

مجلة العلوم القانونية والاجتماعية

Journal of legal and social studies

Issn : 2507-7333

Eisen: 2676-1742

Problématique de l'évaluation des coûts hospitaliers et gouvernance publique.

Problematic of the evaluation hospital costs and public governance

Mustapha KHALDI *, ESMT Ecole Supérieure de Management de Tlemcen -
Algérie - e-mail : khaldimustapha0410@gmail.com

Date d'envoi: 27/ 03/ 2023

date d'acceptation: 01 / 05 /2023

Date de publication: 01 / 06 /2023

* Corresponding author

Résumé :

Par le biais de cet article nous avons essayé, de mettre en évidence des procédés servant à l'évaluation et la gestion des coûts produits par les établissements hospitaliers .Cette initiative est en rapport avec le projet de contractualisation et de gouvernance que les institutions de l'Etat projettent de réaliser entre les bailleurs de fonds, les prestataires et les consommateurs de services. Le mode d'organisation de l'institution publique hospitalière Algérienne est-il en mesure d'adopter les outils et méthodes de gestion modernes propres au management hospitalier ? Quel système faudrait-il instaurer pour rationaliser les ressources et moyens ? La rationalité économique se définit par une logique comptable, devant aider à la recherche d'une « vérité prix ».

Ce que l'on constate dans la réalité ; l'hôpital public Algérien, ne disposant pas d'une architecture comptable capable d'accomplir cette mission d'analyse, d'évaluation, et de maîtrise des coûts. L'hôpital public national est soumis à des règles qui respectent simplement les dépenses d'un budget. La comptabilité analytique, jusqu'ici ignorée ne s'applique que difficilement, dans une institution telle l'hôpital ; étant donné la particularité des produits de soins.

Les mots clés : Evaluation –Gestion des coûts- Etablissement public hospitalier-gouvernance publique.

Abstract:

Through this present article, we will try to highlight the processes used for the evaluation and management of the costs produced by public hospitals. This initiative is related to the contracting and governance project that the State institutions plan to carry out between the donors; service providers and consumers. Is the mode of organization of the Algerian public hospital institution able to adopt modern management tools and methods specific to hospital management? What system should be established to rationalize resources and means? Economic rationality is defined by an accounting logic, which should help in the search for a “price truth”. What we see in reality; the Algerian public hospital, not having an accounting architecture capable of accomplishing this mission of analysis, evaluation, and cost control. Obeys rules that simply respect the expenses of a budget. Analytical accounting, ignored up to now, and managers find difficulties to apply it in an institution such as a hospital; given the particularity of the care products.

Key words: Evaluation – Cost management – Public hospital establishment – public governance

Introduction :

Le système proposé par les pouvoirs publics depuis l'année 2010, et mis en pratique jusqu'actuellement par les hôpitaux publics nationaux à savoir le système des trois modes de comptabilité intégrée (TRICOH)¹ ne semble pas répondre aux besoins des gestionnaires. Les récentes enquêtes et études entamées auprès des structures de « calcul des coûts » instaurées au niveau des hôpitaux publics » soutiennent que le procédé actuel nécessite que en l'absence des logiciels de traitement des données médicales ; financières ; et économiques à l'image du PMSI (le programme de médicalisation des systèmes d'information) afin que les gestionnaires puissent être informés de la nature et de la consistance des coûts et permettre leur permettre de rationaliser les moyens afin d'améliorer la gestion dans son ensemble.

Dans les entreprises privées économiques, la gestion évolue constamment. Dans le secteur public, la gestion financière des organisations à l'image de l'établissement hospitalier public Algérien, on se propose de cerner la question en énumérant quelques hypothèses, qui semblent cependant essentielles et qui concernent l'instauration des outils de de gestion modernes, l'adoption de nouvelles méthodes de calcul des coûts propres aux structures de la santé, ainsi que l'adoption des normes de gouvernance hospitalière.

Il y a de nombreuses réformes de la santé dans le monde qui sont abordées sous les termes du financement, qui est un facteur clé dans la détermination de l'organisation de la santé. En Algérie, la réhabilitation envisagée des hôpitaux ne peut abandonner cette logique.

Les dépenses de santé reflètent des proportions croissantes d'une manière significative par rapport à celles du PIB, Ceci a conduit à la mise en place de politiques de maîtrise des dépenses de santé, qui sont présentées partout comme l'un des principaux éléments d'une politique de santé. En Algérie, comme dans d'autres pays, le problème de la forte croissance des dépenses affecte lourdement les budgets publics.

L'Algérie connaît depuis la fin des années 80 un problème alarmant de coûts de la santé et de développement, un ralentissement de la croissance économique, une contraction des ressources nationales et des difficultés de financement des fonds de sécurité sociale. Bien que les dépenses de santé en Algérie (aux environ de 6,2 % du PIB en 2019).Atlas Mondial des données.

Problématique

Comme cadre d'analyse de l'efficience ; et du niveau de rentabilité de la production des prestations hospitalières, la comptabilité analytique « hospitalière » ; n'est-elle pas le cadre essentiel à instaurer, afin de garantir la maîtrise des coûts. La mise en pratique de la comptabilité analytique est-elle en mesure, de répondre à la question du prix de revient de journée hospitalière. Le dualisme comptabilité publique, et normes de gestions d'entreprise moderne, à caractère lucratif, ne constitue-t-il pas une entrave à la progression de l'institution hospitalière publique ; dans la mesure où celle-ci, est appelée à être concurrentielle, et complémentaire au secteur privé de prestation de soins. La mise

en pratique de la comptabilité analytique est-elle en mesure, de répondre à la question du prix de revient de journée hospitalière.²Dans le cadre de la réforme ; et dès l'année (2004) les structures de santé publiques, furent dotées d'un guide, sous forme de canevas, ayant pour objectif l'instauration de la comptabilité analytique, ainsi que la création d'une structure « calcul des coûts ». En Algérie, concernant l'hôpital public ; le budget est décidé en rapport avec la capacité d'accueil de l'établissement ainsi que le nombre de journées réalisées.

Expérimentation de la méthode de calcul des Coûts (Méthode ABC – Méthode des Sections homogènes :

L'étude que nous avons abordée ; s'intègre dans le schéma d'application de la méthode des sections homogènes qui fut adoptée comme outil expérimental de calcul des coûts produits par les hôpitaux publics. A noter que l'expérimentation de la méthode des sections homogènes et la méthode (ABC) Activity Based Costing, relativement similaire à la méthode de coûts complets pourra servir aux instances de la planification dans l'élaboration d'une échelle de coûts sur la base des informations récoltées à partir des bilans des différentes activités médicales, économiques et financières d'un hôpital public et dont la base de données statistiques serait puisée auprès de la structure chargée de l'évaluation et du contrôle des coûts instaurée au sein de l'établissement. (CHU de Tlemcen).

Notons par ailleurs que plusieurs tentatives d'évaluation des prestations médicales et économiques, furent expérimentées au sein des hôpitaux publics notamment, néanmoins en l'absence d'un système d'information intégré toutes les opérations qui ont été menées jusqu'alors n'ayant pas réalisé le but recherché à savoir la confection d'un tableau de bord reprenant les différents coûts de revient des prestations produites par les services cliniques.

Méthodologie utilisée pour l'appréciation des coûts des produits de soins et prestations hospitalières :

-Il s'agit dans une première étape d'élaborer une cartographie mettant en évidence le circuit des patients. Dans son circuit de prise en charge ; le patient est suivi par une grille de relevé des activités pour mesurer le temps passé par chaque intervenant. Parallèlement ; une grille reproduisant les actes demandés ainsi que les consommables utilisés et établie au cours de l'hospitalisation.

-La deuxième étape de l'étude ayant servi, à la collecte des données médicales, économiques élaborées par les différentes structures de gestion des ressources toutes natures confondues ; ainsi que la mise en forme des relevés (grilles) de traçabilité des activités et des différentes tâches opérationnelles exécutées par les intervenants durant l'exécution de leurs métiers .

-La troisième étape consistant à la conception des grilles de saisie.

La quatrième phase a concerné le traitement des données médicales, économiques, financières et comptables, ainsi que d'autres informations d'ordre administratif.

-L'identification des activités : qui sert à affecter les ressources en fonction des quantités réellement utilisées à travers toutes les étapes de la prise en charge des patients.

-L'évaluation du coût de chaque activité : qui consiste à l'utilisation des grilles de saisies dans les lesquelles sont reportés le volume de temps passé réellement pour chaque activité, ainsi que les consommables utilisés.

-La définition des inducteurs : Pour les activités liées directement aux patients ; l'inducteur de coûts sera le temps passé en personnel consommé par ces activités pour chaque patient .Pour les activités de soutien, les inducteurs de coûts sont principalement : le nombre de consultations réalisées ; le nombre d'hospitalisation opéré par le service prestataire. L'affectation du coût des activités aux objets de coûts : par rapport à notre étude ; l'objet de coût est défini par le « patient ». ou exactement la prise en charge de la pathologie.

La méthode de calcul qui fut expérimentée pour l'appréciation des coûts s'agissant de notre cas d'étude ; elle se réfère à l'usage des deux méthodes associées : (méthode ABC et sections homogènes Les activités sont définies en fonction du circuit des patients et leur prise en charge se définit ; par rapport à des étapes précises : admission à la consultation, étape de pré-anesthésie ; étape en peropératoire ; et prise en charge en hospitalisation.

La méthode des sections homogènes qui a l'avantage de nous renseigner sur les dépenses hospitalières des différents services ne peut en aucun cas nous produire un coût réel de l'activité clinique. Deux méthodes ont été associées pour cette étude aux fins de valoriser les coûts, la méthode des sections homogènes et la méthode (ABC : Activity Based Costing). La première consiste en l'utilisation des centres de coûts principaux et auxiliaires pour l'extraction des unités d'œuvres, la méthode (ABC) intervient dans le processus de calcul pour valorisation des inducteurs d'activités, notamment de complexité.

Chapitre 1 : Financement des budgets de la santé et gouvernance hospitalière

1.1. Les dépenses publiques de la santé :

D'une manière générale, les dépenses publiques de santé représentent les dépenses qui sont financées par l'impôt, les dépenses de sécurité sociale , les subventions destinées à couvrir une partie des dépenses de fonctionnement des établissements médicaux et les opérations d'ajustements effectuées par les pouvoirs publics pour résoudre les déficits budgétaires de différents établissements appartenant au secteur de la santé .Le taux de croissance de ces dépenses a été très élevé, après une combinaison de plusieurs facteurs ; Vieillesse, l'évolution démographique, épidémiologique et démographique, évaluation du niveau de vie individuel, doublement des infrastructures de santé et couverture sociale universelle.

On enregistre une augmentation importante des budgets de la santé entre les années soixante-dix et les années deux mille canalisées par des déséquilibres financiers importants soit un taux de financement de 80 %des dépenses de santé qui sont financées par les recettes publiques.

Quelque soit le système adopté par un pays ; il n'en demeure pas moins que les avis des citoyens (consommateurs de soins) varient énormément. De plus les

concepts de promotion de la santé et d'éducation pour la santé semblent être moins maîtrisés, tant par les usagers du système de santé, que par les gouvernants.

Les réformes actuelles en matière de sensibilisation de la population visent à impliquer le citoyen dans la gestion de leur propre système de santé ; ce qui n'est pas le cas des pays en voie de développement .Par ailleurs, les systèmes de santé européens développent leurs programmes de santé autour d'une politique de santé préventive, ce qui veut dire ; le renforcement des soins de base.

S'agissant du concept « santé publique », la Santé n'est plus considérée uniquement comme « Non-maladie » par opposition, mais elle comporte d'autres axes tels que : la prévention ; l'environnement ; les questions de société ainsi que le financement des coûts relevant de la Santé. La réduction des inégalités d'accès aux soins étant l'objectif fondamental et prioritaire de nombreux programmes, plans et ou politique nationale et de ce fait le processus d'évaluation des moyens et la qualité des soins demeure indispensable. Aussi, par manque d'évaluation des programmes et des budgets de santé, la prise de décision est rendue difficile à l'échelle des gouvernants quant aux moyens à mettre en œuvre et au choix des priorités et stratégies opérationnelles à adopter.

1.2. Le problème de la maîtrise coûts de la Santé :

A l'heure de la crise mondiale actuelle face aux nombreuses contraintes de financement ; provoquant un déséquilibre des budgets et des caisses de sécurité sociale suscite un bon nombre de questionnements à savoir : quelle réforme doit on adopter afin de garantir l'accès aux soins à l'ensemble de la population à moindre coût ? quel serait le modèle « standard » le plus performant à instituer au vu des disparités politiques, sociales, économiques et culturelles que peut proposer l'organisation mondiale de la Santé (OMS) à l'attention des gouvernants au niveau international ? du point de vue du financement , peut-on cibler un pourcentage de la PIB (produit intérieur brut) permettant de supporter les coûts de Santé ?

S'agissant des réformes entamées partout dans le monde , il est clair que les pouvoirs publics devraient donner beaucoup plus d'autonomie de gestion aux institutions hospitalières visant à l'introduction de méthodes nouvelles de gestion propre aux techniques de management hospitalier avec actualisation des programmes et logiciels de gestion intégrée (implantés au sein des structures de santé Européens et Amériques du Nord , Australie et quelques pays d'Asie et d'Amérique Latine). La redéfinition des établissements hospitaliers et leur adaptation aux normes universelles en matière de gestion administrative et financière sachant que les établissements de santé ; dotés de l'autonomie financière auront plus à s'orienter vers la politique de « contrats d'objectifs » parrainée par les pouvoirs publics (Ministère de la Santé). Sur le plan de

l'organisation ; La reconstitution de la carte sanitaire ainsi que la normalisation des effectifs est supposée réduire les inégalités dans la répartition des ressources humaines et matérielles entre les régions.

Le passage d'un système traditionnel qui avait pour caractéristique le financement des structures à un système de financement des activités nécessite au fait le renforcement des procédures de contrôle et d'évaluation des coûts par l'institution « d'agences » ayant comme attributions : l'orientation des programmes de Santé, l'évaluation des coûts des activités ainsi que la production des indicateurs de gestion.

Concernant l'Algérie ; La période 1990-2000 a été marquée par un « processus d'adaptation à l'évolution socio-économique du pays » la stratégie mondiale de « la santé pour tous » de l'organisation mondiale de la santé OMS se trouve confrontée à des difficultés de financement des systèmes de soins Donc la nécessité s'impose de l'allocation des fonds des établissements de santé sur des critères de coûts et de résultats.

Le mot contrat puise son origine dans le mot latin « contractus » qui signifie engagement de personnes. Selon le code civil Français, il est défini comme un accord de volonté destiné à produire de effets de droit, et plus particulièrement des obligations.³

La mise en place du système de calcul des coûts par l'utilisation de la méthode des sections homogènes concerne l'ensemble des établissements à partir de l'année 2002 (CHU-EHS-SS) ; l'objectif étant de permettre aux établissements d'établir les tableaux de bord pour la maîtrise des coûts ; la connaissance des coûts servira en l'occurrence à la prévision, à la négociation ainsi que comme moyen de contrôle de l'allocation budgétaire.

1.3. Les caisses de sécurité sociales Algériennes :

Les dépenses publiques de santé sont couvertes par les deux caisses de sécurité sociale ; la Caisse Nationale des Assurances sociales (CNAS) et la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale des Non-Salariés (CASNOS) dont Les recettes proviennent des cotisations obligatoires (patronales et salariés). Les taux de cotisation sont fixés par la législation et la réglementation des instances de l'Etat. Les risques santé couverts par ces caisses d'assurance sociale sont la maladie, la maternité, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles. La CNAS est chargée de couvrir les prestations en nature et en espèces, la CASNOS n'assure que des prestations en nature. Les prestations en nature (CNAS et CASNOS) concernent le remboursement des frais médicaux et des médicaments, notamment :

Les frais pharmaceutiques, les frais médicaux les frais d'hospitalisation, les frais d'optique médicale les frais d'appareillage et de prothèse, les frais de rééducation fonctionnelle, les frais de réadaptation professionnelle, les frais de transport médicalisé ...

A travers le monde , plusieurs associations ont vu le jour aux fins de promouvoir les instances de sécurité sociale ; c'est ainsi que l'(AISS) qui est l'organisation

internationale mondiale principale qui rassemble les administrations et les caisses nationales de sécurité sociale développe beaucoup d'efforts et de moyens dans l'objectif d'informer les différents partenaires des systèmes assurantiels et sociaux, de piloter des plates-formes de recherche, de l'expertise pour ses membres afin de construire et de promouvoir des systèmes et des politiques de sécurité sociale dynamique à travers le monde. Nombre des efforts déployés par l'AISS pour promouvoir les bonnes pratiques par le biais de dix Commissions techniques, gérées avec l'aide du Secrétariat général par les organisations membres qui les composent.⁴

2. La politique de financement du système de soins :⁵

La politique de financement de tout système de soins est dépendante du niveau des ressources affectées au secteur d'une part et d'autre part de la manière dont sont effectués les emplois qui s'y rattachent. Concernant les ressources affectées aux dépenses de santé, les interactions macroéconomiques peuvent être expliqués de la manière suivante :

2.1. Sur le plan des ressources et des emplois :

Les assurances sociales prélèvent les cotisations obligatoires ; dans la limite d'un plafond qui fût révisé progressivement et relativement proportionnel aux salaires de postes ; induisant les employeurs et les salariés. L'ensemble de ces ressources ainsi que les prélèvements effectués par les mutuelles, étant affecté à la couverture des dépenses de fonctionnement et d'investissement pour le compte de la santé publique ; une part des prélèvements d'impôts effectués par l'Etat, sur l'ensemble des agents économiques (entreprises et ménages).

Deux contributions forfaitaires peuvent être citées : la première concerne le trésor ; qui opère pour le compte de l'Etat et donc de l'ensemble des contribuables ; la seconde ; émane de la sécurité sociale pour le compte des assurés sociaux et donc des salariés. Ces contributions vont être versées directement aux structures de soins publiques ; qui en assurent la prise en charge sanitaire de base du système de santé (secteurs sanitaires et unités de soins de base).

L'ensemble des soins effectués à titre ambulatoire dans le secteur privé et prescrits par le secteur public, sont remboursés pour les médicaments et autres produits rattachés aux soins (lunetterie-produits de laboratoires –radiologie), les hospitalisations opérées dans le secteur privé ne sont pas concernées par le remboursement.

Des prises en charges de frais pour soins à l'étranger des ménages assurés (concernent les dépenses d'hospitalisation pour les maladies complexes généralement).

On relèvera qu'une partie des dépenses se traduit par : l'importation des médicaments et les envois pour soins à l'étranger. Le système des soins national à été reconduit dans ses formes d'organisation traditionnelles, et financé par le biais de trois formes de procédures. Une part importante prise en charge par les collectivités publiques représentant 60% dans la couverture ; La prise en charge d'une catégorie spécifique par la sécurité sociale (Catégorie des assurés sociaux) ; ainsi que la prise en charge des dépenses de soins par les malades eux-mêmes. Le

financement des dépenses de santé effectué au niveau de tous les établissements et secteurs sanitaires ; est assuré par l'Etat donc et la sécurité sociale ; les autres partenaires sont considérés comme négligeables, du fait de leur faible participation, les structures parapubliques constituent ; les unités sanitaires couvertes par la sécurité sociale et les entreprises publiques. Un réseau d'unité de soins a été créé, par le biais de l'action sanitaire sociale et familiale, financé par le biais d'une part des cotisations sociales. Le réseau étant constitué de centre médico-sociaux, de cliniques, de maternités, de petits hôpitaux et de centres de repos et de rééducation. L'assurance sociale finance aussi les frais occasionnés par les soins à l'étranger. De manque de certain spécialistes nécessitant la mobilisation des ressources et personnel qualifié le transfert des malades à l'étranger. Cela ne concerne pas toutes les pathologies, on peut citer les cardiopathies, les maladies cancéreuses, les maladies de l'œil, les maladies rénales.

3. Sécurité sociale et prise en charge des prestations de Soins :

Le monde économique moderne n'exclue en aucun cas l'importance des systèmes de protection sociales du développement économique d'une nation donnée .Ces derniers expriment le mode de couverture contre les différents aléas et risques que couvrent en général les opérations de production et d'échanges ; et la vie sociale en particulier. Pour cela, chaque pays établit son modèle de vision sociale en la matière .Le mode de protection sociale retrace dans son ensemble les caractéristiques du système économique de production et d'échange socialiste et capitaliste, qui sont les deux principaux régimes politico-économiques régnant dans le monde. L'objectif fondamental de la prévoyance sociale restera un élément commun dans chacun des deux systèmes économiques .Les lois de fonctionnement et la gestion des systèmes de sécurité sociale sont différentes selon le cas où le système fonctionne suivant les principes des politiques libérales ou encore une économie planifiée centralisée. Nous déduisons que la protection sociale universelle est représentée par deux systèmes relativement opposés.

En Algérie, l'organisme de la sécurité sociale se caractérise par le renouvellement depuis 1984.Le modèle adopté en 1962 se caractérisait par la pluralité des régimes Le régime général des salariés regroupait l'ensemble des salariés ou assimilés affiliés à l'industrie du bâtiment du commerce et de l'industrie. L'autre régime concernait celui des fonctionnaires : salariés administrations publiques il est constitué par un certain nombre de régimes spéciaux.

Le ministère de la santé, ayant instauré des règles de gestion moins bureaucratiques donc moins rigides par la décentralisation des pouvoirs. L'innovation se situerait à deux niveaux :les structures de gestion et les moyens de financement pour le premier point ,la mise en place d'un conseil d'administration composé de représentants du ministère de la santé des finances des compagnies d'assurances des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de wilaya d'un délégué des personnels médicaux, d'un représentant des associations d'usagers et celui des médicaux pour les CHU , ce conseil mandaté pour trois ans délibère sur toutes les questions liées à la gestion de l'établissement

mais soumet ses conclusions à la tutelle pour approbation ; L'intérêt selon le ministère de la santé consiste à décentraliser toutes les prérogatives au profit des responsables locaux.

La décentralisation des pouvoirs de décisions devrait apparaître à deux niveaux les structures de gestion et les ressources de financement ; l'autonomie sur le plan de la comptabilité octroie plus de possibilité de financement. L'établissement pourra assurer une prestation de services payants à des malades non hospitalisés. Pour l'exemple des malades externes pourront bénéficier du scanner à l'hôpital donné à des tarifs moins élevés que le secteur privé. Les recettes seront également assurés par les remboursements des assurances au titre des dommages corporels accidents de la route, victimes des dégâts couverts par la (SAA, la CAAR) etc..

Les institutions sanitaires pourront contracter des conventions avec des entreprises industrielles et commerciales pour des suivis et la couverture médicale de leurs personnels les collectivités locales devront verser des subventions en fonction de leurs capacités. Il demeure cependant que les sources de financement les plus importantes sont ; les subventions de l'Etat et la caisse d'assurance sociale. Le trésor public continuera à prendre en charge la prévention, les urgences médicochirurgicales ; la recherche médicale ; le planning familial, ainsi que les citoyens démunis sociaux. Les assurés sociaux sont couverts par leurs cotisations le malade non assuré sera à la charge des collectivités publiques locales (APC : les assemblée populaires communales).

4. Les mécanismes de financement du secteur public :

Durant la période allant de 1962 à 1974 les modalités de paiement s'effectuaient sur la base d'un prix de journée et d'une tarification des actes. Une deuxième période durant laquelle il fut mis en place le régime de la médecine gratuite allant de 1974 jusqu'à nos jours ; cette période étant caractérisée par des procédures d'allocation des ressources par effet de budget globalisé (budgétisation qui fut substituée à l'ancien mode basé sur la tarification au prix de journée).

1-Le mécanisme de financement basé sur le prix de journée :

Le mécanisme de financement actuel a imposé aux institutions la tenue d'une comptabilité, devant déterminer les coûts de journées. Seulement le cadre de gestion n'ayant pas changé ; étant donné les incohérences qui devaient apparaître, mettant en doute toutes les tentatives de changement ; les pouvoirs publics continuent à allouer les budgets aux hôpitaux sans considération de critères d'efficacité. Le contrôle de l'exécution des dépenses budgétaires obéit aux règles de la comptabilité publique classique.

L'hôpital public algérien devrait-il changer de statut juridique ; car il a besoin d'une autonomie de gestion ; qui lui permettra de fixer des niveaux de performance basés sur plusieurs critères d'activité ; et par voie de conséquence, l'aboutissement vers la voie de la contractualisation, pouvant contraindre les professionnels ; à améliorer leur prestations et les gestionnaires à rationaliser les dépenses budgétaires.

2-Le système de financement socialisé :

L'instauration de la gratuité va entraîner, une réforme dans les procédures d'affectation des crédits budgétaires de l'Etat (budget central), ainsi que les crédits relevant des caisses de la sécurité sociale qui représentent au fait ; les deux sources principales du financement du secteur public, composé de l'ensemble des hôpitaux et des structures légères de soins, le secteur public est financé par trois sources distinctes correspondant aux trois catégories de malades ⁶:

- Les ressources propres :

Elles proviennent des paiements effectués par les malades payants ayant bénéficié des prestations dans le secteur public ; mais qui ne sont pas couvertes par une quelconque assurance sociale (les professions libérales, les commerçants...).

- Les remboursements de frais :

Devraient provenir des assurances sociales (ensemble des régimes) en contrepartie des soins dispensés aux assurés ou à leurs ayant-droits hospitalisés. Ces remboursements étaient calculés ; sur la base d'une tarification ayant comme support un « prix de journée » fixé annuellement par les autorités de tutelle ; calculé sur la base de l'année antérieure. Il est à préciser que durant la période (1963 à 1973) ; les assurances sociales et en particulier le régime général ; n'assuraient le remboursement de leurs créances ; qu'à la limite des 30% pour la couverture des prestations hospitalières.⁷

- Les avances de l'Etat :

Elles sont constituées par les versements effectués par le trésor, pour le compte de l'Etat , et de la caisse de solidarité des départements et des communes ,pour le compte des collectivités locales. Elles représentent le financement des prestations effectuées ; au profit des personnes, relevant de l'assistance médicale gratuite (Le trésor devant couvrir 85% , les départements 8% et les communes 7%). En pratique , ces avances ne devraient couvrir que la part des dépenses d'hospitalisation . Ainsi donc « tant les malades payants que les assurés sociaux ; par le biais de leur assurances sociales, vont se révéler de mauvais payeurs ; d'où les difficultés chroniques vont s'installer progressivement au niveau des hôpitaux, mettant constamment leur balance financière en difficulté, le problème est alors posé en termes de déséquilibres financiers des structures de santé ; et donc de leurs modalités de financement ».⁸

5. L'instauration du forfait hospitalier :

La gratuité des soins instaurée en 1974 ne va pas entraîner un changement dans le procédé de financement des dépenses .Il fût stipulé que « l'Etat et les organismes publics qui en dépendent financent les secteurs sanitaires », c'est ainsi que le système de financement traditionnel est maintenu, néanmoins les modalités et règles de participation au financement des différents agents vont devoir être unifiées. L'obstacle financier pour l'accès aux soins va être levé sur le plan individuel et sera transféré vers une prise en charge collective des dépenses du secteur public. Les deux principaux bailleurs de fonds, l'Etat et la sécurité sociale

se trouvent impliqués d'avantage, d'une part pour ce qui concerne les subventions allouées par l'Etat aux hôpitaux, préétablies et fixées quel que soit par ailleurs le volume médico-économique enregistré ; et d'autre part la sécurité sociale, assurant le recouvrement d'une partie des dépenses par le biais du trésor . C'est ainsi que l'ancien système de gestion ; basé sur la tarification en termes de « journées hospitalières », se trouve abrogé ; considéré comme étant, un mauvais indicateur de résultats car, basé sur le prix de journées d'hospitalisation . Cette procédure ; conduisait les gestionnaires ; à maximiser le nombre de journées ; pour obtenir plus de crédits correspondants.

5.1. L'instauration du budget global :

C'est au niveau du secteur sanitaire que s'effectue l'élaboration du budget prévisionnel qui doit couvrir l'ensemble des dépenses de santé, la gestion budgétaire obéit aux principes de la comptabilité publique. C'est ainsi que les crédits sont alloués aux structures par le biais d'un compte spécial et les receveurs des contributions diverses en constituent les payeurs.

La gestion des crédits est soumise à un contrôle périodique (vérification de la conformité des dépenses , blocage des paiements en cas de dépassements) , la gestion réelle s'opère à un niveau central ; car à la base on assiste uniquement à une gestion de trésorerie . Les prévisions budgétaires sont effectuées au niveau de la direction centrale du budget du ministère de la santé ; qui sont présentées par la suite au ministère des finances lequel, fixe la part qui sera prise en charge par le budget de l'Etat, et détermine ainsi le financement « complémentaire » aux assurances ; par le biais du « forfait hospitalier ».

Au niveau macro-économique c'est l'Etat (ministère des finances) qui entreprend le rôle d'arbitrage entre les intérêts de la collectivité (sécurité sociale – organes payeurs) et les agents du système de soins représentés par le (le ministère de la santé) . En raison du manque de règles de gestion préconçues , et vue l'absence de comptabilité analytique , la démarche utilisée par la majorité des gestionnaires consiste à dégager par titre de dépenses , une moyenne des dépenses réalisées au cours des trois exercices antérieurs . Cette moyenne est majorée par un taux d'actualisation forfaitaire ; et en constitue l'indicateur de départ, pour toutes les prévisions budgétaires effectuées.

Finalement, les secteurs sanitaires se retrouvent la plupart du temps, dans une situation d'excédents et de déficits de façon permanente, cela se traduit par l'incapacité pour les établissements à dépenser, la totalité de leurs crédits, par les « restes à payer » qui sont cumulés souvent sur plusieurs exercices .⁹.

En l'absence de règles précises de gestion en matière d'affectation et de contrôle des ressources conduisait à une excroissance de coûts sans rapport avec le volume d'activité . Alors que la gratuité va se transformer en une non prise en compte des coûts véritables , les mécanismes d'accès aux ressources financières n'étant accompagnés, d'aucune procédure interne ou externe ; s'assurant que ces ressources sont rationnellement utilisées. Le forfait hospitalier ; qui sert en

principe à financer les prestations fournies aux assurés sociaux par le secteur public (l'hospitalisation) ; finance largement le système public de soins, par suite du désengagement progressif du budget de l'Etat. Dans le secteur public de soins, érigé en secteurs sanitaires¹⁰, l'accès est gratuit pour toute la population et le financement est supporté par la sécurité sociale et le budget de l'Etat conjointement. Vu que les structures de soins publiques fonctionnent à l'équilibre et que leur finalité se résout à un objectif social ne recherchant pas de profit, on peut considérer leurs dépenses comme étant l'expression des coûts financiers des soins qu'ils dispensent. Deux constats peuvent être mis en relief : sur le plan des ressources, on assiste à une croissance explosive des dépenses qui sont financées en majeure partie par la sécurité sociale. Sur le plan des ressources-dépenses, cela s'explique naturellement par l'excroissance de l'offre de soins (Croissance des dépenses entre 1974 et 1980 (5% en 1975 à 88% 1980) ; opérés par les secteurs sanitaires. Le titre de dépenses de personnels est considéré comme étant le plus lourd dans les structures de santé publiques, il consomme plus de 65% du budget global de fonctionnement. En plus de la rémunération des salariés dont la charge est supportée par les pouvoirs publics, celle des médecins privés est aussi largement socialisée, le remboursement des frais est supporté à concurrence de 80% par la sécurité sociale en couverture des prestations dont bénéficient les ménages et les particuliers. Les dépenses de personnels figurent cependant dans la catégorie des coûts fixes, car ils ne varient pas en fonction du volume d'activité. L'activité des unités de soins demeure au-delà des résultats escomptés une activité de service basée sur le personnel.

Le système d'allocation de ressources basé sur le forfait et le budget global semble ne pas favoriser l'effet de rationalité de la gestion. En France, l'expérimentation en a été faite, l'opération de rationnement des dépenses ; qui fût basée sur le budget global a été remplacée en 2004 ; par le système de tarification à l'activité ; intégrant le calcul des coûts par pathologie, avec comme support d'information et de traitement des données ; le PMSI l'équivalent des D.R.G : Diagnoses Related Groups (DRG) ou (GHM) groupes homogènes de malades piloté par le Programme de médicalisation du système d'information, mis au point par le Prof.Fetter de l'université de Yale (USA)..

-L'indice synthétique d'activité (ISA) :¹¹

Le calcul des coûts selon l'auteure concerne la mission curative et thérapeutique puisque les activités analysées sont la Médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) de court séjour. l'objet de coût est le Groupe Homogène de Malade (GHM), l'objectif affiché est dans un premier temps l'allocation des ressources ce qui implique un mode de contrôle externe. L'ISA est une échelle de coûts relatifs permettant de situer les consommations de ressources des différents types de séjours. La construction de l'échelle de coûts se fonde sur la base nationale. L'ISA qui est un indice de mesure de l'activité hospitalière et qui permet d'expliquer la variation des ressources déployées par un établissement et consommées par les patients.

Le calcul des coûts par pathologie :¹²

Le coût par pathologie est une étape relativement récente d'un processus visant à cerner la production hospitalière d'une part et d'autre part à expliquer les coûts. Dans le cadre des réformes du financement hospitalier visant la maîtrise des coûts les autorités ont opéré des études nationales et régionales portant sur les coûts par pathologie en vue de créer des échelles de coûts. Ces échelles de coûts devaient servir de références dans le cadre de comparaisons inter hospitalières, ainsi que dans l'élaboration d'une politique tarifaire (échelles tarifaire).

Chapitre 2 : Proposition d'une méthode d'évaluation du Coût unitaire des épisodes de soins ¹³ produits au niveau des Urgences Médico-chirurgicales.

Lieu de L'étude : Hôpital C.H.U de Tlemcen (Algérie).2022

Introduction :

Les études récentes entamées auprès des structures nationales de « calcul des couts » instaurées au niveau des hôpitaux publics » soutiennent que le procédé actuel servant à évaluer les coûts des activités et des produits de soins n'est pas adapté à la situation et ce en dépit de l'absence des logiciels de traitement des données médicales ; financières ; et économiques à l'image du PMSI (le programme de médicalisation des systèmes d'information). Les gestionnaires mal informés de la nature et de la consistance des coûts ne peuvent se permettre de rationaliser les moyens et par voie de conséquence, ne pouvant pas améliorer la gestion dans son ensemble. Il faut néanmoins rappeler que le système de calcul des coûts proposé par les autorités de tutelle souffre de l'absence d'un réseau d'information médico-économique devant renseigner l'ensemble des partenaires du système de santé sur les coûts et les dépenses engagées sur l'ensemble des activités entreprises par les établissements de santé

2.1. Objectifs espérés de l'étude

Il s'agit à travers cette d'étude de présenter une méthode de calcul devant associer les règles de la méthode de calcul des coûts traditionnelle à celle de la méthode afin de construire une échelle de coûts élaborée par nature de prestation ayant pour effet la mesure du produit hospitalier en préparatif à l'instauration du financement basé sur les contrats entre les institutions hospitalières publiques et privées et les différents partenaires du système de santé national.

2.2. Le champ de l'étude

Le nombre de passage des patients vers les urgences médicales et chirurgicales prend un essor important au vu des transferts effectués par les hôpitaux à partir des hôpitaux de proximité vers les Centres hospitaliers Universitaires (CHU et EHS). Plusieurs raisons obligent les praticiens à ventiler leurs patients vers les structures de spécialités et en l'occurrence vers les UMC des C.H.U (censés être dotés suffisamment de moyens humains et matériels) pour deux raisons particulières le manque de spécialistes et /ou le manque de moyens (plateau technique). Les services des urgences sont classés selon leur niveau de technicité et de normes d'équipements. On distingue trois niveaux d'après la classification internationale :

- Les services d'accueil et d'orientation.

- Les services de traitement des urgences « ordinaires ».
- Les Services de traitement des « Urgences Spécialisées

2.3. La population des Urgences Médicales et chirurgicales :

S'agissant des patients fréquentant les urgences, la connaissance des comportements et leur pathologie est relativement limitée. Une étude fût élaborée en France qui consiste à classer les malades admis aux urgences selon une échelle de gravité clinique. La (CCMU)¹⁴ nomenclature des hôpitaux de France, qui permet de connaître le degré de gravité et l'état du patient. L'utilisation de cette échelle aurait l'avantage de disposer des informations sur les pathologies traitées et ainsi de comparer l'activité des établissements publics et privés. La mesure de l'activité des urgences est effectuée à partir du dénombrement des passages. Le passage étant une unité de compte pour la tarification à l'activité T2A)¹⁵ dans les établissements publics et privés Français (accueil et traitement des urgences).

2.4. L'activité des S.A.M.U. (Les unités mobiles de secours médical d'urgence)

Elle est évaluée en nombre de sorties c'est-à-dire le nombre d'interventions médicalisées effectuées par une unité mobile hospitalière ayant pour but d'apporter des soins aux blessés, malades ou parturientes, on distingue les sorties primaires des sorties secondaires (transfert d'un établissement vers un autre à titre d'exemple).

L'épisode de soins ou « Package » qui est représenté par l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'une même sortie admission ou passage aux urgences (consultation-radiologie maintien en observation, soins d'urgences.

2.5. Les Actes techniques de médecine Conventionnels.

La prise en charge dans le domaine des urgences hospitalière est concrétisée par un processus de soins qui nécessite à cet effet la mise en œuvre des moyens techniques, matériels et humains en s'inspirant du modèle conventionnel de définition et de répartition des tâches relevant de l'activité des urgences ; la prestation des soins a été scindée en : soins légers ; soins courts et soins lourds :

Les Soins légers < 10 mn (actes à coefficient (1)) :

- Le Prélèvement : les tests de prélèvements concernent :
- La Surveillance du Patient : (01et/ou 02 auxiliaires de soins)
- Les Gestes d'Hygiène :

1.1. Les Soins Courts dont la durée est comprise entre (10 à 40 mn): (coefficient (4))

Les soins courts qui peuvent être prescrits dans la prise en charge des patients et décrits selon la nomenclature des tâches comme suit :

- Aérosols + oxygénothérapie.
- Gazométrie avec résultats.
- Surveillance de drains (changement)
- Surveillance de pousse seringue.
- Soins préopératoires.
- Perfusion 1 ou 2 solutés- héparinisation sur port à cathéter..
- Aspiration gastrique.
- Pansement avec ablation drainage.
- Sonde gastrique (pose surveillance ablation).

- Sonde rectale ou urinaire (pose surveillance ablation).
- Toile gynéco thérapeutique.
- Lavage vésical à la seringue.
- Irrigation colique.
- Radiologie pulmonaire – abdominale.
- Ponction pleurale exploratrice.

2.6. Soins lourds (1h à 2h) : coefficient (10)

- Perfusion 3 ou 4 solutés avec produit ajouté.
- Pansement perte de substance.
- Alimentation par sonde.
- (préparation – test – surveillance).
- Aide aux médecins (ponctions...)
- Soins très lourds (supérieur à 2 h) : coefficient (20)
- Perfusion soins Lourds > 4 solutés seringue.
- Surveillance pos opératoire.
- Diurèse horaire.
- Installation du matériel.
- Aide à la réanimation (défibrillation – ventilation).
- Aspiration pulmonaire répétées > 20
- Les Tâches exercées à haute fréquence par les auxiliaires médicaux (coefficient=10) : (Tps=2h) : 1-Suture. 2-Injection. 3-Lavement. 4-Prélèvement. 5-Nursing. 6-Sondage. 7-Pansement (changement). 8-Aspiration. 9-Exploration.

2.7. Le circuit de prise en charge du Patient :¹⁶

le délai conventionnel de la durée de stationnement d'un patient aux Urgences Médico-chirurgicales avant orientation vers un service de spécialité en cas d'hospitalisation. L'équivalent en Charge salariale pour un volume (04) heures de services effectués.

2.8. La Population hospitalière :

Le taux de fréquentation de la population enregistré aux UM selon moyenne annuelle calculée sur une durée de 2 années (Admission aux urgences) :

Répartition par nature des épisodes de Soins :

Patients	A	B	C	D
Les Episodes de soins	30%	40%	20%	10%
Total package annuel 161180 (année 2022)	48354	64472	32236	16118

Tableau .1. : Répartition des épisodes de soins par nature.

Les Episodes de soins sont classés en quatre catégories : (A-B-C-D), dans le but de les différencier par rapport à leur poids Médico-économique dans la prise en charge des patients. On remarquera en effet que les packages A et B sont les plus fréquents (selon étude effectuée sur deux années : 2020-2021-2022-UMC-CHU- de classe A.

A= Soins Légers (<10mn).

B= Soins Courts (10 à 40 mn).

C= Soins Lourds (1 à 2h).

D= Soins Très Lourds (>2h).

2.9. Les Dépenses de personnels (salaires) (en da)

Coût de journée U.M.C.	17127633.90 da
------------------------	----------------

Coûts salariaux -Source Budget 2022

2.10. Tableau .2. Répartition de la Charge de Travail en fonction du coefficient d'intensité de prise en charge :

Type Packages / Coefficients	A	B	C	D	Total
Coefficient d'imputation des charges	42%	25%	22%	11%	100%
Ratio / patients pris en charge	0.42	0.25	0.22	0.11	1

Répartition de la charge de travail sur les différents épisodes de Soins.

- Le coefficient d'imputation des charges est calculé sur la base d'une échelle synthétique tenant compte de la lourdeur des pathologies ou des cas traités.
- Les épisodes de soins sont classés en quatre catégories (A, B, C, D).
- Les charges directes et indirectes sont estimées en fonction des coefficients alloués pour chaque type de package (Episodes de soins).
- Le critère de mesure de la qualité des soins n'est pas pris en compte.

2.11. Charges par nature estimées à partir du budget global.¹⁷

Nature de charges	Coûts mensuels (da)
Personnels (masse salariale)	5138290.16 45%
Pharmacies (médicaments et autres produits)	3299510.66 29%
Laboratoire et Radiologie	1558373.58 13%
Fournitures diverses	1084214.91 0.09%
Entretien et Maintenance	18159.16
Administratives et Techniques	2338995.91
Charges communes	729064.16
Total Général des charges courantes	11196608.54

Tableau .3. : Charges directes et indirectes (Budget UMC-2022)

2.11.1. Les Dépenses de pharmacies :

Les dépenses de pharmacies comprennent les médicaments, les consommables et fluides médicaux. Les charges relatives à l'instrumentation et le petit outillage sont calculées au prorata de la valeur des équipements et de l'outillage dont bénéficie le service des urgences et dont la charge constitue l'annuité d'amortissement.

2.12. Répartition des Charges par Type d'épisodes de soins.

Le relevé des Coûts mensuels enregistre une prise en charge moyenne de (785) épisodes de soins enregistrés par jour, soit (785) passages effectués au niveau des U.M.C. Pour une structure composée de (125) lits dont (45) sont réservés pour les urgences à caractère chirurgicales ont été estimés comme suit :

Coûts Mensuels des épisodes de Soins : base de calcul : Budget 2022 (en da.) :

Charges Par Type d'Episode de Soins	A 42	B 25	C 22	D 11
1. Personnels	256914.50	342552.65	171276.30	856383.20
2. Pharmacies	4949265.95	6599021.30	3299510.65	1649755.30

3. Laboratoire et Radiologie	2337560.35	3116747.15	1558373.55	779186.75
Fourniture diverses	93793.41	1301057.88	650528.94	325264.47
3. Entretien maintenance amortissement	16343.22	21790.98	10895.49	5447.76
5. Administration et soutien.	1403397.54	1871196.72	935598.36	467799.18
6. Charges communes	874876.96	874876.98	437438.49	218719.26
Coûts des Episodes de soins	9932151.93	14127243.66	7063621.78	4302555.92

Tableau .4. Répartition des charges directes et indirectes en fonction des inducteurs de temps et de volume. ¹⁸

29.2. Coût de prise en charge des Soins en fonction du volume horaire standard.

(Inducteur : temps praticien de Soins)

Package (Episodes de soins)	A	B	C	D
Volume horaire	15-30mn.	45- 90 mn.	2h -3h	(120mn) 5h à 12h
Coût de l'unité horaire 01.H (da)	41383.96	58863.51	29431.75	17927.31
Coût de prise en charge conventionnelle	20691.98	88295.26	88295.25	89636.55

Tableau .5. Coût des épisodes de soins en fonction du volume horaire

29.3.Coûts de Revient des packages de Soins en fonction de la nature et du volume des passages réalisés :

(Inducteur : Nombre de passages réalisés au niveau des UMC)

Type Package	A 42	B 25	C 22	D 11
Nombre d'unités de Packs. Annuels recensés	2632	1576	1384	688
Moyenne package / journée	129	97	33	9
Coût de journée par type de packages	2669265.42	8564640.22	2913743.25	806728.95

Tableau .6. : relevé des Charges en fonction de la fréquence de passage aux UMC. (2022)

29.4.Comparatif du Coût de revient des épisodes de Soins lourds Type-D :¹⁹

(Hôpital public Français –Hôpital public Algérien)

Coût de l'épisode de Soins	Coût Moyen Episode de Soins En Euro.	Coût Moyen : Episode de Soins (da)
1-Algérie	574 Euros F.	84069.21
2-France	611 Euros²⁰	89488.31
3-Ecart constaté	37 Euros	5419.10

Tableau .7. Comparatif du coût de revient par package -Hôpital national-Hôpital France.2022-2023

29.5.Tableau 8. Comparatif du Coût de Revient Moyen pour la prise en charge des Soins Légers de type A :²¹ avec (actualisation du cours 2022-2023)

Hôpital/Coût du package	Coût Moyen d'un Package de soins en Euros (forfait autres frais)	Coût Moyen d'un Package de Soins (D.A.)
1- CHU -Algérie	141.33 Euros	20691.98

2- CHU- France	190 Euros	27827.79
3-Différence constatée	48.67	7135.81

▪ Analyse des résultats :

L'estimation est composée d'un coût technique pour les soins lourds qui est d'environ de 7% d'où l'on constate une cotation très faible par rapport aux standards internationaux ; les coûts de personnels pour la même prise en charge de 49% et le coût des médicaments de 29% .Ceci étant une distribution inhabituelle des coûts étant donné que les coûts du personnel sont typiquement d'environ de (60%) des coûts totaux s'agissant du secteur de la santé.

Le constat qui est établi concernant le mode de calcul ; la charge de travail est quantifiée en fonction de l'inducteur « horaire » qui fait que le coût évolue en rapport avec la durée de prise en charge du patient.

On peut attester que selon les standards propres à l'activité hospitalière ; les coûts de personnels sont relativement sous valorisés s'agissant de l'institution publique nationale ; tandis que le volume de charges relatives aux coûts de fonctionnement estimées à 30% est plus relevé étant donné la fréquence des interventions d'ordre technique et de maintenance opérées sur les appareillages biomédicaux.

Pour les structures Françaises ; les ressources affectées à l'unité de soins ; sont réduites du fait du déficit de l'effectif alloué aux soins d'urgences. Le coût salarial diminue mais, parallèlement on assiste progressivement à court ou à long terme à une dépréciation de la qualité des soins qui résulterait soit du non-respect involontaire des schémas thérapeutiques prescrits pour les patients ; soit de l'insuffisance de moyens techniques mis à la disposition des équipes de travail ; soit particulièrement au surmenage physique et psychique que peuvent développer les professionnels au cours de l'exercice de leur fonction.

Pour ce qui concerne l'activité chirurgicale effectuée aux UMC dans sa totalité (tous services confondus) une baisse de l'activité entreprise. Cette baisse de l'activité s'explique par différents facteurs : orientation des patients vers le secteur privé, absences de produits pour les blocs, ouverture de blocs opératoires dans la région avec de nouvelles compétences (4 hôpitaux dans la région) seulement la totalité presque de opérations d'urgences est assurée par le même (CHU).le même constat a été fait à l'issue d'une étude que nous avons entamée en 2010 dans la même structure. Le ralentissement de l'activité peut être expliqué aussi que la période « Covid » a fortement impacté l'activité des urgences, tant sur le plan de la prise en charge des patients que sur le plan de l'affectation des moyens.

Ce que nous pouvons faire remarquer comme facteur essentiel d'accroissement des charges (indirectes) dans les hôpitaux publics nationaux ; mis à part les aléas d'ordre clinique ; le facteur « durée de séjour » qui est prolongé pour des patients nécessitant un laps de temps très réduit .

Conclusion :

Différentes mesures sont opérées par les pouvoirs publics pour réduire les déficits récurrents de la sécurité sociale et permettre aux hôpitaux d'opter pour le système de contractualisation sous ses différentes formes possibles en fonction des besoins et moyens mis en œuvre. Il Ya lieu de préciser que la maîtrise du médical ou « maîtrise médicalisée » est à l'opposé de la maîtrise comptable qui a pour effet de réduire les dépenses publiques certainement tandis que la maîtrise « médicalisée » a pour objectif d'optimiser les pratiques de soins et par voie de conséquence la réduction des coûts. Dans l'objectif de soigner le système de santé national ; il ya lieu d'opter pour un partenariat de convention autour duquel tout participant à ce projet sera impliqué en matière de droits, de devoirs et de responsabilité. L'unification des tarifs est un objectif majeur ; les mêmes honoraires devraient être appliqués pour les mêmes prestations de médecins .Les traitements primes et salaires des personnels hospitaliers publics devraient être reconsidérés en fonction des recettes effectuées par les hôpitaux dans le cadre des conventions passées entre les différents établissements publics et privés ; ainsi que les partenaires économiques et sociaux.

Références bibliographiques :

1. Evelyne Augier Evolution des régimes budgétaires : Comptabilité hospitalière -Les études hospitalières –Edition 2003, P.131- France
2. Nathalie Angelé -HALGAND –Article-Comptabilité contrôle et audit –Problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier .Avril 1995.
3. Fatima Z. Oufriha, Cette chère Santé : Une Analyse économique du système de soins en Algérie P.202, Edition OPU-Alger 1992.
-F.Z.-Oufriha, Une analyse économique du système de soins en Algérie - OPU-P.41-Année 1992.-Alger
- F.Z. Oufriha : Croissance des dépenses Une analyse économique du système de soins en Algérie » P.202.-Année 1992-Alger
3. Khaldi Mustapha, l'évaluation du procédé de calcul des coûts hospitaliers –Broché, Editions Universitaires Européennes –juillet 201
4. Article : Khaldi Mustapha, l'évaluation des coûts médico-économiques, Article : Expérimentation de la méthode des sections homogènes associée à la méthode ABC (Activity Based Costing) : Cas de l'hôpital public Algérien-Revues MECAS N°6-Dec.2010.
5. Rapport de mission « Commission technique des études statistiques, actuarielles et financières. Forum mondial de la sécurité sociale », Moscou, 10-15 septembre 2007.
6. Thèse Académique :
Magali PIRSON ; Apports de la comptabilité analytique par cas et par pathologie à la gestion hospitalière –Editions ULB –ESP-Thèse de doctorat en sciences de la santé publique –JUN 2006-Bruxelles.
7. Textes de lois :
-Décret exécutif du 19-Mai 2007 –N°07-140 Portant nouvelles normes de gestion et de comptabilisation budgétaire et financière.

- ¹ TRICOH : les trois comptabilités hospitalières (Administrative-financière et analytique). Décret exécutif du 19-Mai 2007 –N°07-140 Portant nouvelles normes de gestion et de comptabilisation budgétaire et financière.
- ²Le Coût de journée hospitalière : Représente l'unité de mesure clé de l'activité hospitalière. Le coût de journée intègre les consommations de charges médicales ainsi que les différentes charges indirectes calculées au prorata des prestations services. Evolution des régimes budgétaires : La comptabilité hospitalière. P.131-Evelyne Augier- Les études hospitalières –édition 2003.France
- ³ Livre : JEAN Carbonnier ; Droit Civil –Les obligations Tome 4-1985.
- ⁴ La Commission technique des études statistiques, actuarielles et financières. Forum mondial de la sécurité sociale, Moscou, 10-15 septembre 2007
- ⁵ - F.Z.-Oufriha, Une analyse économique du système de soins en Algérie - OPU-1992. P.41.
- ⁶ 1-Catégorie de patients non couverts par l'assurance maladie-2 : catégorie des assurés et leurs ayant droit 3 : Catégorie de personnes relevant de l'assistance médicale gratuite (A.M.G.).
- ⁷ Cf. –Chap.3 « .L'organisation du système de la sécurité sociale –Section 3-F.Z. Oufriha –Une analyse économique du système de soins en Algérie ».OPU-1992.
- ⁸ -Une analyse économique du système de soins en Algérie –f.z.Oufriha-p.43-Chap.2--opu .1992-
- ⁹Prof. F.Z.Oufriha « Une analyse économique du système de soins en Algérie ».Chap.3-P.223-OPU1992-
- ¹⁰ Changement de statut vers 2002 avec la création des Etablissements Publics. Hospitaliers :(EPH) et(EPSP) : Etablissements publics Hospitaliers et, Etablissements Hospitalier de santé de proximité.
- ¹¹ **Nathalie ANGELE-HALGAND, calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital, p.8.**
- ¹² **MAGALI Pirson : S1.Le cadre conceptuel des coûts par pathologie, p.11.**
- ¹³ **L'épisode de soins ou encore, Le package est défini comme l'ensemble des prestations servies pour un patient lors de sa prise en charge clinique et chirurgicale. (Consommables-médicaments-solutés-accessoires de soins).**
- ¹⁴ CCMU =Codification Commune Des Maladies pour Les Urgences.
- ¹⁵ La tarification à l'activité (élaborée pour les hôpitaux publics de France) : Système d'évaluation de coûts et d'allocation des budgets selon un tarif rapporté à l'activité.
- ¹⁶L'Echantillon de l'étude est constitué de : Une population de « 200 » malades admis en moyenne par journée au niveau des urgences Médico-chirurgicales. Evaluation faite à partir des données établies au niveau du bureau des admissions (bulletins d'admission /jours et nuits).La moyenne a été calculée sur la base de données de (12) Mois. Année 2022.
- ¹⁷ Les Coûts sont calculés par usage de la méthode des sections homogènes avec intégration de quelques inducteurs avec répartition à deux niveau : primaire +secondaire + inducteurs de temps et de volume.
- ¹⁸ **Mode de Calcul : Prépondérance du volume horaire dans la calcul de la charge-Source : Budget 2022 – Service du calcul des Coûts –**
- ¹⁹ Cours moyen entre 2020-et 2022 01- 01 Euro = 156.158 DZD janvier 2022.
- ²⁰ **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (les coûts de prise en charge MCO)-France-2012**
- ²¹ **70% représentent des salaires +13% coût des médicaments et dispositifs médicaux 9% charges fixes de l'établissement**