Selon l'OMS un système de santé peut être défini comme

" Un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé".

La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles: la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative.⁴

1.2 Les objectifs d'un système de santé selon l'OMS les principaux objectifs d'un système de santé sont

- ❖ **La réactivité du système de santé:** chaque système de santé doit respecter le malade à travers le respect de la dignité de la personne, la confidentialité des informations médicales ; possibilité de participation aux choix médicaux, le libre choix des prestataires, l'attention portée aux clients (le temps de prise en charge, qualité des infrastructures des locaux, et de la nourriture à l'hôpital, les états unis d'Amérique , la suisse , le Luxembourg , le Danemark , l'Allemagne, le Japon , la Norvège sont les pays dont le système de santé répond le mieux aux attentes de la population. Ces pays industrialisés avancés, certains éléments de la réactivité étant étroitement liés à la disponibilité de ressources.⁵
- ❖ **L'équité de la contribution financière:** Lorsque l'OMS a mesuré l'équité de la contribution financière au système de santé , l'ordre de classement des pays a changé .la mesure de l'équité de la contribution financière est liée à la capacité de paiement d'un ménage (revenu moins les dépenses alimentaires) consacrée aux soins de santé

⁴ OMS: organisation mondiale de la santé, www.who.int, thème de santé /système de santé consulté le 13/04/2019.

Cités par Économie de la Protection sociale, Gilles Caire, Bréal 2002. ⁵

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

compris les impôts , les cotisations à la sécurité sociale et un régime d'assurance privée et les paiements directs).⁶

- ❖ La restauration de la santé, c'est à dire la distribution de soins à l'individu malade.
- ❖ La prévention, qui est l'ensemble de mesure qui vise à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents.
- ❖ La promotion de la santé, qui correspond à l'ensemble des moyens destinés à augmenter le capital santé de la population.

I.3 Les caractéristiques d'un système de santé:

Le système de santé doit être

1. Accessible: On distingue deux aspects

Géographique:

- Le système de santé doit être accessible pour la population.
- Le principal critère d'évaluation d'un système de santé est la distance entre la communauté et les structures.

Economique:

- le droit à la santé n'est pas considéré comme l'un des principes fondamentaux des droits de l'homme, le coût ne devant pas lui faire obstacle.

2. Acceptable:

le système de santé doit avoir l'approbation de la population cette notion d'acceptabilité explique parfois les différences observées entre pays de niveau socio-économique identique en fonction de leur culture.

3. Planifiable et évoluable: ces deux qualités sont essentielles

- la planification vise à déterminer les ressources disponibles qui peuvent satisfaire les besoins et essayer de trouver les solutions capables de modifier la situation.
- Il est utile d'évaluer les techniques, les matérielles utilisés pour réaliser

⁶BENMANSOUR Op.cit. p14-15

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

Les objectifs fixés auparavant.

4. Souple et modifiable:

le système de santé doit pouvoir s'adapter à tous les changements imposée par:

- Le type de maladie et promouvoir l'état sanitaire et les priorités.
- L'avancée technologique.
- Conditions socio-économique.

5. Global : un système de santé doit tenir compte de tous les aspects de la promotion, de la protection et de la restauration de la santé, et doit garantir des soins complets, continus, personnels.

6. Efficace: l'efficacité est de deux ordres:

- Technique: par l'intermédiaire, sinon l'obligation des résultats.
- Economique: nécessitant des choix qui doivent être compatible avec des efforts des pays pour assurer le financement des besoins de santé, tout en prenant en compte les avancées de la science .le médecin doit avoir une meilleure efficacité du traitement à moindre cout .

On distingue habituellement:

- ✓ **Les soins hospitaliers**, administré à un malade dans un établissement de soins, public ou privés.
- ✓ **Les soins à domicile**, comprenant les soins médicaux et l'aide social complémentaire assure au foyer, ils sont dispensé a une personne malade ou invalide, dont l'état de santé n'exige pas qu'elle soit soignée dans un établissement.
- ✓ **Les soins ambulatoires**, il sont dispensé a un malade non alité, par le médecin dans son cabinet, dans le cadre d'une consultation externe hospitalière.

2- les systèmes de santé dans le monde :

Les système de santé dans le monde peuvent être répartis en 4 modèles: le modèle bismarckien, le modèle Beveridge, le modèle libéral, le modèle mixte.

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

2.1 modèle bismarckien

Si dans l'imaginaire français le chancelier allemand Otto Von Bismarck (1815-1898) est surtout assimilé au « chancelier de fer » et à « l'ennemi prussien », il est devenu une figure emblématique de la protection sociale en ayant mis en œuvre en Allemagne, à la fin du XIXe siècle, un système de protection sociale contre les risques maladie (1883), accidents de travail (1884), vieillesse et invalidité (1889).

Les motivations qui sont derrière l'apparition du système bismarckien sont politique et avait pour but juguler les mouvements syndicaux et socialiste en essayant d'améliorer les conditions de vies de la classe ouvrière (prolétaire) . Ce système se base sur des fondements que l'on trouve sur aujourd'hui dans de nombreux système de protection sociale .

Plusieurs principes sous-tendent ce modèle:

- protection fondée uniquement sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle.
- protection gérée par les salariés et les employeurs.
- protection obligatoire.
- protection reposant sur une participation financière des ouvriers et des employeurs qui prend la forme de cotisations sociales.⁷

Les avantages:

- ✓ Satisfaction des usagers.
- ✓ Taux d'équipements en technologie médicale intensives en capital parmi les plus élevés de l'union européenne.

Les inconvénients:⁸

- La séparation entre secteur ambulatoire et hospitalier ce qui engendré des dysfonctionnements, le financement de ce système connaît des difficultés en raison de l'augmentation du chômage.

⁷[www.vie-publique.fr /decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/systemes-bismarckien-beveridgien-protection-sociale-quelles-caracteristiques](http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/systemes-bismarckien-beveridgien-protection-sociale-quelles-caracteristiques), Consulté 12/04/2019
Annick C, Frédéric L:le cadre social ayant exercé à L'IGR, Villejuif, Op.cit. p2 ⁸

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

- Vieillessement de la population ce qui menace la stabilité du principe de répartition.

2.2. Modèle Beveridgien:

En 1942, à la demande du gouvernement britannique, l'économiste **William Beveridge** (1879-1963) rédige un rapport sur le système d'assurance maladie. Partant du constat qu'il s'est développé sans réelle cohérence, il propose de le refonder sur plusieurs principes qui deviendront autant de caractéristiques du système dit « Beveridge » (les trois premiers étant connus sous le nom des « **trois U** ») :

- **Universalité**: de la protection sociale par la couverture de toute la population (ouverture de droits individuels) et de tous les risques .
- **uniformité** des prestations, fondée sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque.
- **unité** de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale.
- Financement fondé sur l'impôt.⁹

Ses avantages:

- ✓ Les assurances sociales unifiées.
- ✓ Les bénéfices à toute la population.
- ✓ L'accès aux soins de santé à toute la population.

Les inconvénients:

- ✓ de l'approche qualitative des soins et du suivi des patients.
- ✓ Une forte décentralisation des crédits auprès des agences locales.

2.3 Le modèle libéral américain:

Ce modèle a été instauré aux états unis , c'est un système mixte qui associe l'assurance privé volontaire avec des opérateurs en concurrence (concernant environ 75% de la population),les

⁹www.vie-publique.fr,Op.cit

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

familles défavorisées bénéficient d'une assistance sous un plafond bien définie qui concerne environ (programme Medicaid, financé par l'impôt et géré par les états et qui représentent 14% des dépenses de santé),un système d'assurance –maladie obligatoire de type bismarckien (programme Medicare Financé par des cotisations sociales versées par les entreprises et leurs salariés, représentant environ 20% des dépenses).

La catégorie bénéficiaires des programmes publics représentent environ 10% de la population et on estime à 15% la proportion des américains dépourvus de toute assurance (soit environ 43 millions de personnes).¹⁰

On distingue deux modes de financement dans le financement des soins aux états unis, le financement public et privé:

2.3.1Le financement public:

Il est destiné a une certaine catégorie de la population. Il se concentre essentiellement sur deux programmes : le programme fédéral Medicare pour les plus de 65 ans et les personnes gravement handicapées (soit 15 % de la population) et le programme Medicaid qui est destinés aux familles pauvres avec enfants et touche 11 % de la population.

2.3.2Le financement privé:

L'assurance privé concerne la majorité de la population aux états unis ,les employés américains sont généralement assurés par leur employeurs ou de manière individuelle lorsque celui-ci ne propose pas d'assurance donc l'assurance médicale est un critère important dans le choix d'un emploi aux états unis. le nombre d'américains toujours sans assurance médicale est estimé à environ 40 millions en 2014 et 80 à 100 millions d'américains qui ne bénéficient que d'une assurance aux remboursements limités.

La réforme établie par Barak Obama n'a pas encore donné des résultats satisfaisants même si elle a augmenté le nombre d'américains assuré de 10 millions. Les contrats d'assurances basiques inclus dans la réforme ne permettent toujours pas une prise en charge satisfaisante en cas de gros problèmes de santé.¹¹

2.3.3- Les avantages du système de santé libéral:

¹⁰Analyse comparative des systèmes de santé, www.aunege.fr ,consulté le 20/04/2019.

¹¹Dr BINDER-FOUCARD & Dr M.VELTEN: Cours du module économie de la santé, université de Paris-Dauphine.

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

- ✓ liberté de choix offerte aux patients, aux assureurs et aux professionnels de santé.
- ✓ Le renforcement de la concurrence entre les prestataires ce qui favorise une offre de soins à moindre couts.
- ✓ une limitation des gaspillages, et la responsabilisation des acteurs.

2.3.4-Les inconvénients du système de Santé libéral :

Le niveau de protection est en fonction du degré d'intégration dans le marché du travail des malades, des moyens financiers, de la taille de l'entreprise qui les emploie, de l'âge et de l'état de santé. Dans certains cas, le niveau de protection est parfois inexistant : 15 % population américaine ne bénéficient d'aucune véritable couverture maladie.¹²

2.4La réforme OBAMA :

"Le président Barak OBAMA a proposé un projet qui renforce la couverture santé(Health Care For American No) qui offre par l'employeur, qui responsabilise les compagnies d'assurance et qui assure au patient de pouvoir choisir son médecin et ses soins sans intervention du gouvernement"¹³.En adoptant cette réforme le président Obama ne voulait plus reproduire les mêmes erreurs commise par son prédécesseurs en matière de réforme du système de santé ,le président bill Clinton au début des année 1990 a proposé un projet de réforme qui s'est fait rejeté par le congrès ,pour éviter la reproduction du même scénario celui-ci s'est vu attribué un rôle centrale dans la conception de la réforme.

2.4.1Les options écartées:

le président a négliger certaines solutions, parce qu'elle pouvaient entrainer un changement radicale du modèle américain d'assurance maladie :

- il a d'abord exclu le fait d'une mutation vers une assurance publique obligatoire et universelle comme celle en vigueur en France ou à celle au canada ;

il a également rejeté l'option d'une libéralisation complète du marché de l'assurance, qui en entrainerait les entreprises à se désengager au profit d'un système d'assurance purement individuel.

¹²Analyse comparative des systèmes de santé www.aunege.fr op.cit ,consulté le 13/4/2019

¹³Patricia Pittman : le système de santé et d'assurance maladie américain, Rapport n°2002-073, Washington, A, p7

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

-l'option de la libéralisation complète du marché de l'assurance a été rejeté par le président ce qui poussera les entreprises à se désengager au profit d'un système d'assurance purement individuel.

La réforme doit plutôt s'appuyer sur les points forts du système américain et en corriger les points faibles.¹⁴

2.4.2 Les trois piliers de la réforme

Le Président Obama a mis en avant trois éléments qui lui paraissent essentiels pour assurer le succès de la réforme.

Premièrement pour s'acquérir le soutien d'une large partie de l'opinion publique la réforme doit améliorer la situation des américains qui disposent déjà d'une assurance

A cette fin les américains satisfaits de leur assurance n'ont plus l'obligation d'en changer. Le marché des assurances doit être réglementé de façon très stricte pour stopper certaines pratiques excessives:les compagnies d'assurances n'ont plus le droit de rejeter un patient en raison de son état de santé ; le montant des remboursements ne doit plus être fixé ; le reste à charge doit être plafonné ;les assureurs devront prendre en charge les diverses dépenses de préventions ,sans surcout pour l'assuré .

Deuxièmement, cette réforme doit permettre aux américains de bénéficier d'une assurance a un prix raisonnable.

Dans ce but, l'organisation d'une "bourse aux polices d'assurance" (*Heath Insurance Exchange*), il s'agit d'inviter des assureurs à proposer aux petites entreprises et aux particuliers des contrats d'assurance de base .

Dans ce but, une « bourse aux polices d'assurance » (*Heath Insurance Exchange*) serait organisée : les assureurs seraient invités à proposer aux petites entreprises et aux particuliers des contrats d'assurance de base, standardisés, de manière à ce que la comparaison entre leurs prestations soit plus aisée. Des **crédits d'impôt** seraient mis

.Un site au service des citoyens, www.senat.fr, consulté le 26/04/2019¹⁴

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

en place pour permettre aux employeurs et aux individus qui n'en ont aujourd'hui pas les moyens de souscrire une assurance.

Enfin, chacun aurait l'obligation de s'assurer : les particuliers mais aussi les employeurs pour leurs salariés, à l'exception des plus petites entreprises pour lesquelles une telle contrainte paraît excessive.

Cette obligation vise à éviter que la collectivité soit contrainte d'assumer les dépenses de santé d'individus qui auraient négligé de s'assurer, alors qu'ils en avaient les moyens, et permet aussi d'égaliser les conditions de concurrence entre les entreprises.¹⁵

2.5 Le système mixte:

Le système mixte est un système inspiré des deux systèmes précédents (bénédictiens et bismarckien) comme c'est le cas De la Belgique et les pays bas.

Le système mixte se caractérise par :

Un service national de santé (SNS) financé, conjointement et dans des proportions variables, par l'impôt et les cotisations sociales obligatoires.

La coexistence d'un important secteur de prestataires privés Avec la SNS

3. LE financement de la santé dans le monde:

Tous les pays du monde se trouvent confronté à des problèmes relatifs au financement du système de santé. L'émergence de nouveaux médicaments les progrès techniques le vieillissement de la population se traduit par une demande accrue et en conséquence l'augmentation des dépenses de santé Parallèlement, des contraintes macroéconomiques, démographiques et budgétaires limitent la mesure dans laquelle les pouvoirs publics peuvent simplement affecter des recettes publiques plus importantes à la santé. Combinées, la tendance des dépenses à augmenter et la limitation de l'aptitude des pouvoirs publics à accroître les dépenses obligent les pays à envisager de réformer la façon dont ils financent leur système de santé.¹⁶

¹⁵ Un site au service du citoyen, [www. Sénat .fr](http://www.senat.fr) consulté le 23/04/2019

¹⁶Kutzin joseph: politique de financement de la santé, un guide à l'intention des décideurs 2008,p2.

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

Partout dans le monde entre 1995 et 2014, le développement économique s'est associé positivement à un meilleur financement public de la santé, et à une bascule progressive d'un 'tout à charge' pour le citoyen vers une prise en charge nationale de tout ou partie des soins.

Toutefois, les pays les plus riches ont connu le plus accroissement annuel des financements public de santé (+3% annuel, pour atteindre \$5221 par habitant), et ce sont les pays moins riches (upper- and lower middle income countries) ont observé le plus grand ratio d'amélioration du financement de la santé en rapport à leur rythme de développement économique (+5%, \$964 annuel par habitant).

Les pays les plus pauvres ont aussi connu une belle progression en pourcentage de leurs dépenses de santé (jusqu'à +6% annuels), mais cela reste très faible en chiffre absolu (ils sont passés en 20 ans de \$51 à \$120 par habitant).

En 2014, au total 59,2% des dépenses de santé étaient financées en moyenne par les finances publiques, mais cette moyenne cache le moins bon chiffre de 29% pour les pays les plus pauvres. Sans surprise, et malgré un rythme d'augmentation des dépenses de santé plus grand dans les pays pauvres, l'écart se creuse plutôt qu'il ne se réduit entre riches et pauvres.¹⁷

En raison de la grande diversité des contextes nationaux, il n'existe pas de modèle ou de système de financement particulier qui convienne à tous les pays cependant, quelle que soit leur mode d'organisation, ils ont en commun trois fonctions principales :

- la collecte des contributions est le moyen par lequel le système de santé reçoit de l'argent de différentes sources.
- La mise en commun des risques consiste à accumuler des contributions de manière que le risque de paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe et non pas assumé par chacun des cotisants.

L'achat est l'utilisation des contributions pour financer la prestation des services de santé¹⁸.

3.1 Les dépenses en santé dans le monde:

Les dépenses de santé représentaient en 2006 environ 8,7% du PIB pour l'ensemble des pays du monde, le taux le plus élevé a été atteint dans la région d'Amérique avec 12,8%, et le plus bas en Asie du Sud-Est, avec 3,7%. Le chiffre décrit atteint une dépense de \$716 par habitant en moyenne, mais les variations autour de cette moyenne sont extrêmement importantes : les

¹⁷PR. René Amelberti, le financement de la santé dans le monde.

¹⁸BENMANSOUR S, Op.cit p28.

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

dépense de santé par habitant atteint un niveau bas en en Asie de sud avec \$31 en Asie du sud-Est contre \$ 2636 dans la région des Amériques .La contribution de l'état dans les dépenses de santé varient entre 76% en Europe et 34% EN Asie du sud –Est .Quand l'état participe de manière faible aux dépenses de santé la différence est couverte dans les pays à faible revenu par les dépenses privé .Les ressources externes représentent une ressource très importante de financement de la santé dans les à revenu faible . Atteignant 12% en 2000, la part des ressources externes a augmenté jusqu'à atteindre 17% en 2006 Dans certains de ces pays, l'ensemble des dépenses de santé est même financé aux deux tiers par des ressources externes. Dans de telles situations, la prédictibilité des aides est un souci majeur.¹⁹

Tableau1: Les dépenses de santé en pourcentage du PIB dans les pays de L'OCDE

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Japon	3,0	4,5	6,5	6,0	7,7	7,9	—	8	8,2	8,2	10,5	10,7
Royaume unie	3,9	4,5	5,6	5,9	7,0	7,7	—	8,3	8,2	8,4	8,8	9,8
Espagne	1,5	3,5	5,3	6,5	7,2	7,6	—	8,1	8,2	8,4	8,5	9,0
Italie	—	—	7,0	7,6	8,1	8,4	8,4	8,4	8,9	9,0	8,7	9,0
Norvège	2,9	4,4	7,0	7,6	8,4	9,9	10,3	9,7	9,0	8,7	8,9	8,6
Suède	-	6,8	8,9	8,2	8,2	9,2	9,4	9,2	9,2	8,9	9,2	10,0
Grèce	-	-	5,9	6,6	7,9	9,8	9,9	10,0	10,1	9,1	9,6	-
Danemark	-	7,9	8,9	8,3	8,3	8,8	9,0	8,9	9,1	9,5	10,0	10,3
Pays bas	-	-	7,4	8,0	9,3	9,8	9,2	9,2	9,3	9,7	9,9	12,0
Portugal	-	2,4	5,3	5,9	8,8	9,3	9,6	10,0	10,2	10,2	10,0	10,0
Canada	5,4	6,9	7,0	8,9	8,8	9,6	9,9	9,9	9,7	10,0	10,0	10,3
Allemagne		6,0	8,4	8,3	10,3	10,9	11,1	10,9	10,7	10,6	10,5	10,7
Suisse	4,9	5,5	7,3	8,2	10,2	11,1	11,5	11,6	11,4	9,2	10,6	10,7
France	3,8	5,4	7,0	8,4	10,1	9,7	10,1	10,5	11,2	11,1	11,0	11,1
Etats-Unis	5,1	7,1	9	12,2	13,5	14,6	15	15,3	15,2	15,3	16,0	16,4

Source: OCDE: Panorama de la santé 2011.les indicateurs de l'OCDE.In:www.oecd-ilibrary.org

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

Les dépenses de santé peuvent être couvertes par 4 agents:

- _ L'Assurance maladie obligatoire, pour la branche de la sécurité sociale.
- _ les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) .
- _ Les ménages.
- _ Et l'Etat, notamment par le biais des collectivités locales.²⁰

3.2 L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE:

L'assurance maladie est une branche de la sécurité sociale qui est née en Allemagne à la fin du 19ème siècle, à l'époque du Chancelier Bismarck

L'assurance maladie garantit pour les citoyens bénéficiant d'une assurance et les membres de leur familles une couverture des soins de santé lié à la maladie ou à l'accident elle permet le remboursement et dans le cas échéant la prise en charge des soins curatifs. Préventifs et de réhabilitation médicalement requise par l'état de santé du bénéficiaire.²¹

Dans la plupart des pays occidentaux, c'est l'état qui assure la prise en charge d'une grande partie de l'assurance maladie C'est d'ailleurs l'une des composantes sociale, et un devoir de l'Etat selon la Déclaration universelle des droits de l'homme.²²

3.2.1 les organismes complémentaires d'assurances maladie (OCAM):

C'est un organisme de protection complémentaire qui garantit la prise en charge, des individus, de tout ou une partie des frais, complétant les prestations de l'assurance maladie obligatoire.²³

L'assurance maladie ne couvre pas les soins à 100% mais le patient pourrait disposer d'une autre forme de financement en optant pour une couverture privée soit par : les mutuelles, les sociétés d'assurance, l'institution de prévoyance.

3.2.1 LES MUTUELLES: Les mutuelles ont pour objet de proposer aux assuré sociaux un complément de couverture sociale elles sont régie par le code des mutuelles.²⁴

Benrab s Allaoua H, Op.cit.p15²⁰

²¹<http://www.cnss.ma/C'est-quoi-l'assurance-maladie-obligatoire-ammo>, consulté le 24/4/2019.

²²Guy carrin:Role et organisation de l'assurance maladie obligatoire en france,

²³Organisme d'assurance maladie complémentaire www.smeno.com, consulté le 26/4/2019

²⁴Béatrice Burlet : Santé publique, Econome de la santé, septembre 2010, p222

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

Le rôle d'une mutuelle est la prise en charge complète où partielle des dépenses de soins non couvertes par l'assurance maladie.

Les adhérents de la mutuelle santé peuvent se voir remboursé leur frais de santé en contrepartie d'une cotisation, les mutuelles santé ne sont pas obligatoire contrairement à l'Assurance maladie.²⁵

3.2.2 Les assurances privées:

Ils sont Régies par le code des assurances, et ça les oppose aux mutuelles et aux institutions de prévoyances.

Elles interviennent dans le champ de la Protection sociale complémentaire au titre de l'assurance des personnes : opérations de prévoyance (garantie santé, décès, invalidité et chômage) et opérations d'épargne (épargne, retraite).

3.2.4 Les institutions de prévoyance:

Ces institutions sont privées et à but non lucratif et sont généralement régies par le code de la sécurité sociale ou par le code rural, gérées par les syndicats de salariés et les Employeurs. Encore appelées institutions paritaires, trois catégories dont les missions sont différentes : les institutions de retraite complémentaire, les institutions de retraite Supplémentaire, et les institutions de prévoyance.²⁶

3.3 Les ménages:

Les cotisations des employés aux régimes de couverture médicale et d'assurance maladie représentent une source de financement des soins de santé et qui sont à la charge des ménages.

" La participation financière est largement utilisée dans les pays européens en particulier ce qui concerne les dépenses pharmaceutiques".²⁷

Il existe trois principaux moyens de participations financières dans le domaine de la santé

✓ Le ticket modérateur :

Il représente la fraction des dépenses non remboursée par l'Assurance maladie obligatoire et qui reste donc à la charge de l'assuré social. Le principe du ticket

www.beauvivier-patrimoine.com/p-24-mutuelle, consulté le 28/04/2019²⁵

Emilie sauvignat: le financement du système de santé en France, Genève 2004 p38 ²⁶

²⁷BENRAB S, Allaoua H Op.cit.p19

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

modérateur consiste à faire participer l'assuré aux dépenses et à freiner un éventuel abus dans le recours aux soins.²⁸

✓ Le Co- paiement:

Le Co-paiement est une possibilité de paiement proposé par les compagnies d'assurance sur certaine couvertures médicales. il est question de payer un pourcentage du cout sur les actes médicaux .il est proposé sur les traitements de routines, mais aussi sur les actes dont le cout est raisonnable: médecin généraliste, spécialiste, dentaire...²⁹

✓ LA FRANCHISE:

Le mécanisme couverture des dépenses de santé n'intervient qu'à partir du moment où les dépenses cumulées des patients dépassent le montant de la franchise. En deçà de ce montant, les patients supportent la totalité de leurs dépenses. Les franchises sont les plus souvent définies sur des périodes de 12 mois.³⁰

3.5 L'Etat:

L'Etat est le principale financeur de la majorité des systèmes de santé dans le monde , contrairement à d'autres la prise en charge des personnes n'ayant bénéficié d'aucune assurance maladie comme les personnes handicapés est assuré par la sécurité sociale et l'Etat .³¹

Il y'a d'autre sources de financement comme:

- Les taxes sur les alcools et le tabac.
- Les taxes sur les activités polluantes.

Emilie sauvignet, Op.cit P35 ²⁸

²⁹<https://uexglobal.com/fr/2018/03/07/co-paiement-franchise-annuel>, consulté le 2/05/2019

³⁰Soins de santé et politique de santé : avec la participation des patients, c'est mieux Bruxelles(Belgique), juin 2008, p8.,

Benrab S Allaoua h op.cit. p21 ³¹

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

Section 4: Généralités sur l'hôpital

4. Organisation et fonctionnement de l'hôpital:

4.1-Définition de l'hôpital: L'hôpital a reçu deux définitions. La première est pratique «Établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers. » L'autre définition décrit la fonction plus large que l'hôpital moderne doit assumer : « L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio sociale. » L'hôpital a ainsi d'une part une vocation spécifique d'établissement de soins et, d'autre part, vocation à être inclus dans un système social, général, de santé³².

4.2Les missions de l'hôpital: L'OMS a envisagé quatre (04) fonctions théoriques de l'hôpital.³³

4. 2. 1- Les soins directs aux patients

Théoriquement, l'hôpital doit prendre en charge les problèmes de santé qui, pour des raisons techniques, économiques ou opérationnelles, ne peuvent être pris en charge au niveau primaire. Il doit participer également à la synthèse et à l'évaluation des épisodes morbides Cette prise en charge est réalisée principalement à travers la fonction de diagnostic et la fonction thérapeutique de l'hôpital.

4. 2. 2- La participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé

Pour assurer la continuité des services, les hôpitaux doivent, tout en soignant des malades, participer à la coordination des activités des programmes sanitaires et au suivi et la prise en charge des cas dépistés (urgences obstétricales et néonatales, certaines grossesses à risque, les malnutritions etc.). Ils peuvent par la même occasion apprécier la qualité des références à des fins d'amélioration.

<http://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital> consulté le 21/05/2019³²
OMS: Hôpitaux Et Santé Pour Tous, Rapport Technique N°744, Genève ,p 26.³³

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

4. 2. 3- La formation et l'encadrement du personnel

Pour les raisons susmentionnées, l'hôpital constitue un lieu approprié pour assurer la formation continue du personnel. L'encadrement se fait directement sur le terrain ou par un moyen de communication.

4. 2. 4- Le soutien administratif et gestionnaire:

Les fonctions de gestion comprennent l'allocation et le contrôle des ressources, l'action intersectorielle de santé, le développement et le déploiement du personnel, l'achat et la distribution des fournitures, enfin, la planification, la surveillance et l'évaluation de la situation sanitaire et des services de santé grâce à un système d'information efficace et à la recherche. Ainsi, appréhender l'hôpital comme élément d'un système de santé suppose de le définir par rapport aux autres niveaux de l'offre de soins.

4.3-Organisation de l'hôpital: l'hôpital est dirigé par un conseil d'administration, il est doté d'un organe consultatif nommé conseil médicale.

4.3.1le conseil d'administration. Il comprend :

- Le représentant du wali, président ;
- Un représentant de l'administration des finances;
- Un représentant des assurances économique ;
- Un représentant des organismes de la sécurité sociale;
- Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ;
- Un représentant de l'assemblée populaire du commun 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 Le président du conseil médicale;
- des travailleurs élus en assemblée générale;

Le conseil administratif délibère sur le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, les projets de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organisation interne de l'établissement.

➤ Le directeur : il est nommé par arrêté du ministre de la santé

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

il a pour mission de :

- préparer les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement ;
- établir le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement ;
- Mettre en œuvre les délibérations du conseil d'administration;
- exercer le pouvoir hiérarchique sur le personnel placé sous son autorité;
- Nommer l'ensemble du personnel de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu;

4.3.Le conseil médical (CM):

Il est composé des regroupements suivants :³⁴

a- Le regroupement des services, des départements et des unités fonctionnelles

Ils peuvent être regroupés en fédération avec l'accord des chefs de service, ou de départements intéressés en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires, d'une gestion commune de lits (ou équipements) ou d'un regroupement des moyens en personnel.

b- L'unité fonctionnelle

C'est l'unité de base de l'organisation hospitalière qui est placée sous la responsabilité d'un Praticien Hospitalier (P.H).

c- Le service de soins infirmiers:

Dans chaque établissement est créé un service des soins infirmiers qui regroupe l'ensemble du personnel qui participe à la mise en œuvre des soins infirmiers et dont la direction est confiée à l'infirmier général. Ce service a pour mission de développer la recherche en soins infirmier et de mettre en place de nouveaux outils d'organisation et de gestion dans ce domaine.

4. 3- Les instances consultative de l'établissement hospitalier

Il est composé des commissions suivantes :

IKHLEF S IMENDJERIOUANE Massinissa: Essai d'analyse de la gestion budgétaire d'un établissement public ³⁴ hospitalier en ALGERIE: cas de chu khelil amrane de Bejaia, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master en sciences économique option : économie de la santé, 2013,p23

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

- La commission médicale d'établissement (CME) ;
- Le comité technique d'établissement.

a- La commission médicale d'établissement (CME):

Elle représente les personnels médicaux, déontologiques et pharmaceutiques de l'établissement. Son président, élu, est l'interlocuteur du directeur pour toutes les questions médicales. Il est de droit membre du conseil d'administration.

Les attributions de la (CME):

- Elle prépare avec le directeur de l'établissement le projet médical qui définit pour une période maximale de 5 ans, les objectifs médicaux de l'établissement ;
- Elle prépare également les mesures d'organisation des activités médicales, déontologique et pharmaceutiques.

b- Le comité technique d'établissement:

Il est présidé par le directeur et est composé de représentants du personnel non hospitalier relevant de la fonction publique hospitalière, élus par les collègues définis selon l'appartenance des agents aux catégories A (emploi direction), B (emploi d'encadrement, C'est et D (personnel d'organisation).

4.4. - Les instances consultatives spécialisées

Elle sont composées de deux (02) comités:

- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales ;
- Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

Il est obligatoirement consulté sur le projet d'établissement, le projet social, le budget et le rapport annuel d'orientation.

a- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales

Il est chargé de :

- Coordonner l'action des professionnels de santé en matière de prévention et de surveillance des infections nosocomiales.

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

- De préparer chaque année avec l'équipe d'hygiène hospitalière, le programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales.
- Et enfin, d'élaborer le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales.

b- Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Condition de Travail.

Il est constitué dans un établissement public de santé qui emploie au moins 50 agents

Il a pour mission de :

- contribuer à la protection de la santé physique et mentale, ainsi qu'à la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par les entreprises extérieures.
- Il doit également veiller à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tout les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité .

Chapitre 1 Généralité sur les systèmes de santé et les hôpitaux

Conclusion:

Les systèmes de santé dans le monde se différencient les uns des autres par leurs caractéristiques, leur organisation et leur fonctionnement, chacun possède ses points forts et points faibles, mais aucun n'est irréprochable, le système de santé décrit les moyens et stratégies déployés par chaque état afin de garantir et d'assurer la qualité dans la prestation de soins.

Le financement des systèmes de santé joue un rôle très important dans l'amélioration des prestations de soins mais malheureusement il est confronté à l'épuisement des ressources et ce lié à la récession économique. En même temps la demande de soins a augmenté en raison des changements démographiques et sociaux.

Les systèmes de santé dans le monde sont complexes leur financement est contraint à de nombreuses difficultés, la mise en place d'une réforme de santé efficace doit déboucher sur une diminution des dépenses publiques de santé.

Le financement du système de santé est donc assuré par la sécurité sociale, l'Etat, les organismes complémentaires mais également par les malades eux-mêmes.³⁵

BENRAB S , Allaoua H Op.cit. p25. ³⁵

chapitre 2

**Aperçu sur le système de santé
algérien**

Introduction:

la santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social économique et individuel compte tenu de ce principe l'Algérie a consacré dans sa constitution le droit des citoyen a la protection de leur santé.

L'Algérie comme tous les pays du monde a accomplie des efforts considérable en matière de prise en charge des besoins sanitaire de la population et ce en vue d'une situation économique favorable durant les années 70 et le début des années 80 , grâce à la rente pétrolière ,cette période a été marqué par des réformes importante notamment l'instauration de la gratuité des soins en 1974 et la réalisation d'un grand nombre d'infrastructure sanitaire (les hôpitaux ,les polycliniques ,centre de soin.....etc.),l'Algérie a donné aussi beaucoup d'importance à la formation médicale ce qui a donné des résultats satisfaisant en terme d'amélioration de la santé de la population.

Dans ce chapitre nous essayerons de présenter le système de santé algérien et son organisation et parler du financement du système algérien.

I. Organisation du système de santé algérien:

L'objectif majeur dans le quelle s'est construit le système algérien est l'équité dans l'accès aux prestations de soin cela s'est concrétiser par une politique d'élargissement de l'offre et une politique d'équilibre régionale

En effet ce système est d'une richesse extrême sur le plan idéologique, économique et sociale ou de très grands efforts ont été déployé par l'état dans ce domaine le plaçant parmi les pays les plus développés en Afrique dans le monde arabe durant les années quatre-vingt³⁶.

L'Algérie occupe le rang de 45 ème en termes de niveau de santé selon l'OMS

Le système de santé nationale est structuré de la manière suivante:

³⁶D. Bourras, « Tentative d'évaluation du programme d'investissement sanitaire », CREAD, 1984, p10-20.In: KARA TERKI Assia,« la régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public », thèse de doctorat, en science économique, université de Tlemcen, 2009 - 2010. P143.

-Le ministre de la santé des réformes hospitalières qui ont pour but d'appliquer le programme d'action du gouvernement.

-L'activité du ministre de la santé s'inscrit dans le cadre d'un décret exécutif qui détermine les structures et organes d'administration et fixes l'attribution de ses entités un nouvel organigramme a été mise en place certaines organisme interviennent en qualité d'appui au ministre de la santé ces institutions sont classés en:

- ✓ Organisme de sécurité sanitaire :institut national de santé publique qui a sa charge la surveillance épidémiologiques a travers tout le territoire nationale le laboratoire de contrôle des produits pharmaceutique (lcpp) qui a pour objet de Contrôler les médicament avant sa mise sur le marchés l'agence nationale du sang (ANS) qui a pour objet l'élaboration de la politique de sang, le centre nationale de pharmacovigilance et de matériaux vigilance . le centre nationale de toxicologie qui a la charge de la surveillance des effets consécutifs a la mise en consommation des médicaments.
- ✓ Organisme d'appui logistique : institut pasteur d'Algérie la pharmacie centrale des hôpitaux (pch) qui a la charge d'approvisionner les structures sanitaires en médicaments
- ✓ Organisme de formation et de documentation de recherche et d'information: l'école nationale de santé publique, l'institut nationale de pédagogie et de formation paramédicale et l'agence nationale de documentation en santé.³⁷

1.2 LES MOYEN DU SECTEUR SANITAIRE EN Algérie:

l'Algérie accorde une très grande importance à l'éducation et a la santé en les priorisant dans la conduite globale des politique globale .il faut reconnaitre que de gros efforts sont déployés annuellement par l'état pour la réalisation d'infrastructure sanitaire d'envergure, l'acquisition d'équipement lourd et la formation des personnel de la santé.³⁸

1.2.1L'offre de soins :

Comme la carte sanitaire instauré en France en 1970,l'algerie adoptait une carte nationale sanitaire en 1981 en ayant afin de corriger les disparité entre les région et les compagnes celle-ci subdivise les soins en carte de quatre niveau:

³⁷AIT MEDJANE O OP CIT,p31

³⁸Malika CHERTOUK A.Z, Sadi Menad La mise en œuvre de réseaux de santé en Algérie : un instrument d'aide à l'efficacité du système de santé et de réduction des dépenses publique de santé ,1^{er} colloque internationale d'économie de la santé, université Abderrahmane –mira de béjaia 13, 14,15 nov 2006

- ✓ Niveau A, soin hautement spécialisé
- ✓ Niveau B, soins spécialisé
- ✓ Niveau C, soin généraux
- ✓ Niveau D, soin de premier recours.³⁹

L'offre du secteur hospitalier en Algérie se divise en deux secteur le secteur privé a but lucratif et le secteur public à but non lucratif doté de personne morale de droits publics et de l'autonomie financière.⁴⁰

L'offre public hospitalière en Algérie se présente comme suit:

Infrastructures hospitalière est représenter comme suit:

Tableau2:infrastructure hospitalière 2013

Infrastructure publique	1996	2013
CHU	13	14
Nbre de lits	15845	13254
EH	0	5
Nbre de lits	0	850
EHS	21	69
Nbre de lits	5913	10952
EPH	176	195
Nbre de lits	29955	38156
EPSP	271	271
Nbre poly	455	1627
Nbre salle de soins	3748	5484

Source: *ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.*

L'offre de soins hospitalière est réalisé par 778 hôpitaux avec une capacité d'accueil(secteur public et privé confondus)de plus de 71000 lits .cela comprend 14 centres hospitalo-universitaires et 68 établissements hospitalier spécialisés ,ce qui correspond à 1.9 lits pour

1000 habitants .il y a aussi la création de nouvelles maternités autonomes ou intégrées à des polycliniques ou centre de santé.⁴¹

³⁹ Benmansour op cit,p48

⁴⁰BENRAB S, ALLAOUA S Op. cit p45

⁴¹IKHLEF S IMENDJERIOUANE Massinissa: Essai d'analyse de la gestion budgétaire d'un établissement public hospitalier en ALGERIE: cas de chu khelil amrane de Bejaia, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master en sciences économique option : économie de la santé, 2013 p9

Après l'application du décret 88-204 en 1988 consistant l'ouverture du secteur de santé privé. Ce secteur a connu une importante multiplication, plus de 390 cliniques en 2009 avec 7200 lits. L'armée dispose également de ses propres structures de santé qui dépendent de la direction centrale des services de santé militaire au sein du ministère de la santé.⁴²

Le décret exécutif n° 7-140 du 7 mai 2007 portant sur la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers de santé de proximité, fait l'objet de transformation des secteurs sanitaires (comprenant les hôpitaux, les polycliniques et les dispensaires) en établissements publics de santé de proximité (EHP) cette nouvelle carte sanitaire permet une décentralisation de la gestion des polycliniques et les dispensaires.⁴³

La capacité litière d'hospitalisation est estimée à près de 63000. Le taux d'occupation de lits par habitant est de 1.7 pour 1000⁴⁴

La demande en soins spécialisés s'est accélérée sous l'effet de plusieurs facteurs dont l'amélioration de l'accès aux soins de base, l'émergence des maladies chroniques⁴⁵, l'orientation curative exagérée des services de santé et le progrès des sciences et techniques médicales.

1.2.2 Les moyens humains :

L'Algérie détient une grande masse en ressources humaines, qui est répartie en secteur public et secteur privé. **tableau 3: personnel médical**

Personnel médical	2011	2012	2013
-Médecin	59618	63534	66236
-Chir dent	12092	12422	12782
-pharmacien	9588	10171	10538

Source : l'Algérie en quelques chiffres, office nationales des statistiques, résultats 2011-2013, N°44, édition 2014, p25

1-3 Le marché pharmaceutique en Algérie:

⁴²Le marché de la santé en algérie, mission économique, ambassade de France en algérie, 2006

⁴³Abbou Youcef : Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie, Mémoire du magistère en Sciences économiques, université A Mira de Béjaia, 2010, p35.

⁴⁴MSPRH, Direction des finances et des moyens : monographie des établissements de santé, Année 2010

⁴⁵BENMANSOUR S, Op.cit p51

Selon le directeur de la pharmacie au ministère de la santé la taille du marché pharmaceutique algérien est estimé a 3,3 milliards de dollars en 2016⁴⁶.

en croissance moyenne de plus de 10% par an il devraient atteindre 8 milliards en 2020⁴⁷.

La production locale de médicaments qui représentait 25% en 2008 a atteint les 47% en 2017. Dans un marché passé de 1,9 milliards de dollars à 3,8 milliards, l'industrie pharmaceutique algérienne durant cette même période la part de la production locale a évolué de 473 millions de dollar à 1,8 milliards de dollar

Tableau4:L'évolution des importations annuelle des produits pharmaceutique en algérie de 2010 jusqu'à 2016

Année	Valeur en da
2010	124432101922
2011	142985958599
2012	155452697814
2013	158793214512
2014	165897123647
2015	166954126321
2016	16758921354

Source: ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

L'Algérie est située en 39^{ème} place des importateurs de médicaments, juste derrière la Thaïlande, l'Irlande, la République Tchèque et l'Afrique du Sud et juste devant la Norvège, le Pakistan,

Pharmacie: le marché algérien est estimé à 3.3 milliards d'euro fin 2016, www.huffpostmaghreb.com, consulté le 12/04/2019 ⁴⁶

Rapport NABNI 2020 : Cinquantenaire de l'Indépendance : Enseignements et vision pour de 2020, Janvier 2013 ⁴⁷, p16

l’Egypte . Selon la revue World Review 2007, le Maroc est situé en 50^{ème} position et la Tunisie 63^{ème}.⁴⁸

II. Etat et indicateurs de la santé en Algérie :

II.1 Etat de santé de la population algérienne:

Au 1^{er} janvier 2018, la population résidente totale en Algérie a atteint 42,2 million habitants.

L’année 2017a connu un volume de naissances vivantes dépassant le seuil d’un million de naissances ainsi qu’une augmentation significative du volume des décès. En revanche, le volume des mariages enregistrés continue son recul enclenché depuis 2014, et on assiste à une hausse significative de l’effectif des divorces. Cette année a été marquée également par une quasi-stagnation du taux de mortalité infantile, mais une baisse plus prononcée du taux de mortinatalité.⁴⁹

Tableau 5:évolution de la population algérienne

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Population en milieu de l'année (en milliers)	35,978	36,717	37,495	38,297	39,114	39,963
Accroissement en milieu de l'année	731	748	808	795	840	858
Taux d'accroissement naturel en (%)	2,03	2,04	2,16	2,07	2,15	2,15

Source: office nationale des statistiques démographique algérienne ,2015 donnée statistique N 740, donnée 2015.

D’après le tableau N° (03) au cours de l’année 2015, la population résidente totale a connu un accroissement naturel atteignant 885 000 personnes, soit un taux d’accroissement naturel de 2.15%, enregistrant ainsi une augmentation significative par rapport aux années précédente D’après le tableau N°4 (2014 et 2015 qui sont imputée essentiellement à augmentation dans le même ordre de grandeur aussi bien des naissances vivantes que du volume des décès.⁵⁰

Abou y, Op.cit,p 73⁴⁸

ONS, office nationale des statistiques⁴⁹

Achiou M Amirouche S, ESSAI D'analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie mémoire en vue de ⁵⁰ l'obtention du diplôme de master en science économique, option: Economie Appliquée et ingénierie financière, université de béjaia,2016 p 23.

2.2 Indicateurs démographique:

Il existe plusieurs indicateurs de santé

2.2.1 L'espérance de vie:

"L'espérance de vie est passé de 66,9 en 1990 à 77,1 en 2015 soit un gain de 10 ans et 3 mois" indique l'ONS.

L'Office des statistiques observe également que la population active algérienne (15-59 ans) est en baisse constante et passe de « 63.1% en 2014 à 62,5% en 2015 ». Dans le même sens, les personnes âgées de 60 ans et plus, représentent une part plus importante de la population algérienne avec « un volume de 3,484 millions de personnes ; Alors que le taux de mortalité baisse légèrement ».

tableau5:Evolution de l'espérance de vie à la naissance en algérie (en année)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Espérance de vie à la naissance ensemble (année)	76,3	76,5	76,4	77	77,2	77,1
Espérance de vie a la naissance homme (année)	75,6	75,6	75,8	76,5	76,6	76,4
Espérance de vie à la naissance femme (année)	77	77,4	77,1	77,6	77,8	77,8

Source : Office National des Statistique, Démographie Algérienne, 2015, Données Statistique N°(740), Donnée (2015)

2.2.2la mortalité en Algérie:

La mortalité générale a connu une diminution ces dernières années car le taux brut de mortalité est passé de 6,03 en 1990 à 4,57 en 2015 et le taux de mortalité des hommes est passée de 23,5 en 1990 à 14,8 en 2015.

Tableau6:Evolution du taux de mortalité générale et du taux brut de mortalité

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de décès en milliers	157	162	170	168	174	183
Taux brut de mortalité en (%)	4,37	4,41	4,53	4,39	4,44	4,57

Source: Office National des Statistique, Démographie Algérienne, 2015, Données Statistique N° (740), Donnée (2015).

➤ La mortalité infantile:

La mortalité infantile a nettement régresser depuis l'indépendance, de 46,8 pour mille en 1990 à 23,7 en 2010 pour atteindre 22,3 en 2015, cette baisse résulte à la fois de l'amélioration des condition de vie et de l'application de du programme nationale de lutte contre la mortalité infantile. En effet, le niveau de la mortalité reste très lié au niveau de développement du pays mais ce dernier n'est pas le seul facteur déterminant. La qualité des soins disposés à la fois aux mères, durant leur grossesse et pendant leur accouchement, et aux enfants est également un facteur très important dans la survie de l'enfant mais reste impuissante face aux attitudes et comportements négatifs, tant sociaux qu'individuels, à l'égard de la morbidité et de la mortalité des enfants aux bas âges⁵¹.

tableau7:Evolution du taux de mortalité infantile en algérie

Année	Taux de mortalité infantile Ensemble (par année)	Taux de mortalité infantile Masculin (par année)	taux de mortalité infantile féminin(par année)
2010	23,7	25,2	22,2
2011	23,1	24,6	21,6
2012	22,6	23,9	21,2
2013	22,4	23,6	21,2
2014	22	23,5	20,4

Achiou M, AMIROUCHE S Op.cit p42⁵¹

2015	22,3	23,7	20,7
------	------	------	------

Source: office *National des Statistique, Démographie Algérienne, 2015, Données Statistique N° (740),*

- **La mortalité infanto-juvénile:** la probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans exprimé par le quotient de mortalité infanto-juvénile a connu une stagnation par rapport a 2016,se situant à 24% déclinée par sexe ,ce quotient a atteint 25,6 % auprès des garçons et 22,2% auprès des filles⁵².

2.3 Les situations épidémiologiques en Algérie :

L'évolution des maladies a un impact sur la santé des algériens, la situation épidémiologique en Algérie se caractérise à la fois par la persistance des maladies transmissibles et par l'impact des maladies non transmissibles comme celle liées aux modes de vie et a l'environnement social.⁵³

2.3.1- Les maladies transmissibles:

Les maladies transmissibles restent la principale cause de mortalité et morbidité en Algérie elles peuvent être classées en:

2.3.1.1Les maladies contrôlables par vaccination

Ce sont l'ensemble des maladies qui ont été inscrites dans le calendrier de vaccination algérien et pour lesquelles la vaccination est rendu obligatoire on peut trouver plusieurs sorte de maladies à savoir : la diphtérie,le tétanos, la tuberculose, la polymétrie et l'hépatite⁵⁴.

➤ Le tétanos:

En 2015 aucun cas de tétanos néonatale n'a été déclaré, par contre on a déclaré six cas de tétanos non néonatale, se sont tous des sujets masculin âgés entre 35 et 71 ans la maladie s'est développée suite à la survenue de blessure minime aux niveau des extrémité (mains, pieds), ces plaies ont été soit négligée soit mal soignée l'évolution a été fatale pour deux cas.⁵⁵

tableau8:évolution du nombre de cas de tétanos néonatale

Office nationale des statistiques, publication N°816⁵²

ABOU Y Op.cit. p26⁵³

BENRAB S,AllaouaH,Op.cit p35⁵⁴

INSP, relevé épidémiologique annuel 2015⁵⁵

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de cas de tétanos néonatal	3	2	1	2	3	2	1

Source : INSP relevé épidémiologique annuel 2015

➤ La rougeole:

Le taux d'incidence de la rougeole, enregistré en 2015 est faible : 0,49 cas pour 100.000 habitants. Ce sont les enfants âgés de moins de 10 ans qui sont les plus touchés : - 1,85 cas pour 100.000 habitants pour les 0 - 4 ans ; - 1,11 cas pour 100.000 habitants pour les 5 - 9 ans.⁵⁶

➤ La tuberculose:

Sur le plan national, on a remarqué la baisse de l'incidence de cette maladie durant la période 2001 jusqu'à 2008, soit 60,1 de cas pour chaque 100 000 habitants en 2001 pour atteindre que 58,9 de cas sur 100 000 habitants en 2008⁵⁷.

2.3.2.2 Les maladies à transmissions hydrique (MIT):

Les maladies à transmissions hydrique regroupent de la fièvre typhoïde, le choléra, l'hépatite et des dysenteries.

➤ **La fièvre typhoïde:** le taux d'incidence de cette fièvre a connu une diminution assez conséquente⁵⁸. le taux d'incidence de la fièvre typhoïde est passé de 0,31 à 0,24 cas pour 100 000 habitants en 2015, la maladie sévit à l'état sporadique sur tout le territoire nationale.

➤ L'hépatite:

On note une chute de près de moitié du taux d'incidence de l'hépatite virale A. Il est passé de 7,02 à 3,39 cas pour 100.000 habitants en 2015⁵⁹. la propagation de cette maladie est due au manque d'hygiène du milieu⁶⁰.

INSP, relevé épidémiologique Annuel 2015.⁵⁶

BENRAB S Allaoua H, Op.cit. p36⁵⁷

Essai d'évaluation des coûts de la vaccination en milieu scolaire : Cas de la wilaya de Béjaia, Mémoire de master en sciences économiques, Université de Béjaia, juillet 2011, p 27.

INSP, relevé épidémiologique annuel 2015.⁵⁹

Ouali Ahcene, Op.cit, p 28⁶⁰

2.3 Les zoonoses: ce sont des maladies qui se transmettent généralement par le biais des animaux en Algérie ils se décomposent en quatre groupes :

- La brucellose.
- La Leishmaniose.
- L'hydatidose.
- La rage humaine⁶¹

a) Le paludisme :

Le paludisme est une maladie courante et potentiellement mortelle dans de nombreuses zones tropicales et subtropicales. Il existe actuellement plus d'une centaine de pays et territoires où il y a un risque de transmission du paludisme, qui sont visités annuellement par plus de 125 millions de voyageurs internationaux.⁶² Il peut être transmis par des moustiques femelles de l'espèce Anophèles, qui piquent surtout entre le coucher et le lever du soleil. Aux cours de l'année 2015, le centre de référence du paludisme de l'INSP a enregistré 747 cas de paludisme. Tous ces cas ont été classés « importés » à l'exception de 18 cas qui ont été classés comme « cas introduits ».⁶³

2.3.2 Les maladies et infection sexuellement transmissibles:

se sont généralement les maladies qui se transmettent par voie sexuelle:

- **Le sida:** l'Algérie a entamé la lutte contre le SIDA depuis son apparition en 1985. Et a aussi adopté un plan National stratégique 2013/2015 se veut être la traduction de l'engagement de l'Algérie à la déclaration politique sur le VIH/SIDA adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA en juin 2011. le dépistage est rendu obligatoire depuis le 24 mai 1998.⁶⁴

2-Les maladies non transmissibles: ce sont les maladies qui ne peuvent pas se transmettre d'une personne à une autre on peut donc distinguer :

Achiou M, Amirouche S Op.cit p 28⁶¹

OMS, Organisation mondiale de la santé, le paludisme, www.who.int.⁶²

INSP, relevé épidémiologique annuel 2015.⁶³

Achiou M, Amirouche S Op.cit p 29⁶⁴

a) **Les maladies cardio-vasculaires:** ils occupent le premier rang avec 20% du total des décès en termes de prévalences.⁶⁵

a) **Les cancers:** Les cancers occupent une place de plus en plus importante parmi les maladies non transmissibles prévalences. Actuellement on comptabilise environ 45 000 nouveaux cas de cancer par an, avec 24 000 décès. On a constaté que la forme de cancer la plus fréquente chez les hommes sont les cancers des poumons et de la vessie, chez les femmes, les formes les plus courantes sont le cancer du sein et celui du col de l'utérus.⁶⁶

3-Le financement et les dépenses de santé en Algérie:

3-1-Rappel Historique sur le financement du système de santé algérien:

Le financement du système de santé en Algérie est passé par plusieurs étapes à savoir:

3.1.1 Période post- indépendance :

Le système de santé en Algérie à l'aube de 20 ème siècle , le service médicale était assuré par une centaine de médecins isolé, livré a eux-mêmes et disposant de moyen réduits.⁶⁷ La guerre d'indépendance (1954-1962) a contribué, à l'aggravation de la situation socioéconomique des Algériens. La destruction d'infrastructures de base et à la mort de plusieurs centaines de milliers de personne et s'a a contribué à la détérioration du système de santé algérien.

3.1.2 période (1962-1973):

Le financement des services des services de santé, se faisait de trois manières :

L'intervention de l'état et de la collectivité locale pour 60% dans les dépenses de santé au niveau des structures hospitalières et des AMG. Les malades démunis qui constituent sont pris en charge gratuitement. Le remboursement de leur prise en charge est assuré à:

- ✓ 85% par le trésor public.
- ✓ 25% par les caisses de solidarités des départements et des communes

BENRAB S ALLAOUA H, Op.cit p 39⁶⁵
Achiou M, Amirouche S Op.cit p 30⁶⁶
BENRAB S, ALLAOUA H, Op.cit p 26⁶⁷

La caisse de sécurité sociale prend en charge le remboursement des soins d'une partie des salariés et de leurs ayants droit. Elle participe au financement du secteur hospitalier sur la base d'un remboursement forfaitaire de 30% du prix de journée.⁶⁸

3-1-3Période (1974-1988):

Face à la demande d'une population en grande partie démunie, l'Etat institue la gratuité des soins dans les structures publiques de santé à partir de janvier 1974. En 1980, à cause de la chute du prix du pétrole et l'augmentation des dépenses de la santé en raison de la gratuité des soins par conséquent l'état a été obligé d'appliquer quelques mesures:

- ✓ Mise en place de la médecine gratuite.
- ✓ Mise en place de la budgétisation.
- ✓ Blocage du secteur privé : monopole de l'état sur le marché du médicament.⁶⁹

3-1-4La période 1988 jusqu'à nos jours:

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. Les objectifs de ce programme sont:

- ✓ La compression des dépenses de santé.
- ✓ La réduction des importations des médicaments et d'appareillage médical d'une part et la réduction de la prise en charge de l'autre .

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 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 médecine.⁷⁰

Kaid nouara, le système de santé algérien entre Efficacité et équité ,thèse de doctorat d'état en science économique ,université d'Alger ,p56
AMIROUCHE S, Achiou M Op.cit p 36⁶⁹

Les modes de financements de la santé ont été énumérés dans la charte de la santé et la loi n° 85-05 du 16 février 1985).cette charte est issue des Conclusions et Recommandations établies lors des Assises Nationales de la Santé le 26, 27 et 28 Mai 1998 au Palais des Nations stipule: "*Le financement de la santé demeure une préoccupation. Il doit être basé sur la solidarité nationale en vue de l'accès aux soins pour tous. A ce titre, le principe de la gratuité des soins est réaffirmé dans un cadre juridique renouvelé. Le financement doit concerner en priorité la prévention, les services de soins de santé de base, la planification familiale et l'éducation sanitaire. Le système et les mécanismes de ce financement doivent être adaptés au développement socio-économique du pays*"⁷¹.

3.2 Les sources de financement du système de santé algérien:

Le financement du système de santé algérien est assuré principalement par l'Etat, les organismes de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) et les usagers ou ménages.

Avant 1974, le financement de la santé provenait pour 60% de l'Etat pour la prise en charge les plus démunis de la population, 30% par la caisse de sécurité sociale pour leurs affiliés et 10% par les usagers eux-mêmes.

Après 1974, les financeurs du système de santé, sont l'Etat, les collectivités locales de 1970 à 1979, la sécurité sociale, la Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) de 1980 à 1981 et les usagers qui contribuent depuis 1975, d'une manière symbolique au financement des frais de consultation et de séjour en milieu hospitalier.

D'autres organismes nationaux participent au financement de la santé, notamment les départements ministériels participant aux activités de préventions générales, les mutuelles sociales fournissant à leurs adhérents des prestations de santé et les entreprises nationales par la création de leurs centres médicaux sociaux au profit de leur personnel.⁷²

1.L'Etat:

KAID NOUARA, Op.cit. p 60.⁷⁰

ABOU Y, Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie, mémoire en vue de l'obtention du ⁷¹ diplôme de magister en science économique, option : économie de la santé et développement durable , université de Béjaïa, 2010 p109

Mouhand boulahrik, financement du système de santé algérien, 26-06-2016, p.9-32⁷²

L'état prend en charge les dépenses liées à la prévention, la formation et la recherche médicale, elle prend en charge aussi les démunies et ceux qui ne bénéficient d'aucune couverture sociale.⁷³

2.La sécurité sociale:

La participation de la Sécurité sociale au financement de la santé prend, la forme d'une dotation forfaitaire, appelée « *forfaits hôpitaux* », qui est versée, au budget des établissements publics de santé, au titre des soins dispensés aux assurés sociaux et leurs ayants droit.

3.La contribution des ménages:

Les ménages participent au financement de la santé en payant aux établissements de santé des frais des soins dispensés en tout ou une partie. La participation des ménages peut prendre plusieurs formes principalement : le ticket modérateur, forfait hospitalier et dépassement d'honoraires.⁷⁴

tableau9:Evolution des sources de financement en pourcentage

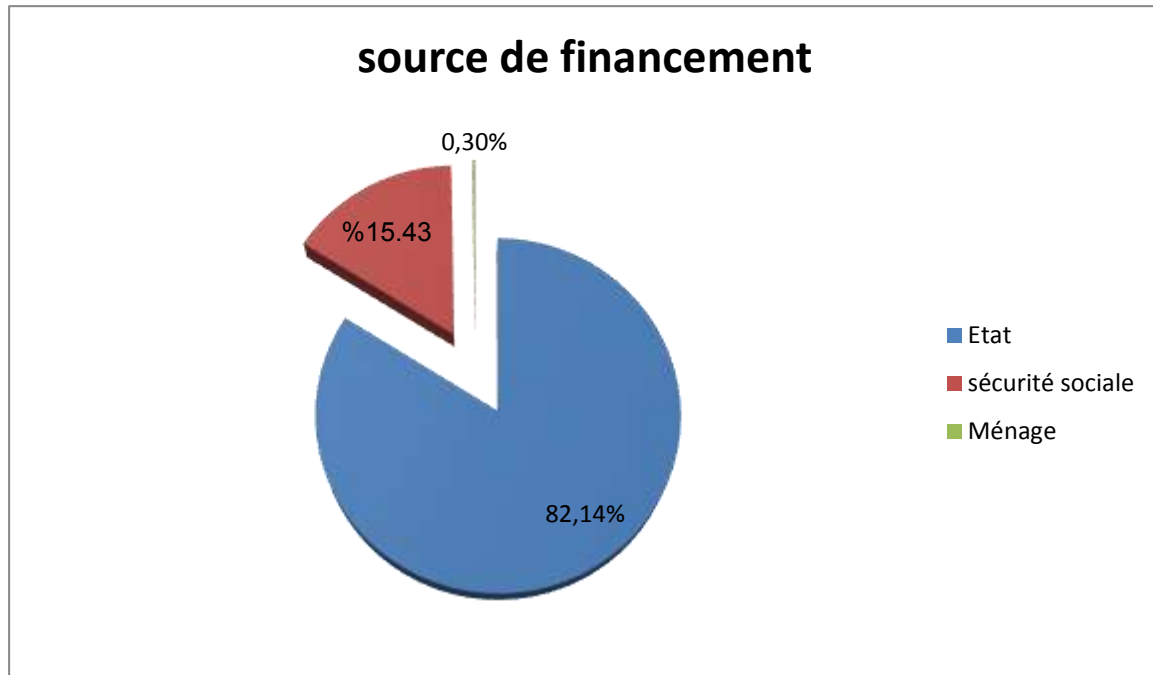
Année	Etat	Sécurité sociale	Ménages
1974	75	25	00
1980	36	64	02
1988	27	51	26
1998	34	39	26
2000	47	26	27
2005	51	23	27
2009	55	31	13
2010	83,24	16,03	0,34
2011	89,1	9,3	0,2
2012	82,6	11,03	0,18
2013	82,51	13,28	0,29
2014	82,14	15,43	0,3

Source : ministère de la santé et de la réforme hospitalière

Le graphe suivant représente les sources de financement en pourcentage pour l'année 2014

Figure 1:Les sources de financement en pourcentage en 2014

Ziani Zoulikha : Essai d'analyse de l'apport de la politique des dépenses de médicaments dans la régularisation des dépenses de santé en Algérie, Mémoire de magister en sciences économiques, Université Abderrahmane Mira de Béjaia, Mai 2012, p41.
Abou y, Op.cit p 38.⁷⁴



Source: graphique réaliser par nos soins d'après les données du tableau n°9

3.2.1-La contribution d'autres agents économiques au financement de la santé:

En plus de certain agents économiques participant actuellement au financement de la santé, l'Etat ,la sécurité sociale, les usagers ou ménages et autres ,certains agents peuvent être considéré comme de probable financeurs dans la mesure où il entretiennent avec le système de santé des rapports particuliers .

- ✓ Soit qu'il représente un danger pour la situation sanitaire (cas des entreprises polluantes).
- ✓ Soit qu'il ait une compétence territoriale et une responsabilité directe en matière de santé, de salubrité, d'hygiène publique (cas de collectivité locale).

Aussi l'exigence de plus en plus croissante des soins de qualité de la part des citoyens, l'évolution économique, sociale et culturelle du pays nécessitant de faire appel aux agents indiqué ci-dessous pour contribuer dans l'avenir au financement des dépenses de santé .a savoir:

- ✓ Les collectivités locales au titre de la médecine préventive et scolaire dont la participation a cessé en 1979.

Les entreprises de production et de service de secteur de la santé et de service de secteur de la santé privé ou publique (SAIDAL).

- ✓ La mise en place de taxe pour sanctionner les atteintes à l'hygiène du milieu et à la santé de la population.
- ✓ Attribution d'un bonus ou d'un malus pour les entreprises ayant réalisé des efforts de prévention.⁷⁵

3.3 Les dépenses de santé en Algérie:

Depuis quelque années et dans la plupart des pays , les dépenses en santé ont connu une évolution importante .celle-ci croissant a un rythme historiquement supérieur à celui du PIB.

Celle-ci a donné naissance a l'instauration des politiques de maitrise des dépenses de santé, qui est affiché partout comme l'un des éléments majeurs d'une politique de santé .⁷⁶

Après l'instauration du programme de la politique d'ajustement structurel (PAS),en raison de problème économique auxquelles le pays a été confronté .des mesures de réduction des dépenses de santé ont été prise afin de limiter les importations des médicaments et l'investissement dans le secteur de la santé.⁷⁷

Tableau10:dépense globale de santé en pourcentage de PIB

Année	Dépense en pourcentage du PIB
2007	3,82
2008	4,20
2009	5,18
2010	4,82
2011	5,14
2012	6,01
2013	6,64
2014	7,23
2015*	7,86
2016*	8,49

Source: ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière

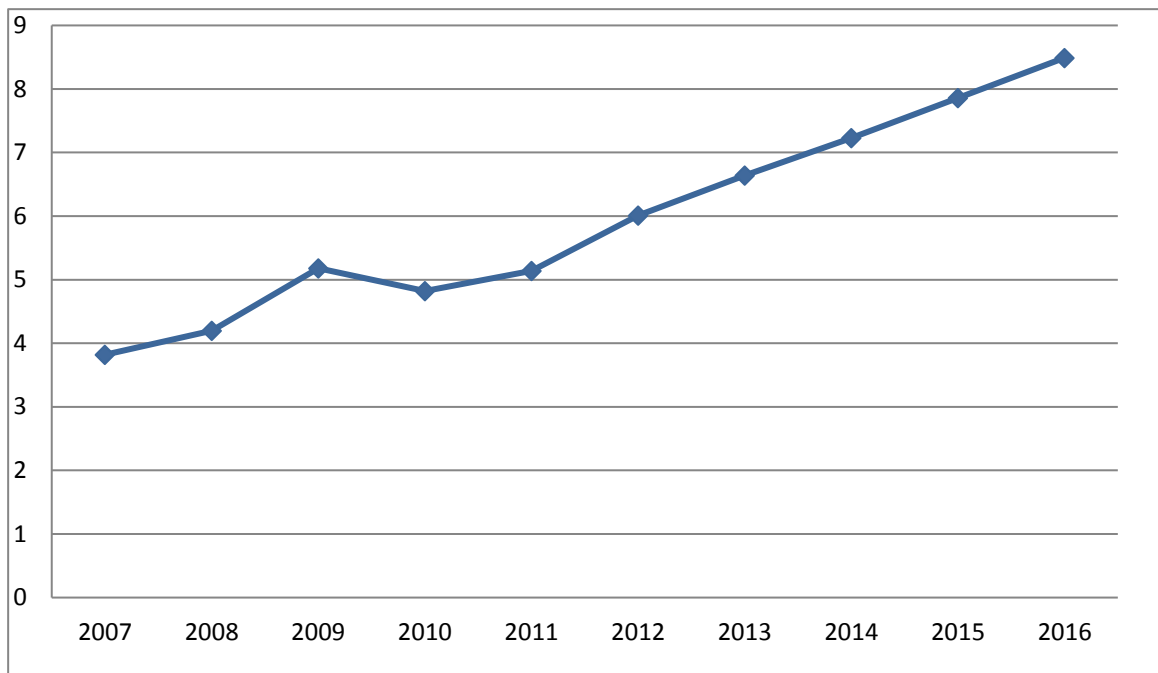
Le graphe ci-dessous représente l'évolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB

Figure 2:évolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB

Mohand boulahrik Op.cit p 31.⁷⁵

Achiou M, Amirouche S, Op.cit p41⁷⁶

Kaid T N : Op. cit, p 61⁷⁷



Source: graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°10.

D'après le figure nous remarquons que les dépenses de santé en pourcentage du PIB ont connu une progression passant de 3.82% en 2007 à 5.18 en 2009, puis il Ya eu une légère régression de 2009 jusqu'à 2010 passant de 5,18 à 4,82% cette diminution a été le résultat de mesure prise par l'état en matière de limitation des embauches d'investissement dans le secteur de la santé. C'est à partir de 2010 qu'on a remarqué une progression des dépenses atteignant les 8,49% en 2016.

3.4Le financement des hôpitaux en Algérie:

A partir de 1974 et après l'institutionnalisations de la médecine gratuite, le financement des hôpitaux a changé par une nouvelle procédure dénommé "budget global". La budgétisation vient se substituer au mode de rémunération pratiqué depuis l'indépendance appelé "prix de journée". Ce budget est réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, article).⁷⁸. Cette réforme du financement, représente une dangereuse mutation dans la mesure où il s'est réalisé un passage d'une logique de gestion à une logique de gestion de crédit budgétaire.⁷⁹

3.4.1 Les modes de financement des hôpitaux en Algérie:

IKHLEF S, IMENDJERIOUANE M: Essai d'analyse de la gestion budgétaire d'un établissement public hospitalier en ⁷⁸ Algérie: cas de CHU KHELIL AMRANE :mémoire en vue de l'obtention d'un master en science économique option: économie de la santé ,université de béjaia, p26
BENRAB S, AIIAOUA H Op.cit. p 59.⁷⁹

1-Le financement par le budget global:

Le budget global est celui attribué par le gouvernement avant le début de l'année pour couvrir les dépenses de l'année en cours , ce budget est généralement suivie par un budget complémentaire , qui intervient pour couvrir les dépenses supplémentaire . Le budget global est donc un système de financement prospectif : le budget est fermé, quel que soit le coût réel supporté par l'hôpital. En Algérie, le budget global a été adopté en 1973, juste après la promulgation de la gratuité des soins. Aujourd'hui, il est encore en vigueur.

Ses avantages:

- ✓ Elimination complète des mesures incitatives visant la consommation de soins supplémentaire.

Ses inconvénients:

- ✓ Le budget globale ne comporte aucune incitation a améliorer la qualité et disponibilité des soins.
- ✓ Dans les hôpitaux financés par le budget globale on constate une faible productivité du personnel médicale et paramédicale.
- ✓ Une sous-utilisation des appareils d'actes techniques : les scanners et des IRM à l'hôpital public sont sous-utilisés comparativement aux structures privées.

Comparaison entre le financement de l'hôpital public et les cliniques privées: on distingue plusieurs produits des cliniques privées :

- ✓ Le forfait journalier de soins.
- ✓ Autres prestation.
- ✓ Les forfaits spéciaux

Le gain du résultat positive est une obligation pour les cliniques puisque elle a un but lucratif pour l'hôpital le résultat positive n'est pas une obligation, son objectif est d'équilibrer les comptes et non d'accroître la rentabilité.⁸⁰

Ikhlef S, IMENDJRIOUANE M, Op.cit. p27.⁸⁰

Conclusion:

En Algérie le financement du système de santé tient principalement des parts de l'état, de la sécurité sociale et les ménages, malgré les efforts consentis par l'état pour améliorer le système de santé algérien, quelques anomalies ont été remarquées, à savoir le décalage entre les besoins de santé et l'offre de soins de santé actuelle. Les réformes engagées par l'état sont nombreuses mais le problème réside dans la difficulté de la mise en œuvre.

La variation des dépenses en santé sont liées à la fluctuation du produit intérieur brut qui est surtout en rapport avec les changements du prix du pétrole.

L'hôpital est une entité qui a un rôle primordial dans le bien-être individuel et collectif, cependant cet organisme présente quelques problèmes en matière d'organisation et aux pratiques de gestion.

L'état a plus que jamais l'obligation d'engager des réformes dans le but d'améliorer l'efficacité du système de santé et de remédier aux problèmes liés à son organisation.

Chapitre 3

Financement des activités hospitalières dans l'Eph de Saïda

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Introduction:

Le but d'un système de santé est d'organiser au mieux le système de soin ,et veiller à l'équité dans l'accès aux soins pour tous. L'accroissement des dépenses de santé est un phénomène qui touche la plupart des pays du monde il est lié au développement technologique, apparition de nouvelle maladie, vieillissement de la population....etc.

Le financement de l'hôpital est un véritable enjeu économique d'une part du fait de son implication dans les dépenses de santé et de l'autre part c'est un enjeu social du fait de son implication dans la lutte contre les maladies.

En s'appuyant sur ce que nous avons présenté dans la partie théorique, on s'est rendu à l'établissement public hospitalier de Saïda. Afin de faire un état des lieux sur le processus de gestion budgétaire de l'établissement. Nous commencerons par faire une présentation de l'hôpital d'Ahmed Médeghri puis nous parlerons des étapes à suivre pour l'exécution du budget.

I-Présentation de l'organisme d'accueil :

Dans cette section nous allons essayer de présenter l'établissement publique hospitalier de Saïda, son historique et ses missions et nous présenterons aussi son organigramme.

L'établissement public hospitalier de Saida est considéré comme un secteur pilote dans la wilaya de Saida.

En vertu du décret exécutif n°99-446 du 2 décembre 1974 portant la création et l'organisation des établissements public hospitaliers et les établissements public de santé de proximité ,il a été procédé à l'ouverture de l'établissement public à Saïda le 5 juillet 1976 portant le nom du défunt "Ahmed MEDEGHRI" ,ancien ministre de l'intérieur et natif de la wilaya .cette établissement se situe a proximité de la route menant vers la wilaya de Tiaret .il est entouré par l'école paramédicale, la piscine municipale et les services d'urgences.

L'établissement public hospitalier de saida est le principale établissement dans la wilaya il couvre une superficie de 5 hectares ,il couvre une population de 50000 habitants .cette établissement est doté de 17 services médicaux 9 salle de soins deux labos d'analyse et un centre de transfusion sanguine .l'établissement public hospitalier de Saïda comporte 450 lits pour les malades et un effectif de 536 employées.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

I.1 Mission de l'organisme d'accueil:

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

L'établissement public hospitalier a pour tâche de :

- d'assurer les activités de diagnostic ,de soins d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population.
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention: de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléau sociaux.
- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.
- Fournir tous les besoins afin de garantir une meilleure prestation pour les patients et les employées et veiller à la protection sanitaire du patient.
- Assurer l'approvisionnement des services de l'établissement en matière de fourniture et d'équipement médicaux et de tous ce que le patient a besoin en matière de médicament et autre .
- Assurer le perfectionnement et le recyclage du personnel de santé.
- L'enregistrement du mouvement de sortie et d'entrée des patients.
- L'enregistrement des décès qui se produisent à l'intérieur de l'établissement.

I.2 Organisation de l'établissement public hospitalier de saida:

I.2.1 Le conseil d'administration

il comprend

- Le représentant du wali, président ;
- Un représentant de l'administration des finances
- Un représentant des assurances économique;
- Un représentant des organismes de la sécurité sociale;
- Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya;

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

- 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 Le président du conseil médicale;.
- des travailleurs élus en assemblée générale;

Le conseil administratif délibère sur la plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, les projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organisation interne de l'établissement.

1.2.2Le conseil médical: le conseil médicale est chargé d'étudier et d'émettre son avis médicale et technique sur toute question intéressant l'établissement notamment sur:

- Le programme de santé et de population.
- Les programmes de manifestations scientifique et technique.
- la création ou la suppression de structures médicales.

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

Le conseil médical comprend :

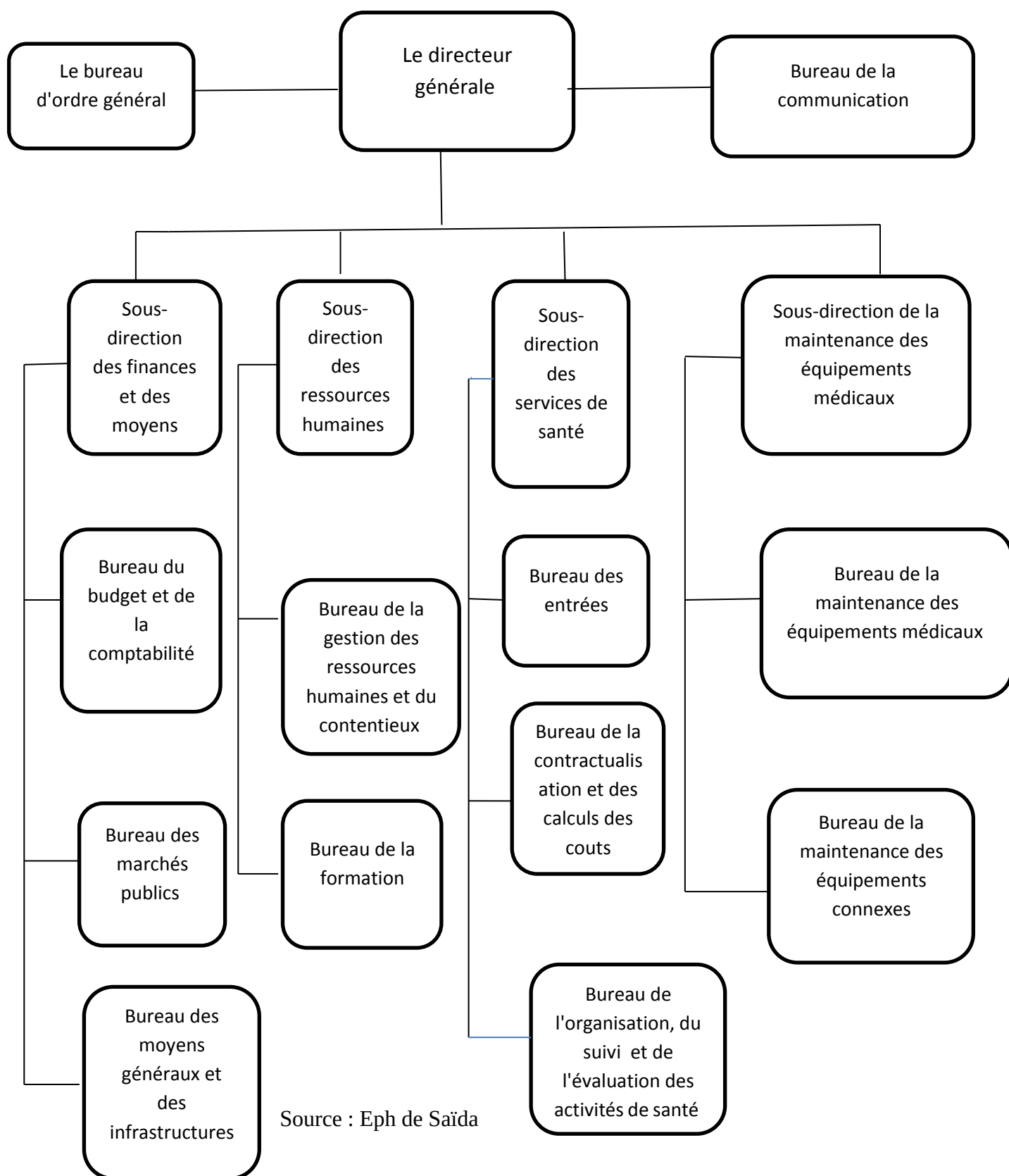
- Les responsables des services médicaux;
- Un pharmacien responsable de la pharmacie;
- Un chirurgien-dentiste ;
- Un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;
- Un représentant des personnels hospitalo-universitaires;

Le conseil médical se réunit sur convocation de son président, 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 ,soit du directeur de l'établissement hospitalier public .

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

I.3 L'organigramme de l'Eph de Saïda

Figure n°3 : organigramme de l'établissement public hospitalier de Saïda



Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

1.4-Les services de l'Eph de Saïda

1-Le directeur générale: il a pour mission de

- veiller à la bonne gestion du secteur sanitaires et la coordination entre les différents services.
- préparer les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement ;
- établir le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement ;
- Mettre en œuvre les délibérations du conseil d'administration.
- exercer le pouvoir hiérarchique sur le personnel placé sous son autorité.
- Nommer l'ensemble du personnel de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu.

2- Les sous-directions:

2.1-Sous-direction de la maintenance et d'équipement:

Sa principale mission est l'entretien des machines et des véhicules de l'établissement tombée en panne .elle est divisé en deux bureau :

- Bureau d'entretien des équipements médicaux.
- Bureau d'entretien des équipements connexes.

2.2-Sous-direction des services de santé: cette direction s'occupe des activités en rapport avec la prévention cette sous-direction comporte :

2.2.1 Bureau de l'organisation du suivi et de l'évaluation des activités de santé: il est subdivisé en trois bureaux:

- Bureau d'évaluation et d'organisation et de suivi de l'activité sanitaire.
- Bureau des entrés.
- Bureau des services de prévention.

Ses bureaux ont pour taches de :

- L'accueil et l'admission des malades

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

- L'exploitation des divers registres (état civil, mouvement des malades.....etc.).
- Le suivi des gardes telles quelle sont organisé par le différent chef de services.

2.3-Sous-direction des ressources humaines : cette direction a pour mission:

- Définir les besoins en effectif afin d'établir les plans de recrutement;
- Maitriser les effectifs;
- Mettre des programmes de développement des carrières;.
- Assurer une répartition équitable de l'effectif.;

2.4 Sous-direction des finances et des moyens :

Cette direction comporte :

2.4.1Le bureau du budget et de la comptabilité:

Ses principales missions sont:

- Assurer l'exécution du budget.
- La réception des factures signées par l'économe et l'élaboration du mandat de paiement de ces factures.
- L'enregistrement des écritures comptables dans les registres de dépenses.
- L'élaboration et l'exécution du budget, et l'élaboration de la situation financière chaque trois mois faisant ressortir les crédits les engagements et les budgets
- Etablir la prévision budgétaire.

2.4.2Le bureau des marchés public

Le bureau des moyens généraux et des infrastructures:

Ce bureau est responsable de tous ce qui a un rapport avec l'hygiène de l'établissement, du parc automobile et des ambulances.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Tableau11:Les services de l'établissement public hospitalier de saïda

Services	LITS TECHNIQUES
1-Anesthésie réanimation	30
2-Chirurgie Générale	62
3-Maladies infectieuse	40
4-Médecine interne	90
5-Médecine légale	06
6-Néphrologie hémodialyse	20
7-Ophtalmologie	20
8-Hématologie	18
9-Orthopédie traumatologie	20
10-Oto-rhino-laryngologie	20
11-Pneumologie phtisiologie	40
12-Psychiatrie	20
13-Urgences Médico chirurgicales	18
14-Urologie	16
15-pharmacie	—
16- Anatomie pathologique	—

Source: le ministre de la santé et d la population et de la réforme hospitalière, arrêté n° 2530 portant

Création des services et de leurs unités constitutives au sein de l'établissement public hospitalier Saïda.

D'après le tableau n° nous remarquons que l'établissement public hospitalier de saïda compte 17 services de différentes spécialités, malgré que certains services n'existent pas et ce qui conduit à quelque malade à être évacué aux hôpitaux des villes voisines.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

1-service d'urgence médico-chirurgicale : le service a pour mission d'administrer les premiers soins pour les cas urgents

2-Service de réanimation: ce service a pour mission de garantir la prise en charge après l'opération o garantir aussi le suivi du malade. Ce service compte deux unités

-une unité d'anesthésie.

-une unité de réanimation et soins intensifs.

3-services pneumologie phtisiologie:

Ce service a pour mission de

- Prendre en charge sur les plans diagnostique et thérapeutique les patients atteints de maladies pleuro-pulmonaires et thoraciques.
- Lutte contre la tuberculose
- Suivi des patients insuffisants respiratoires.

Unité du service :

Hospitalisation homme

Hospitalisation femme.

4 le service a pour mission :

L'accueil des patients présentant soit :des infections bénignes soit des infections maligne ce qui représente le plus important de l'activité du service.

Unité du service:

1-hospitalisation homme.

2-hospitalisation femme.

3-consultation

4-réanimation

5-hopital du jour.

5-service psychiatrie: ce service a pour mission de

- Prise en charge et hospitalisation de toute pathologie mentale chronique.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

- Prise en charge de toutes les urgences psychiatriques.

Unité du service:

- 1-hospitalisation homme.
- 2-hospitalisation femme.

6-Service de médecine légale: ce service a pour mission de

- Effectuer les autopsies dans les cas de suspicion sur les causes du décès.
- Pratique de l'expertise médico-judiciaire.

Unité du service:

- 1-Expertise médico judiciaire
- .2-médecine pénitentiaire.

7-Service de médecine préventive: ce service assure les activités de vaccination contre les maladies contagieuses comme l'hépatite et les maladies saisonnières comme la grippe.

8-Service de chirurgie dentaire: ce service assure les activités d'extraction, de nettoyage et d'entretien des dents.

Unité du service:

- Urgences
- Pathologie Bucco-dentaire.
- Odontologie conservatrice.

9-Service des maladies infectieuses: ce dernier assure le suivi des malades atteints de maladies contagieuses et leur mise en quarantaine.

10-Service d'ophtalmologie: ce service assure la consultation et les actes chirurgicaux aux patients atteints de maladies liées aux yeux

11-Médecine interne: le service de médecine interne prend en charge les malades relevant de plusieurs spécialités:

- La rhumatologie.
- La diabétologie.
- Les AVC.
- Médecine vasculaire.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

12-Service de néphrologie: ce service s'occupe des sujets atteints de maladies rénales chronique.au cours de leur évolution.il assure aussi la prise en charge des insuffisances rénale.

Unité de service:

- Néphrologie
- Hémodialyse.

13-Service de radiologie: ce service a pour mission de réaliser les actes d'imagerie médicale pour les malades avant d'effectuer des opérations chirurgicales.

I.5Les moyens humains:

Le personnel de l'établissement est composé de médecin, de paramédical, de personnel administratifs et d'agent de sécurité, on peut les compter sur le tableau suivant:

Tableau 12: nombre de travailleurs au sein de l'établissement

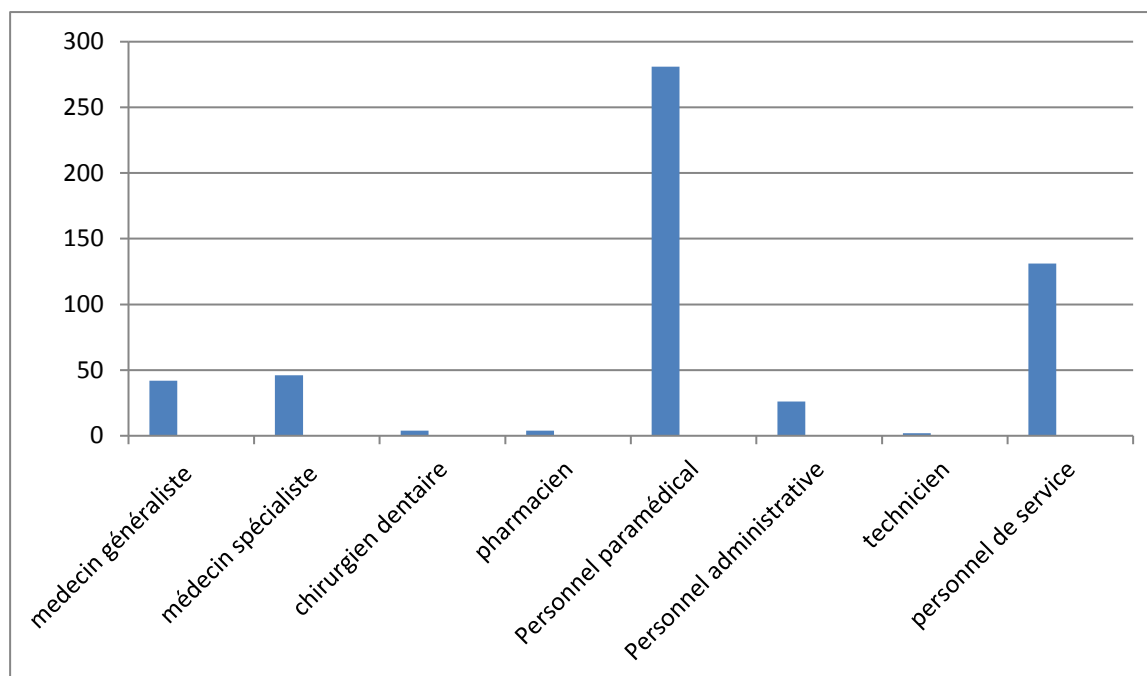
Catégorie	Nombre
Médecin généraliste	42
Médecin spécialiste	46
Chirurgien dentaire	4
pharmacien	4
Personnel paramédical	281
Personnel administrative	26
technicien	2
Personnel de service	131
total	536

Source : Eph de saïda sous-direction des ressources humaines

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Le graph suivant représente le nombre du personnel de l'Eph de Saïda

Figure 3:personnel de l'EPH DE SAIDA



Source : graphe réalisé d'après les données du tableau n°11

2. LA gestion budgétaire de l'eph de Saïda :

2.1Généralité sur le budget:

1-Définition du budget:

Dans son sens courant, le budget est un état des prévisions des recettes et des dépenses employées dans le cadre de la gestion d'une entreprise .C'est l'expression "quantitative et financière d'un programme action envisagée pour une période égale ou inférieure à une année".

Vu l'article 03 de la loi 90/21 DU 15 Aout 1990"Le budget est l'acte qui prévoit et autorise pour l'année civile, l'ensemble des recettes, des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'investissements dont les dépenses d'équipements publics et les dépenses en capital". Au terme de l'article 06 de l'ordonnance N° 84/17 le budget se compose des dépenses et des recettes fixés par l'état.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

La réglementation en vigueur a fixé la nomenclature budgétaire des établissements publics hospitaliers comme suit:

2-1-1 Les recettes:

Les recettes du budget de fonctionnement attribuées aux établissements de santé proviennent de plusieurs sources à savoir:

Chapitre I: Contribution de L'état.

Chapitre II: Contribution des organismes de la sécurité sociale

Chapitre III: contribution des établissements et organismes public

Chapitre IV: recette provenant de l'activité de l'établissement.

Chapitre V: autre recette.

Chapitre VI: reliquats sur exercices antérieures.

Les recettes du budget de l'établissement public hospitalier de Saïda proviennent principalement de l'état et les organismes de sécurité sociale et autre ressources à savoir les reliquats sur exercice antérieurs, autre organismes et les recettes provenant de l'activité de l'établissement.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Tableau12:les recettes de l'établissement public hospitalier de saida en 2018 (Unité :DA)

Sources	Participation au budget	Pourcentage de participation
L'état	1008247000.00	72.80%
La sécurité sociale	280 000 000.00	21.03%
Contribution des établissements et organismes public	—	0%
Recette provenant de l'activité de l'établissement	3000 000.00	0.22%
Reliquats sur exercice antérieure	70 000 000.00	5.26%
Total	1 384 847000.00	100%

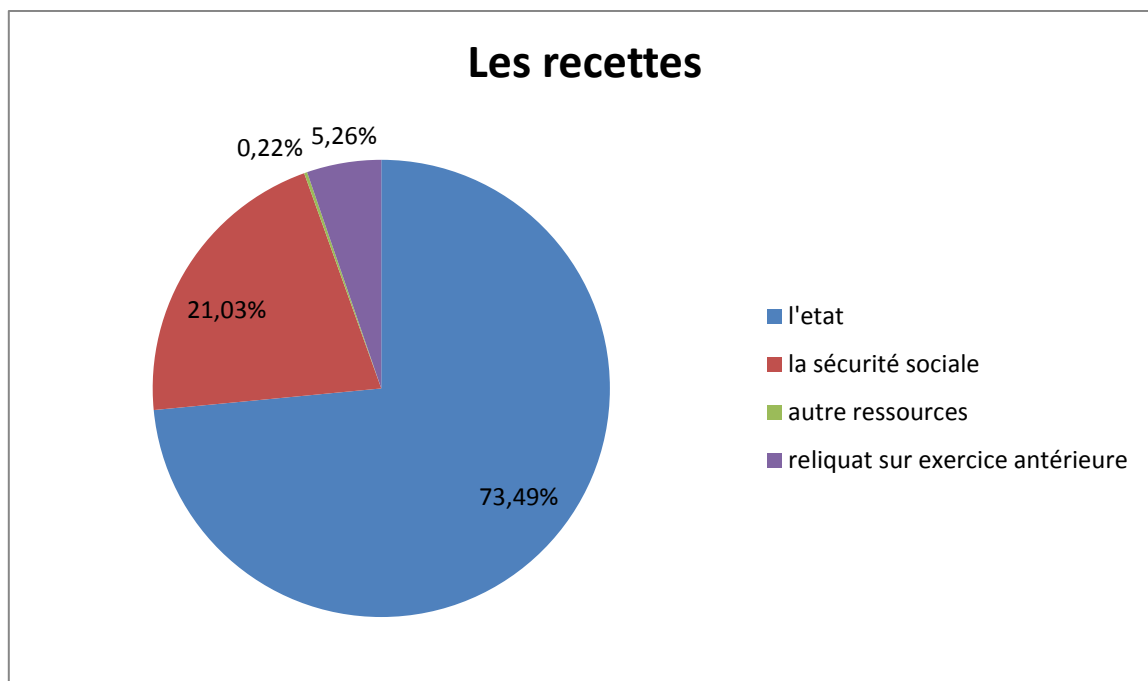
Source: EPH Ahmed Medeghri service budget.

D'après le tableau N°12 nous constatons que la participation de l'état représente la part la plus importante part la plus grande avec 72.80% puis la sécurité sociale avec 21.03% la part la plus faible est celle de recette provenant de l'activité de l'établissement avec 0,22% et ce en raison de la politique de plafonnement pratiqué par l'état et la baisse des revenus du pétrole.

Le graph suivant représente les recettes de l'établissement public hospitalier de Saïda au titre de l'année 2018 .

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Figure 4: les recettes de l'année 2018



Source : élaboré par nos soins à partir des données du tableau n°12

II.1.2 Les dépenses:

Classification des dépenses

Titre 1: dépense du personnel

Chapitre I: traitement du personnel titulaire stagiaire et coopérant.

Chapitre II: prime et indemnité diverse

Chapitre III: traitement des activités du personnel résidents et étranger

Chapitre IV: traitement du personnel contractuel

Chapitre V: Charge sociale du personnel titulaire stagiaire et coopérant

Chapitre VI: charges sociale du personnel résident interne et externe.

Chapitre VII: charge sociale du personnel contractuel.

Chapitre VIII: pension pour service pour dommage corporels.

Chapitre IX: participation aux œuvres sociales.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

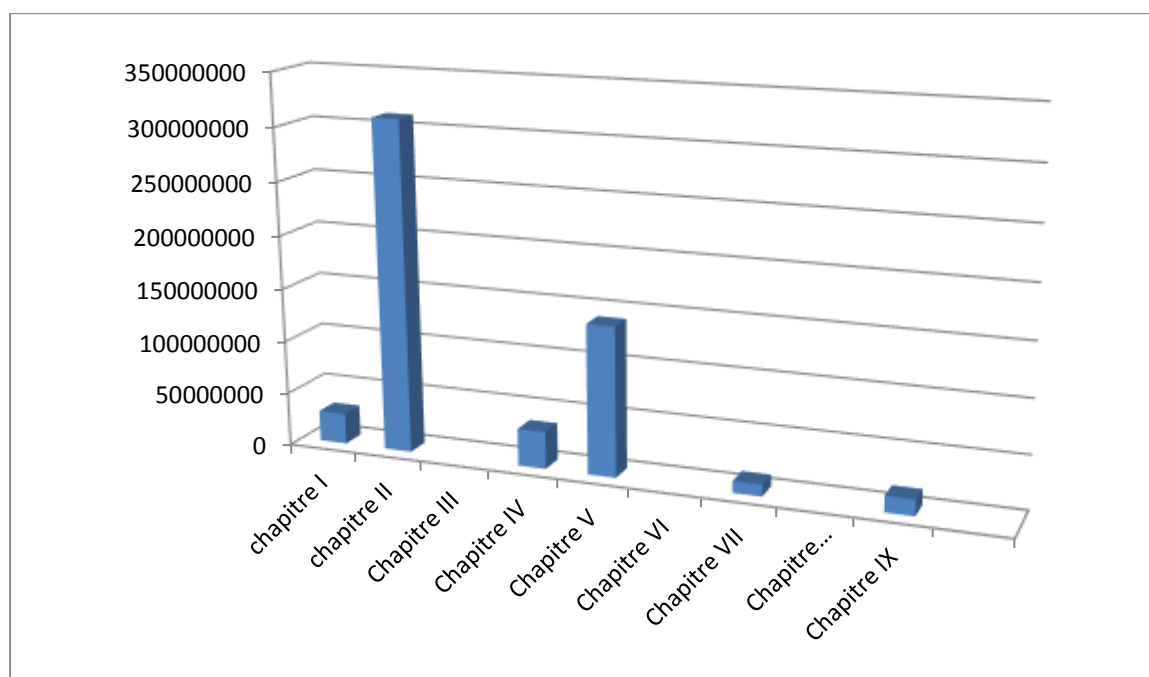
Tableau13:dépense du personnel de l'année 2018

Les dépenses	Unité en da
Chapitre I: Traitement d'activité du personnel titulaire stagiaire et coopérant.	290 000000.00
Chapitre II: indemnité et allocation diverse	311 000 000.00
Chapitre III: traitement' d'activités du personnel résidents interne et externe	/
Chapitre IV: traitement du personnel contractuel	35 000 000.00
Chapitre V:Charge sociale du personnel titulaire stagiaire et coopérant	140 000 000.00
Chapitre VI: Charges sociale du personnel résident interne et externe.	/
Chapitre VII: Charge sociale du personnel contractuel.	10 900 000.00
Chapitre VII: Pension de service et pour dommage corporels et rente d'accidents de travail.	/
Chapitre IX: Contribution aux œuvres sociales.	15 000 000.00
totale	801 900 000.00

Source: sous-direction des finances et des moyens établissements publics hospitaliers.

Le graph suivant représente les dépenses du personnel de l'Eph de Saïda de l'année 2018

Figure 5:les dépenses du personnel de l'année 2018



Source: graph élaboré par nos soins d'après les données du tableau n°1

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

tableau14:Les dépenses de fonctionnement au titre de l'année 2018

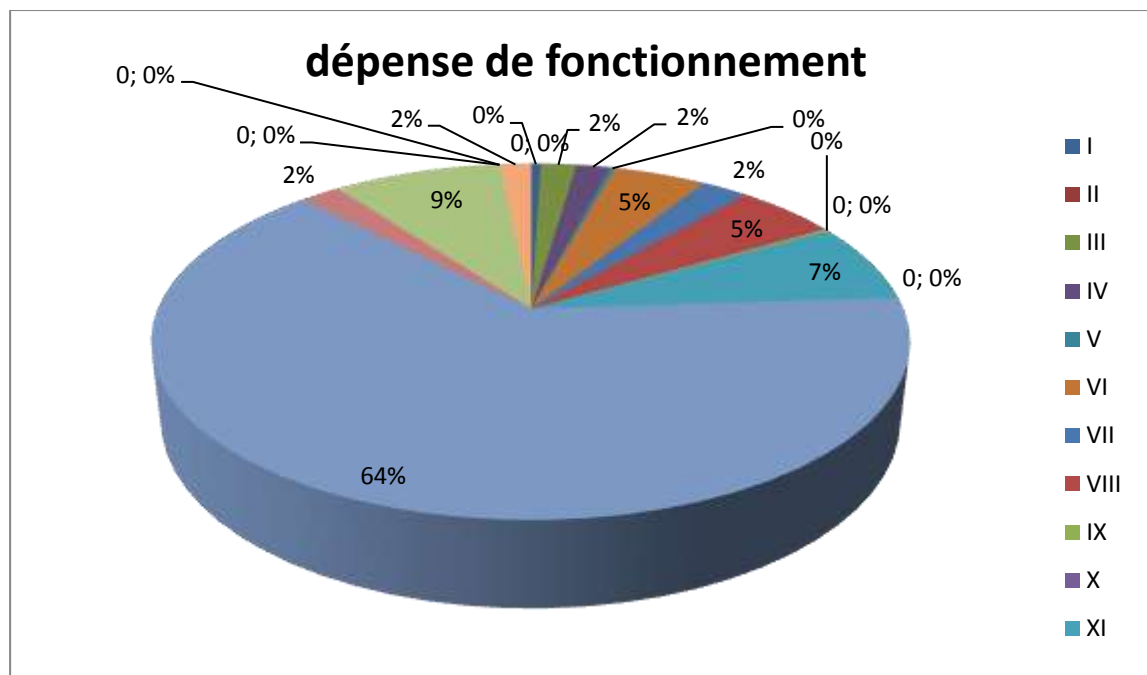
Les dépenses	Unité Da
I-Remboursement des frais	2 826 000.00
II-Frais judiciaire et indemnité due par l'état	/
III-Matériel mobilier et petit outillage	10 500 000,00
IV-Fournitures	10 000 000,00
V-Habillement	1 500 000,00
VI-Charges annexes	27 500 000,00
VII-Parc automobile	13 700 000,00
VIII-Entretien et réparation des infrastructures	30 300 000
IX-Frais de formation de perfectionnement de recyclage et de stage du personnel	1 300 000,00
X-Frais liée au congré, séminaire et autre manifestation scientifique.	
XI-Alimentation et frais de restauration	41785 000,00
XII-loyer	/
XIII-Médicaments, produits pharmaceutique et autre produits destiné à la médecine humaine et dispositif médicaux	370600000,00
XIV-Dépenses d'action spécifique de prévention	11 904 000,00
XV-Acquisition et maintenance du matériel et accessoire et outillage médicale	50 000 000,00
XVI-Remboursement des frais d'hospitalisation et d'exploration avec les hôpitaux de l'armée et les organismes publics au titre des malades transférés, ne relevant pas d'une pathologie régie par une convention particulière	/
XVII-Dépenses de recherche médicale	/
XVIII-Dépense de jumelage entre les hôpitaux public	9 232 000,00
Total	582 947 000,00

Source : Eph de Saïda service budget

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

On constate d'après ce tableau que les crédits alloués pour les médicaments et la nourriture sont les plus élevés en raison de l'accroissement des besoins des malades et pour une meilleure qualité des services de soins.

Figure 6:dépenses de fonctionnement de l'Eph de saida 2018



Source: tableau élaboré par nos soins d'après les données du tableau n°14

tableau15:les dépenses de l'Eph de saida par titre

TITRE	montant	pourcentage
Dépense de personnel	801 900 000.00	57%
Dépense de fonctionnement	582 947 000,00	43%
total	1384847000,00	100%

Source : Eph de Saïda (service budget).

Nous remarquons dans ce tableau que les dépenses de personnel sont supérieures à ceux des dépenses de fonctionnement avec 57% comparé à 43% pour les dépenses de fonctionnement l'importance de cette dépense est due essentiellement à la masse salariale et aux avancements.et le poids du personnel au niveau de l'Eph de Saïda.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Tableau 16:évolution des dépenses du personnel

Chapitre	2014	2015	2016	2017	2018
Traitement d'activité du personnel titulaire stagiaire et coopérant	186000000,00	250000000,00	242000000,00	290000000,00	290000000,00
Indemnité et allocation diverse	324104000,00	295000000,00	298000000,00	315000000	321000000,00
Traitement d'activités du personnel résidents interne et externe	/	/	/	/	/
Traitement du personnel contractuel	210000000,00	30000000,00	30300000,00	35000000,00	35000000,00
Charge sociale du personnel titulaire stagiaire et coopérant	109000000,00	132500000,00	142500000,00	134000000,00	140000000,00
Charges sociale du personnel résident interne et externe.	/	/	/	/	/
Pension de service et pour dommage corporels et rente d'accidents de travail.	/	/	/	/	/
Contribution aux œuvres sociales.	16000000,00	16000000,00	15040000,00	15000000,00	15000000,00
total	616000000,00	731000000,00	735740000,00	799700000,00	811900000,00

Source : Eph de Saïda service budget.

➤ **Traitement d'activité du personnel stagiaire et coopérant:**

Cette dépense a connu une augmentation à partir de 2014 jusqu'à 2015 passant de (186000000)à (250000000) pour connaître une légère baisse en 2016 atteignant (242000000), elle connaîtra une augmentation à partir de 2017.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

➤ **Indemnité et allocation diverse:**

Cette dépense a connu une légère baisse entre 2014 et 2017, elle est passée de 324 104000 en 2014 à 315000000 en 2017 et connaîtra une augmentation en 2018 à raison de 321000000.

➤ **Traitement d'activité des personnels résidents internes et externes:**

Cette dépense n'existe pas et relève des centres hôpitalo- universitaire.

➤ **Traitement du personnel contractuel:**

Ce chapitre a connu une augmentation en 4 ans passant de (210000000) en 2014 à (350 000000) en 2018 cela peut s'expliquer par l'augmentation de l'effectif du personnel contractuel.

➤ **Charge social du personnel titulaire stagiaire et coopérant:**

La lecture du tableau précédent indique que la charge sociale du personnel titulaire stagiaire et coopérant a connu une augmentation de 2014 jusqu'à 2016 puis elle a baissé pour finalement atteindre (142000000) en 2018.

➤ **Charges sociale du personnel résident interne et externe:**

Cette dépense est inexistante au sein de l'EPH Ahmed Medeghri.

➤ **Pension de service et pour dommage corporels et rente d'accidents de travail:**

les dépenses de ce chapitre sont inexistant dans cette établissement.

➤ **Contribution aux œuvres sociales:**

La part de ce chapitre a connu une baisse Durant les quatresdernières années passant de (160000 000) en 2014 à (1504000) en 2015 pour arriver à (15000000) en 2018.

➤ **Les dépenses du personnel:**

Cette dépense augmente d'une année à une autre en fonction de l'effectif du personnel elle représentait (616000000,00) en 2014 et atteignant (731000000) en 2015, et elle continue son ascension jusqu'à atteindre (811900000) en 2018.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

tableau17:l'évoution des dépenses de fonctionnement par chapitre (2014-2018)

Chapitre	2014	2015	2016	2017	2018
Remboursement des frais	2200000,00	2200000,00	18250000,00	1826000,00	2826000,00
Frais judiciaire et indemnité due par l'état	/	/	/	/	/
Matériel mobilier et petit outillage	14000000,00	14000000,00	11806000,00	10500000,00	10500000,00
Fournitures	10000000,00	10000000,00	9885000,00	9000000,00	10000000,00
Habillement	1800000,00	1800000,00	1800000,00	1500000,00	1500000,00
Charges annexes	16500000,00	18000000,00	17692000,00	17500000,00	23000000,00
Parc automobile	7000000,00	10000000,00	12058000,00	12700000,00	13700000,00
Entretien et réparation des infrastructures	30000000,00	44000000,00	28009000,00	28300000,00	30300000,00
Frais de formation de perfectionnement de recyclage et de stage du personnel	1150000,00	1550000,00	1300000,00	1300000,00	1300000,00
Frais liée au congé, séminaire et autre manifestation scientifique.	400000,00	1660000,00	2000000,00	1800000,00	1800000,00
Alimentation et frais de restauration	32200000,00	35000000,00	34785000,00	38785000,00	41785000,00
loyer	/	/	/	/	/
Médicaments, produits pharmaceutique et autre produits destiné à la médecine humaine et	298000000,00	298000000,00	301780000,00	318000000	347000000,00

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

dispositif médicaux					
Dépenses d'action spécifique de prévention	12000000,00	12000000,00	11904000,00	12000000,00	11904000,00
Acquisition et maintenance du matériel et accessoire et outillage médicale	38000000,00	40000000,00	38000000,00	48000000,00	50000000,00
Remboursement des frais d'hospitalisation et d'exploration avec les hôpitaux de l'armée et les organismes publics au titre des malades transférés, ne relevant pas d'une pathologie régie par une convention particulière	/	/	/	/	/
Dépenses de recherche médicale	/	/	/	/	/
Dépense de jumelage entre les hôpitaux public	4105000,00	/	3573000,00	8252000,00	9232000,00
Total	467355000,00	488210000,00	476417000,00	509463000,00	554847000,00

Source :EPH DE Saïda service budget.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

➤ **Remboursement des frais:**

Cette dépense a connu une diminution à partir de 2014 puisqu'elle est passée de (2200000,00) dans la même année à (18250000,00) en 2016, puis cette dotation a augmenté jusqu'à atteindre (2826000,00) en 2018.

➤ **Frais judiciaire et indemnité due par l'état:**

Cette dotation n'existe pas puisque l'établissement public hospitalier de Saïda n'a pas encouru de procès. Durant ces cinq dernières années.

➤ **Matériel mobilier et petit outillage:**

Après analyse du tableau nous remarquons que cette dépense est en constante diminution, elle représentait (14000000,00) en 2014 et a baissé jusqu'à (10500000,00) en 2018.

Ces dépenses concernent le matériel médical et les accessoires et pièces de rechange pour matériel et outillage médicale.

➤ **Fournitures:**

En 2014 cette dépense représentait 10000000,00 et va passer à (9885000,00) en 2016 et (9000000,00) en 2017, pour arriver à (10000000,00) en 2018.

➤ **Habillement:**

L'habillement a connu une baisse en cinq années. En 2014 cette dotation représentait (1800000,00) et a baissé pour atteindre (1500000,00).

➤ **CHARGES ANNEXES:**

Cette dotation était fixée à (16500000,00) en 2014 puis (18000000,00) en 2015 et (17692000,00) en 2016 et (17500000,00) en 2017, elle atteint (23000000,00) en 2018.

➤ **Entretien et réparation des infrastructures:**

Ces dépenses concernent la construction, l'achat des matériaux de construction. Elle représente (30000000) en 2014, elle est revue à la hausse en 2015 avec (44000000,00), elle baisse légèrement en 2016 et 2017 et atteint respectivement (28009000) et (28300000). Elle est revue à la hausse en 2018 avec (30300000,00). L'augmentation des dépenses est due à la vétusté des infrastructures sanitaires et la nécessité d'entretien.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

➤ **Frais de formation de perfectionnement de recyclage et de stage du personnel:**

La formation continue contribue à l'amélioration de la qualité des soins au sein de l'eph d'Ahmed Medeghri, malheureusement la part de la formation est très faible dans cet établissement elle représente (1150000,00) en 2014 et (1550000,00) en 2015, cette dotation a baissé en 2016 jusqu'à 2018 en atteignant (1300000,00).

➤ **Alimentation et frais de restauration:**

les dépenses d'alimentation ont augmenté en cinq ans passant de (32200000) en 2014 à (41785000) en 2018. malgré l'importance de l'alimentation au sein d'un établissement de santé sa part est assez faible par rapport au budget globale.

➤ **Médicaments, produits pharmaceutique et autre produits destiné à la médecine humaine et dispositif médicaux:**

Les dépenses en matière de médicaments et produits pharmaceutiques ont tendance à accroître au fil des années en raison des besoins accrues des patients en matière de médicament et de produits pharmaceutiques sa dotation est passée de (298000000,00) en 2014 à (347000000,00) en 2018 soit une évolution de 14,12% en cinq ans.

➤ **Dépenses d'action spécifique de prévention:**

Cette dépense a connu une petite régression à partir de 2015 elle est passée de 12000000 dans la même année à 11904000 en 2016 puis cette dépense a augmenté en 2017 et puis a régressé en 2018 regagnant (11904000,00).

➤ **Acquisition et maintenance du matériel et accessoire et outillage médicale:**

La dépense d'acquisition et maintenance du matériel et accessoire et outillage médicale est en augmentation continue depuis 2014 elle a atteint (380000000) en 2018 elle est arrivée à (500000000), le matériel médical nécessite un entretien permanent c'est pourquoi il nécessite

➤ **Dépense de recherche médicale:**

Cette dépense est inexistante puisque elle relève de l'activité des CHU

➤ **Dépense de jumelage entre les hôpitaux publics:**

Ce chapitre a été créé en 2014 sur décision ministérielle conjointe n°0005625, avec une dotation de (4105000,00), en 2015 elle était inexistante et elle a connu une augmentation à partir de 2016 jusqu'à 2018 atteignant (9232000,00).

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Les dépenses de fonctionnement connaissent une augmentation assez conséquente passant de (467000000,00) en 2014 à (554847000,00) en 2018 soit une évolution de 18,72% en cinq ans cela peut s'expliquer par le besoins croissant

2. Opération et actes d'exécution du budget: le budget de l'établissement public hospitalier de Saïda peut être établi les étapes suivantes:

- Les prévisions budgétaires
- La dotation primitive
- La dotation complémentaire
- Les autorisations d'affectation spéciale.

2.2.1 Les prévisions budgétaires :

Durant l'année en cours les prévision sont établi sur la base des besoins de l'établissement en matière de fourniture, équipements, habillement, médicaments, nourritures ou en besoins humains à savoir les médecins, les infirmiers, les administrateurs....etc. .Cela doit être établi par le directeur sur la base d'information fournie par les différents services.

L'avant-projet est soumis au conseil médical, puis présenter au conseil administrative en vue de son acceptation enfin il sera transmis au ministère de la santé.

Les prévisions budgétaires de l'établissement public hospitalier de Saïda font face à l'inexactitude et gonflement des chiffres fournis cette inexactitude est due essentiellement à:

- L'augmentation inattendue des salaires.
- Départ inattendu du personnel.
- **Le budget initial:** est une dotation annuelle non définitive, elle intervient au cours de l'exercice pour couvrir les dépenses de fonctionnement elle peut être modifiée si besoin aie :

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Tableau N°18 : évolution du budget initial de l'EPH de Saïda

Année	Montant du budget	pourcentage
2014	937050000	—
2015	1219210000	30,11%
2016	1222157000	0,24%
2017	1314363000	7,54%
2018	1331747000	1,32%

Source: Eph de Saïda service budget

D'après le tableau n°18 nous constatons que le budget primitif de l'établissement public hospitalier de saïda a connu un accroissement durant les cinq dernières années il est passée de (937050000) en 2014 à 1331747000 en 2018 soit une augmentation de 42,12% dans une période de 5 ans, cette augmentation est due certainement à plusieurs facteurs à savoir

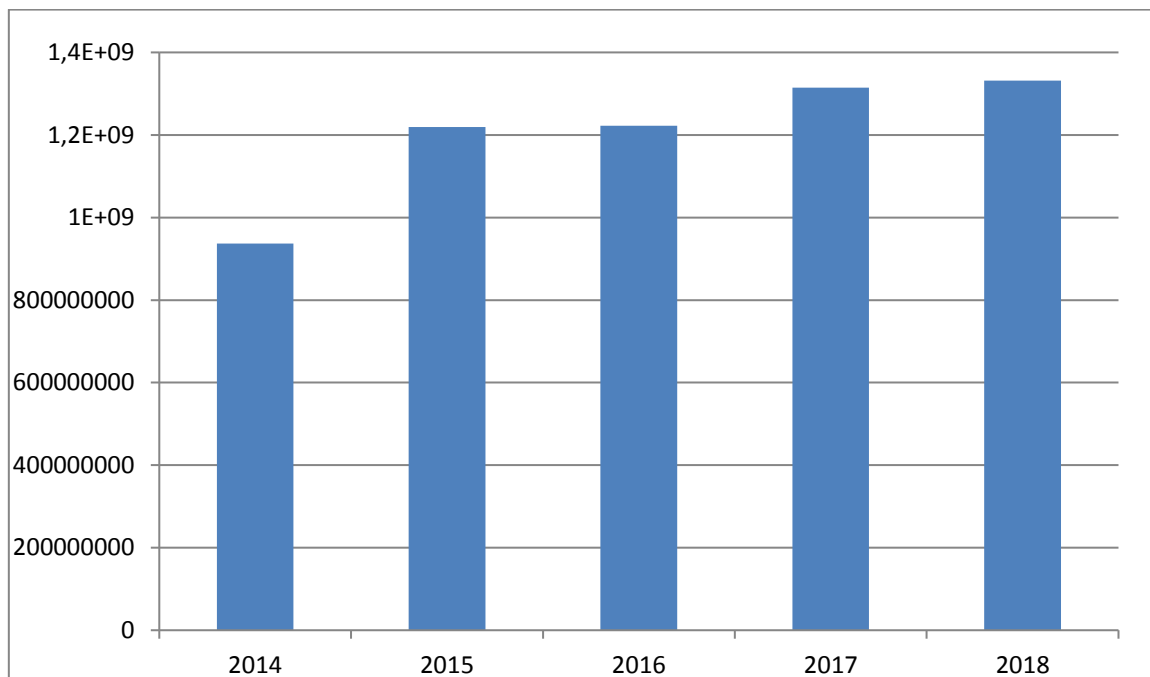
- L'augmentation des salaires.
- L'augmentation des couts de soins.
- L'évolution technique qui demande toujours le renouvellement du matériel.

Le graphe ci-dessous représente l'évolution du budget primitif de l'établissement public hospitalier de Saïda.

..

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Figure 7: évolution du budget primitif de l'établissement public hospitalier de Saïda



Source: graphe élaboré à partir du tableau n°18

➤ Le budget complémentaire:

le budget complémentaire est une dotation qui intervient au cours de l'année pour couvrir les dépenses imprévues le recours à la dotation complémentaire est l'insuffisance de la dotation primitive qui est de (1331747000) da.

Tableau n°19 : le budget complémentaire de l'eph Ahmed Medeghri de Saïda en 2018

Titre	Dotation complémentaire
Dépense de personnel	—
Dépense de fonctionnement	63 100000,00

EPH Ahmed Medeghri service budget

Autorisation d'affectation spéciale: le service du budget ne pouvant pas faire face à certaine dépenses imprévisible même avec la dotation complémentaires, et ce qui pousse les

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

gestionnaire de l'établissement a effectué des mutations budgétaire au d'un titre a un autre ou d'un chapitre à un autre au sein du même titre.

- L'affectation d'un titre à l'autre nécessite l'accord du ministère de la santé .
- L'affectation d'un chapitre à un autre et ce avec l'accord du directeur de la santé de la wilaya.
- L'affectation d'un article à un autre par décision du directeur de l'établissement.

Exemple: Décision de virement de crédit à l'intérieur du titre 2

Etat "A"

Titre	Chap.	article	Désignation	Crédits disponible	Crédits annulée	Nouvelle dotation
II	3	1	Acquisition de matériel et mobilier de bureau	7000 000,00	200 000,00	6 800 000,00

Etat "B"

Titre	Chap.	article	Désignation	Crédits disponible	Crédits ouverts	Nouvelle dotation
II	3	2	Entretien du matériel et mobilier de bureau	3500000,00	200 000,00	3700000,00

Article 01:il est annulé sur le budget de fonctionnement de l'EPH de saida, un montant de 200000, 00 DA du titre II, chapitre03, article 01 conformément au tableau (A) joint a cette Décision.

Article 02:il est ouvert sur le budget de fonctionnement de l'EPH De saida, un montant de 200000, 00 DA du titre II, chapitre 03, article 01 conformément au tableau (B) joint à cette

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

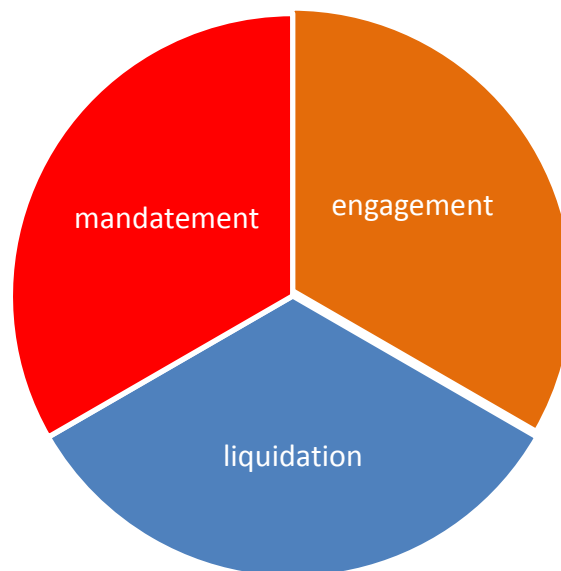
Décision.

2.3L'Exécution des dépenses:

L'exécution du budget se fait habituellement durant la période nommé "exercice "qui commence au 1 er janvier de l'année et se termine le 31 décembre de la même année, les opérations de liquidation et mandatement des dépenses se prolongent jusqu'au 31 Mars de l'année suivante.

L'exécution des dépenses passe par plusieurs étapes:

Figure n°8: les étapes d'exécutions de la dépense



Source : Eph de saïda service budget.

1-L'engagement:

C'est la première étape lors de l'exécution des dépenses de l'Eph de Saïda, c'est l'acte par lequel l'hôpital public constate à son encontre une obligation de laquelle résulte une charge. Autrement dit, c'est le fait générateur de la dépense. Il se traduit par l'affectation des crédits nécessaires au règlement de la dépense. L'ordonnateur est la seule personne chargée du chapitre budgétaire d'affectation de la dépense a qualité pour procéder à l'engagement. Pour les dépenses présentant un enjeu budgétaire important, l'ordonnateur principal ne peut engager la dépense qu'après avis préalable du **contrôleur**.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

2-La liquidation:

La liquidation est la deuxième étape de l'exécution du budget elle a pour but de vérifier d'une part la réalité de la dette et de la détermination de la somme de la dépense ,elle permet de répondre à ce que l'établissement doit réellement payer le montant demandé cette opération est élaboré aux vu des pièces et titre offrant la preuve des droits acquis par les créanciers .

3-L'ordonnancement:

L'ordonnancement est l'acte administratif par lequel, d'après l'opération de liquidation, l'ordre est donné au comptable pour payer la dette de l'Etat ou celle des autres organismes public

Il est réalisé à l'aide d'un document appelé mandat de paiement, chaque mandat est accompagné de pièces justificatives comme les bons de .commandes, les factures et les bordereaux de livraisons.

4-Le paiement :

C'est l'acte par lequel le comptable après vérification des factures procède à l'écriture des chèques destiné aux compte des destinataires.

La situation financière :

C'est un document administratif signé par le directeur de l'établissement public hospitalier est visé par le comptable ce document détermine le montant des dépenses et le taux de consommation du budget réservé à l'établissement, la situation financière peut être établie chaque mois, ou chaque trimestre.

L'ordonnancement

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Tableau n°20: récapitulatif de la situation financière de l'eph de Saïda au titre de l'année 2018

	Crédit alloué	Engagement	liquidation	Ordonnanceme nt	paiement	soldes
Chapitre 1	2826000,00	2787506,00	2787506,00	2787506,00	2787506,00	38494,00
Chapitre 3	10500000,00	10324052,00	10324052,00	10324052,00	10324052,00	176000,00
Chapitre 4	10000000,00	10959395,99	10959157,14	10959157,14	10959157,14	40842,46
Chapitre 5	1500000,00	1475709,00	1475709,00	1475709,00	1475709,00	24291,00
Chapitre 6	23000000,00	22809632,10	22803686,13	22803686,13	22803686,13	196313,87
Chapitre 7	13700000,00	1363514,87	23514,87	4223514,87	4223514,87	76485,13
Chapitre 8	36300000,00	36283826,88	36283826,88	36283826,88	36283826,88	16173,12
Chapitre 9	1150000,00	1049471,00	996252,00	996252,00	996252,00	153748,00
Chapitre 10	400000,00	135116,00	135116,00	135116,00	135116,00	264884,00
Chapitre 11	30600000,00	30542548,50	29208374,17	29208374,17	29208374,17	1391625,83
Chapitre 13	298000000,00	297472820,18	297113637,68	297113637,68	297113637,68	886362,32
Chapitre 14	12000000,00	11930169,02	11930169,02	11930169,02	11930169,02	69830,98
Chapitre 15	35000000,00	34748856,80	34748856,80	34748856,80	34748856,80	284839,20
Chapitre 16	4105000,00	294840,00	294840,00	294840,00	294480,00	3810160,00
Totale	467355000,00	461837458,34	460051001,69	460051001,69	460051001,69	7303998,31

Source : Eph de Saïda service budget

Les hôpitaux consomment la totalité du budget accordé, dans le cas contraire cela veut dire que l'hôpital a demandé un budget supérieur aux besoins et qui est supérieur aux besoins et ça sera considéré comme une mauvaise gestion.

Chapitre 3 Le financement des activités hospitalière à l'Eph de Saïda

Conclusion:

L'objectif principal de l'établissement public hospitalier de Saïda, comme tous les autres établissements sanitaires est et demeure la couverture des besoins sanitaires de la population. Pour y parvenir, il est astreint à assurer son équilibre budgétaire.

le financement de l'hôpital de Saïda connaît quelque dysfonctionnement en raison de l'insuffisance des ressources nécessaire pour couvrir la majorité des dépenses, cette insuffisance va bloquer la plupart des activités de l'établissement à savoir le recrutement le paiement des fournisseurs.....etc.

L'analyse du budget de l'hôpital de Saïda nous a permis de mettre en évidence les évolutions structurelle, économique et budgétaire de l'établissement. Il ressort de cette analyse que la gestion budgétaire de l'hôpital de Saïda n'est pas totalement satisfaisante.

Il faut donc que des décisions de gestion efficace soient prises pour équilibrer les finances et redynamiser toutes les structures de l'établissement.

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion générale:

Le système de santé algérien est un système dualiste subdivisé en deux secteurs public et privé, la gestion des soins hospitaliers et de santé publique sont assurés par le ministre de la santé et des réformes hospitalières (MSPRH), il assure aussi le contrôle d'exercice du secteur privé.

En Algérie le financement du système de santé tient principalement des parts de l'état, de la sécurité sociale et les ménages, la sécurité sociale algérienne est regroupée en cinq branches, l'assurance maladie est l'une de ses branches ⁸¹.

Les dépenses de santé croissent de plus en plus, en raison de plusieurs facteurs notamment l'accroissement démographique, la rapide propagation des maladies modernes, l'accroissement de la consommation de médicament et l'augmentation des importations.

La contribution des citoyens au financement de la santé est plus que primordiale, mais leur participation est assez modeste puisque la plus grande part des frais de santé est payée par les caisses de la sécurité sociale pour les patients ayant bénéficié d'une assurance et l'état pour les plus démunis. Peu d'Algériens pourront payer la quasi-totalité des frais de soin.

Le système de santé algérien a besoin d'une grande restructuration celle-ci part du principe de l'évaluation des modes de financements cela permet de déterminer les

Dysfonctionnements liés à la production des soins et proposer des mesures limitées en nombre et restreintes à un champ d'activité

Les axes de cette réforme peuvent se baser sur plusieurs points à savoir:

- Une réévaluation des coûts de soin par la sécurité sociale.

- Le praticien est dans l'obligation d'améliorer ses compétences et de produire des soins de qualité sûrs et efficaces afin de minimiser les surcoûts induits par la non-qualité. Il peut, par des actions de maîtrise de la qualité, économiser des moyens financiers considérables et participer à la réduction du déficit de son établissement.

- La régionalisation des soins. L'établissements

BENRAB S, Allaoua H, Op.cit. p81. ⁸¹

Conclusion générale

-L'information médicale et l'amélioration de la qualité.

- La maîtrise des dépenses de santé.

Il est utile d'essayer de diversifier les sources de financement, malgré que les ressources provenant de l'activité de l'établissement représente une source de financement non négligeable mais elles sont relativement faible, D'où l'urgence d'envisager de nouvelles possibilités de financement⁸².

IL faut impérativement faire une évaluation de la réforme mise en place dans tous les composantes de l'hôpital. Car c'est à ce niveau-les mesures doivent être mise en place, les stratégies de financements et les outils de contrôle de l'exécutions du budget de l'établissement public de santé doit être une priorité dans les actions des pouvoirs public afin de renforcer le cadre financier de l'hôpital.

Il en ressort de notre étude que le financement du système de santé algérien est assuré à grande part par l'état et la sécurité sociale et les ménages ,le financement de l'hôpital algérien est basé principalement sur le budget globale .

Le budget d'un hôpital public est divisé en deux titres les recettes et les dépenses ,ces dépenses son divisé en dépenses de personnel et fonctionnements , l'élaboration du budget passe par les prévisions les dotations primitives , les dotations complémentaire , et les affectations spéciale.

L'hôpital algérien doit se désengager de certaines activités au profit du secteur privé afin de alléger ses charges par exemple⁸³ :

- L'hospitalisation à domicile permettra une réduction des couts de l'hospitalisation classique .
- Le transport sanitaire et le transport médicalisé simple
- L'hémodialyse et la dyalise péritonéale simple.

Ikhlef S Imendjeriouane M ,Op.cit p90 ⁸²

Professeur Mohamed OUCHTATI : La réforme hospitalière, point de vue d'un praticien, Directeur de⁸³ recherche, Laboratoire des Techniques de la Qualité des Soins, Unité de Recherche en Médecine, Faculté de .Médecine, Université Mentouri Constantine, 2002, p2

Bibliographie

Bibliographie

OUVRAGE_:

- ❖ BELGHITI ALAOUI. A et al. : « Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital", éd. RABAT, Royaume-Uni ,2005.
- ❖ Faou Al: "l'économie de la santé en question, Allemagne ,France, Royaume unis ,Etats-Unis,Canada",Coll. Science humaine en médecine .paris(France);2003.
- ❖ Honoré. B et Samson. G (1994). : « La démarche de projet dans les établissements de santé», éd. Privat, France.
- ❖ Pallier Bruno : "La réforme du système de santé", éd PUF 5 coll. Que sais-je? ".

Mémoire et thèse :

- Ait Medjane Ouahiba: les réformes du systèmes de santé en Algérie : Etat des lieux et analyse mémoire de master en sciences économique option :économie de la santé ,université Abderrahmane mira ,Bejaia 2013.
- Benmansour S:Le financement du système de santé au pays du Maghreb:cas de l'Algérie, Maroc et la Tunisie, mémoire de magister en sciences économique, université de tizi ouzou.
- Benrab S Hadjar A : financement des hôpitaux publics en Algérie, mémoire en vue de l'obtention d'un diplôme de master en science Economique, option: Économie de santé, université de Bejaia ,2013.
- IKHLEF S IMENDJOURIANE M :Essai d'analyse de la gestion budgétaire d'un établissement public hospitalier en Algerie:cas de CHU de khelil Amrane de béjaia,mémoire en vue de l'obtention d'un master en science économiques option: économie de la santé université de béjaia,2012.

Bibliographie

- Kaid nouara, le système de santé algérien entre Efficacité et équité ,thèse de doctorat d'état en science économique ,université d'Alger.
- Kendi Nabila: L'application de la méthode des sections homogènes dans le calcul et l'analyse des couts dans un hôpital :cas de l'E.P.H d'Aokas,mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master en sciences économique .option: économie de la santé ,université de Bejaia.
- Ouali hacene: Essai d'évaluation des couts de vaccination en milieu scolaire : cas de la wilaya de Bejaia, mémoire de master en science économique, université de béjaia, juillet 2011.
- Ziani Zoulikha : Essai d'analyse de l'apport de la politique des dépenses de médicaments dans la Régularisation des dépenses de santé en Algérie, Mémoire de magister en sciences économiques, Université Abderrahmane Mira de Béjaia, Mai 2012.

Rapport et document:

- Béatrice Burlet : Santé publique, Econome de la santé, septembre 2010, p222.
- Dr BINDER-FOUCARD & Dr M.VELTEN: Cours du module économie de la santé, université de Paris-Dauphine.
- Organisation mondiale de la santé : Evaluation de la performance des systèmes de santé ,cent septième session ,point3,6 de l'ordre du jour provisoire ,14 décembre 2000.
- Guy carrin:Role et organisation de l'assurance maladie obligatoire en France.
- Michel Killy G : Le financement de la santé par l'assurance maladie privée, Institut économique de Montréal, 2005.
- Présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements public de santé et les perspectives de contractualisation, séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger le 31 aout 2008.

Article et revues:

- Annick C, Frédéric L: le cadre social ayant exercé à L'IGR, Villejuif, àcurie, paris, onc magazine trimestriel, février 2009.
- Dr. Marie-Josiane: SYSTÈMES DE SANTE, Mars 2013.

Bibliographie

- Emilie Sauvignet: Le financement du système de santé en France, Genève 2004.
- Mohamed Boulahrik, financement du système de santé algérien.
- OMS : Guy Carrin, Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire en France p12, Genève, Novembre 2005.
- Patricia Pittman: le système de santé et d'assurance maladie américain, Rapport n°2002-073, Washington, Avril 2012.

Les sites web:

- ❖ www.aunege.fr.
- ❖ www.beauvivier-patrimoine.com.
- ❖ www.cnss.ma.
- ❖ www.senat.fr
- ❖ <https://uexglobal.com>
- ❖ www.who.org

LISTE DES TABLEAU

tableau 1: Les dépenses de santé en pourcentage du PIB DANS LES PAYS DE L'OCDE.....	166
tableau 2: infrastructure hospitalière 2013	30
tableau 3: personnel médical	311
tableau 4: L'évolution des importations annuelle des produits pharmaceutique en algérie de 2010 jusqu'à 2016	32
tableau 5: évolution de l'espérance de vie à la naissance en algérie (en année).....	34
tableau 6: évolution du taux de mortalité générale et du taux brut de mortalité	35
tableau 7: évolution du taux de mortalité infantile en algérie.....	35
tableau 8: évolution du nombre de cas de tétanos néonatale	36
tableau 9: évolution des sources de financement en pourcentage	42
tableau 10: dépense globale de santé en pourcentage de PIB	44
tableau 11: Les services de l'établissement public hospitalier de saida.....	58
tableau 12: les recettes de l'établissement public hospitalier de saida en 2018 (Unité :DA)	63
tableau 13: dépense du personnel de l'année 2018.....	65
tableau 14: Les dépenses de fonctionnement au titre de l'année 2018	66
tableau 15: les dépenses de l'Eph de saida par titre.....	67
Tableau 16: évolution des dépenses du personnel	68

Bibliographie

tableau 17:l'évoution des dépenses de fonctionnement par chapitre (2014-2018) 70

tableau 18:le budget complémentaire de l'Eph de saida AHMED MEDEGHRI DE SAIDA EN 2018
.....75

Liste des figures

Figure 1: les sources de financement en pourcentage en 2014	423
Figure 2: évolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB.....	44
Figure 3: organigramme de l'Eph de saida	54
Figure 4: personnel de l'Eph de saida	
Figure 5: dépense du personnel de l'année 2018	65
Figure 6: dépenses de fonctionnement de l'Eph de saida 2018	67
FIGURE 7: évolution du budget primitif de l'établissement public hospitalier de saida.....	76
Figure 8: les étapes d'exécutions de la dépense.....	78

Liste des abréviations

AMO: Assurance maladie obligatoire.

CHU: centre hospitalo –universitaire.

EPH: établissement public hospitalier.

EPSP: établissement public de santé de proximité.

MG: mortalité générale.

MI: mortalité infantile.

MSPRH: ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière.

MST: maladie sexuellement transmissible.

MTH: Maladie à transmission hydrique.

OCAM: Organisme complémentaire d'assurance maladie.

OMS: organisation mondiale de la santé.

PAS: programme d'ajustement structurel.

PIB: produit intérieur brut.

SNS : service nationale de santé.

TMI: taux de mortalité infantile.

TMM: taux de mortalité maternelle.

Tables des matières :

Introduction générale.....	1
Chapitre 01:généralité sur les systèmes de santé et la gouvernance hospitalière.....	5
Introduction.....	5
Section 01:Généralité sur les systèmes de santé.....	6
1.1 Définition d'un système de santé	6
1.2 les objectifs d'un système de santé.....	6
1.3 les caractéristiques d'un système de santé	7
Section 02: Les types de systèmes de santé dans le monde.....	9
2.1 Modèle bismarckien.....	9
2.1.1Les avantage.....	9
2.1.2 les inconvénients.....	10
2.2 le modèle bévérigien.....	10
2.2.1Ses avantages.....	11
2.2.2 Les inconvénients.....	11
2.3 LE modèle libéral américain.....	11
2.3.1Le financement public.....	11
2.3.2Le financement privé.....	12
2.3.3- Les avantages du système de santé libéral.....	12
2.3.4-Les inconvénients du système de Santé libéral.....	12
2.4La réforme OBAMA.....	13
2.4.1Les options écartées.....	13
2.4.2 Les trois piliers de la réforme.....	13

2.5 le système mixte.....	15
Section 03: LE financement de la santé dans le monde.....	15.
3.1 Les dépenses en santé dans le monde.....	16
3.2 L'assurance maladie obligatoire.....	18
3.2.1 Les organismes complémentaires d'assurances maladie (OCAM).....	18.
3.2.2 Les mutuelles	18
3.2.3 Les assurances privées.....	19
3.2.4 Les institutions de prévoyance.....	19
3.5 L'Etat.....	20
Section 04: définition et organisation de l'hôpital.....	21
4.1 Définition de l'hôpital	21
4.2. les missions de l'hôpital	21
4.2.1 Les soins directs aux patients.....	21
4.2.2 La participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé	21
4. 2. 3- La formation et l'encadrement du personnel.....	21
4.2.4- Le soutien administratif et gestionnaire	22
4.3 Organisation de l'hôpital	22
4.3.1 Le conseil médical.....	23
4.3.2 Les instances consultatives spécialisées.....	25
4.2.4 Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de	25
Conclusion.....	27
Chapitre 02: Aperçu sur le système de santé algérien.....	28
Introduction.....	28

Section 01:Organisation du système de santé algérien.....	28
1.2 Les moyens du secteur sanitaire en Algérie.....	29
1.2.1L'offre de soins.....	30
1.2.2Les moyens humains.....	32
1.3 Le marché pharmaceutique en Algérie.....	32
Section 02: Etat et indicateurs de la santé en Algérie.....	33
2.1 Etat de santé de la population algérienne.....	33
2.2 Indicateurs démographique.....	34.
2.2.1 L'espérance de vie.....	34
2.2.2 la mortalité en Algérie.....	35
1. La mortalité infantile.....	35
2.La mortalité infanto-juvénile.....	36
2.3 Les situations épidémiologiques en Algérie.....	37
2.3.1- Les maladies transmissibles.....	38
2.3.1.1Les maladies contrôlables par vaccination.....	39
1. Le tétanos.....	39
2. La rougoele.....	39
3. La tuberculose.....	39
2.3.1.2Les maladies à transmissions hydrique(MIT).....	40
1.La fièvre typhoïde.....	40
2. L'hépatite.....	40

2.3 Les zoonoses.....	40
2.3.1 le paludisme.....	41
2.3.2 Les maladies et infection sexuellement transmissibles.....	41
1.le sida	41
2.3.2 -Les maladies non transmissibles.....	41
1. Les maladies cardio-vasculaires.....	41
2.Les cancers.....	41
 Section 03: Le financement et les dépenses de santé en	
Algérie.....	41
3-1-Rappel Historique sur le financement du système de santé algérien.....	41
3.1.1 Période post- indépendance.....	41
3.1.2 Période (1962-1973).....	41
3-1-3Période (1974-1988).....	41
3-1-4La période 1988 jusqu'à nos jours.....	41
3.2Les sources de financement du système de santé algérien.....	43
1. L'Etat.....	43
2.La sécurité sociale.....	43
3.Les ménages	43
3.2.1-La contribution d'autres agents économiques au financement de la santé.....	45
3.3Les dépenses de santé en Algérie.....	46
3.4 Le financement des hôpitaux en Algérie.....	48
3.4.1 Les modes de financement des hôpitaux en Algérie.....	48.
1-Le financement par le budget global.....	48

2-Le financement des hôpitaux sur la base d'un forfait par pathologie ou une tarification à l'activité.....	49
Conclusion.....	50
Chapitre 03:Le financement de l'activité hospitalière de l'Eph de Saïda.....	51
Introduction.....	51
Section 01:Présentation de l'organisme d'accueil.....	51
1.1Mission de l'organisme d'accueil.....	52
1.2Organisation de l'établissement public hospitalier de Saïda.....	53
1.2.2Le conseil médical.....	53
1.3 L'organigramme de l'eph de Saïda.....	53
1.4-Les services de l'eph de Saïda.....	54
1-La direction générale.....	56
2- Les sous-directions.....	56
1.5 Les moyens humains.....	61
Section02: La gestion budgétaire de l'eph de Saïda.....	62
2.1Généralité sur le budget.....	63
2-1-1 Les recettes.....	63
2.1.2 Les dépense.....	64
2.2. Opération et actes d'exécution du budget.....	74
2.2.1Les prévisions budgétaires.....	74
2.2.2 la dotation primitive.....	75
2.2.3 Les affectations spéciales	77
2.3 L'Exécution des dépenses.....	78
Conclusion.....	81
Conclusion générale.....	82
Référence bibliographie.....	84
Liste des tableaux	87
Table des matières	91
Liste des figures	97

Résumé

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, l'amélioration de la santé contribue au développement économique social et humain. L'éducation, le logement, l'alimentation et l'emploi ont un impact sur la santé.

La croissance démographique, le développement industriel et le développement de la technologie médicale entraînent l'accroissement des dépenses de santé, Les politiques de financement doivent donc essentiellement porter sur les moyens de mobiliser, équitablement, suffisamment de ressources en faveur de la santé.

En Algérie, le financement du secteur de la santé est à la charge de l'état, et malgré les efforts déployés pour cette pris en charge quelque dysfonctionnements ont été remarqué concernant la satisfaction des usagers et des professionnels de santé, donc le système de santé algérien a besoin d'une grande restructuration.

Mots clés: système de santé, eph de Saïda, financement des hôpitaux.

الملخص

الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، تحسين الصحة يساهم في التطور الاقتصادي الاجتماعي و الانسان لتعليم و السكن و التغذية تأثير كبير على الصحة .

يؤدي النمو الديمغرافي و التطور الصناعي والتكنولوجي إلى زيادة في نفقات الصحة وهذا ما يؤثر في ميزانية الدولة ويسبب عجز في الميزانية العامة لدولة , لذلك يجب ان تركز سياسات التمويل على كيفية لذلك يجب أن تركز سياسات التمويل على وسائل تعبئة الموارد الكافية من اجل تطوير الصحة

تقع مسؤولية تمويل القطاع الصحي في الجزائر على عاتق الدولة وعلى الرغم من الجهود المبذولة من أجل هذه الرعاية فقد لوحظت بعض الاختلالات فيما يتعلق برضا المستخدمين والمهنيين الصحيين وبالتالي النظام الصحي. الجزائر بحاجة الى اعادة هيكلة كبيرة.

الكلمات المفتاحية: النظام الصحي ،تمويل المستشفيات، المؤسسة العمومية الاستشفائية