

PRIX DU PETROLE ET RENDEMENT DES DEPENSES DE SANTE - EN ALGERIE

Assia KARA TERKI*

Résumé:

Depuis le début des années 2000, La hausse des prix du pétrole a permis à l'Algérie de réaliser un programme d'investissement énorme touchant tous les secteurs économiques.

Cette situation était particulièrement bénéfique pour le secteur de la santé qui a vu ses dépenses tripler pendant moins d'une décennie.

Aujourd'hui, la baisse subite des prix de l'or noir sur les marchés internationaux nous secoue encore une fois et nous interpelle pour faire une évaluation de ce qui a été réalisé et voir si les objectifs fixés par l'Etat ont été atteints.

Les indicateurs politico sociaux économiques montrent que le système de santé doit faire face dans les années futures à un nombre important de défis qui nécessitent un financement de plus en plus lourd.

Comme l'Organisme de la Sécurité Sociale est l'un des principaux bailleurs de fonds, il est question aussi d'analyser l'importance de la contractualisation dans le rétablissement des parts de financements entre les différents acteurs concernés.

Mots clés : prix du pétrole- rendement-dépenses de santé- contractualisation – forfait hôpitaux.

Abstract:

Since the early 2000s, the rise in oil prices has enabled Algeria to realize a huge investment program. This program affects all economic sectors.

This situation was particularly beneficial for the health sector, The latter has seen its spending triple for less than a decade.

Today, the sudden drop in the price of black gold on the international markets is again shaking us and we are challenged to make an assessment of what has been achieved and see if the objectives set by the State have been reached.

* Laboratoire de recherche en management des Hommes et des organisations (L'ARMHO), Tlemcen, Algérie. «assiaterkikara@yahoo.fr»

Political and social economic indicators show that the future health system must face a significant number of challenges that require increasingly heavy funding.

As the Social Security Agency is one of the of the main donors, It is also a question of analyzing the importance of contracting in the restoration of the shares of financing between the various actors concerned.

Keywords: petroleum prices - yield- healthcare spending- contracting - hospitals package.

code jel: I1 -I13- I15 - H55

ملخص:

في الجزائر ومع بداية سنة 2000 سمح الارتفاع العام لأسعار النفط من تحقيق برنامج استثماري هام مس جميع القطاعات الاقتصادية.

هذه الوضعية استفاد منها قطاع الصحة على وجه الخصوص الذي تحصل على مدا خيل مالية تضاعفت ثلاث مرات خلال أقل من عشرية واحدة.

وعلى النقيض، فالانخفاض الحاد لأسعار الذهب الأسود في هذه الأيام الأخيرة و في كل الأسواق العالمية خلف نوعا من الذهول فافرضنا علينا تقييم ما تحقق في هذا القطاع و التأكد ما اذا تم البلوغ إلى الأهداف التي سطرت من طرف الدولة.

المؤشرات السياسية، الاجتماعية والاقتصادية تفصح جليا أن النظام الصحي في الجزائر سيواجه في السنوات القليلة القادمة مجموعة من التحديات تفرض على القطاع تمويلات ثقيلة جدا.

وباعتبار أن صندوق التأمين الاجتماعي هو من الممولين للقطاع الصحي، يهدف هذا العمل كذلك إلى تحليل أهمية التعاقد كأسلوب جديد لإعادة تنظيم حصص التمويل بين مختلف الفئات الممثلة.

الكلمات المفتاحية: أسعار النفط - المردود - المصاريف الصحية - التعاقد - مجانية المستشفيات.

Introduction:

En 2010 le gouvernement Algérien annonce le lancement du programme quinquennal (2010- 2014) doté d'une enveloppe budgétaire dépassant les 286 milliards de dollars.

Ce chiffre associé à d'autres indicateurs (réserves de changes, réserves en Or, dette extérieurs très faible), classent le pays parmi les plus sécurisés dans le monde sur la plan financier.

Malgré cela, le Fond Monétaire et d'autres Organismes internationaux ne cessaient de rappeler les risques d'une éventuelle chute des prix de pétrole.

En dépit de ces avertissements, l'Etat continue sur sa lancée et réserve au secteur de la santé une part du plan quinquennal évaluée à 619 milliards de dinars avec à l'affiche la construction de plus de plus de 1500 infrastructures de santé, dont 172 hôpitaux, 45 complexes spécialisés de santé, 377 polycliniques 1000 salles de soins et 70 établissements spécialisés pour handicapés.¹

Selon un bilan du ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme administrative, les crédits budgétaires alloués à ce secteur ont été multipliés par 4 entre 2000 et 2009,

Au jour d'Hui, les débats s'enchaînent sur l'avenir du secteur surtout que beaucoup problèmes n'ont pas été traités efficacement au moment voulu, ce qui complique sérieusement la situation.

Pour cette raison il est question dans ce travail d'analyser deux points essentiels.

Le nouveau cadre de financement des systèmes de santé dans le monde puis en Algérie.

Importance de la contractualisation en Algérie dans la définition exacte des rôles des financiers de soins en argumentant le poids du forfait des hôpitaux.

¹ Communiqué du conseil des ministres, 24 Mai 2010.

A.Nouveau cadre de Financement de la santé et effets des facteurs macro et micro économiques:

La montée en flèche des dépenses de santé en Algérie, laisse voir explicitement que la situation est dominé par la pression d'un certains nombres de facteurs extérieurs et intérieurs qui ont eut des effets direct sur les coûts la quantité et la qualité des soins produisent par le secteur.

De ce point de vue ,c'est l'aspect macro économique qui a marqué les réformes des systèmes de santé en apportant une nouvelle vision dans le domaine introduite dans un nouveau contexte mondial dit «globalisation de l'économie».

A.1.Globalisation et influence des nouvelles théories de santé:

La globalisation de l'économie qui est définie comme la création d'un marché mondial unique et indifférencié, suite à la libéralisation des mouvements de marchandises, de capitaux et à la à la généralisation de stratégies planétaires des grandes firmes (J. M .HOLZ 2004) a crée un nouveau climat dans le monde qui tend progressivement à élargir les prérogatives du marché et réduire au maximum les fonctions de l'Etat pour les limiter aux seules fonctions régaliennes.

Le financement de la santé, qui par son caractère non marchand devait prioritairement relever de l'action de l'Etat aux yeux des Keynésiens et des adeptes du régime socialistes, est revu dans son ensemble pour être soumis progressivement aux règles du marché.

L'efficacité et la rationalité sont des critères nouvellement recherchés et généralisés dans toutes les actions de productions et d'échanges en touchant désormais tous les types d'institutions, car la baisse des ressources publiques l'impose et la généralisation des idées libérales le soutiennent.

En effet, certains systèmes de santé qui étaient autrefois l'exemple de financement public dans le monde, tel que le National Health service en Grande Bretagne ou le système de santé français ont changés de cap ces dernières années en introduisant de nouvelles réformes misant sur la recherche d'une meilleure utilisation des moyens financiers.

Pour certains, ces faits justifient l'abandon de l'ancien mode de production de soins en cherchant une meilleure redistribution des moyens car le mode de gestion public est jugé très bureaucratique. (L'OCDE 1995)

Désormais, les pays d'Europe s'approchent du modèle « Fetter » qui est appliqué au Etats-Unis au début des années quatre vingt dans le cadre des programmes Medicare Medicaid.

Les « DRG » au Etats – unis sont reproduit dans le PMSI en France et sont appelés GHM.

Des réformes dans le même contexte ont été entreprises en Grande Bretagne, en Allemagne, en Italie et un peu partout dans le monde.

Les mots d'ordres lancés sont nombreux et s'orientent tous vers les mêmes objectifs : libéralisation des systèmes de soins, atténuer le risque moral sur les consommations médicales et recherche d'une plus grande responsabilisation individuelle des soins plutôt que collective. (A.Fenasse, 1991).

La recherche d'efficacité dans l'utilisation des ressources est suivi par l'instauration d'un nouveau mode managérial dans les structures publiques ou privés, ce mode est soutenu par un nouveau cadre théorique contenu dans ce qui est appelé la « théorie de l'agence». (Béjean .S 1994)

De ce fait, les nouveaux systèmes de financement des soins se penchent ces dernières années vers une expression claire et précise des besoins de santé sur un marché dominé par la généralisation des principes de l'économie libérale , qui traduit dans son fond les risques de perte de grand acquis sociaux obtenus par de grandes révolutions menées par les peuples pendant plus de trois siècles.

A.2. facteurs micro économiques : Gratuité des soins en Algérie et sensibilité des modes de financements publics

Même si du point de vu micro économique, la croissance des dépenses est très sensible aux effets conjoncturels, le financement de soins en Algérie reste très particulier car certaines questions sont analysées comme un choix de décisions de l'Etat qui n'a aucun rapport avec les principes des règles économiques.

La lecture historique des chiffres contenus dans les différents budgets de l'Etat fait ressortir sans aucune difficulté que le phénomène n'est pas

récent, il s'est déclaré avec splendeur juste après l'instauration de la loi sur la médecine gratuite en 1973.

Seulement, il faut rappeler que la loi a été promulguée dans une conjoncture où beaucoup de facteurs politiques, économiques, sociaux et surtout théoriques soutenaient une croissance qui était analysée comme étant favorables au développement de tous les autres secteurs économiques. (Yves Guillermou ,2003)

Aussi, et pour beaucoup d'analystes, les principaux facteurs qui sont jugés à l'origine de l'explosion des dépenses de santé sont considérés comme l'aboutissement logique de cette politique ; qui de part la libéralisation de la demande qu'elle a engendré, a requis un investissement public énorme en infrastructure, matériel et formation médicale.

D'autre part, et depuis très longtemps, il a toujours été fait allusion à une autre interprétation des faits, difficilement déchiffrable et mesurable, tirée des différents bilans, rapports de l'Etat et de nombreux travaux effectués dans ce domaine; faisant référence aux problèmes de gestion, de calcul des coûts, des restes à réaliser dans les projets,.... Enfin des éléments qui traduisent chaque fois des dépenses supplémentaires qui restent sans rapport avec la quantité ou la qualité des soins exigée par la population. (D. Bouras, 1986)

Sur un autre plan, les facteurs justifiant la montée des dépenses de soins sont résumés et analysés en théorie par ce qui est appelé « l'économie de la bureaucratie » issue de l'école du « public choise » qui renvoi directement cette croissance au mode de gestion public, qui par rapport à la place du prix , des coûts, du profit et des intérêts dans l'organisation , ainsi que d'autres éléments finement détaillés dans cette théorie, ont ramenés l'Etat à dépenser sans demander des comptes. (Grefe .X ; Hannequart.A , 1985)

Non loin du paysage macro économique qui transmet les effets des grandes décisions politiques, réformes et tentatives d'adaptation aux changements qui s'opèrent dans le domaine de l'économique et du social ; le problème de la progression des dépenses en Algérie peut être examiné sous trois facettes différentes :

Une première, qui exprime que cette croissance était voulue et décidée par l'Etat, à travers les moyens énormes qui étaient consacrés pendant de longues années afin de mettre en place un système accessible à tous et cohérent aux besoins de la population.

Une deuxième qui échappe au contrôle de l'Etat, parce qu'elle traduit l'aboutissement logique de la libéralisation des soins en Algérie, par les effets d'urbanisation, d'industrialisation, de salarisation et surtout de socialisation du système.

Une troisième qui est la résultante du mode de gestion publique par ce qu'il ne fixe aucun critère performant de mesure de rationalité et d'efficacité, à l'exception de certains indicateurs globaux, tel que le taux de mortalité ou de couverture médicale qui ne peuvent en aucun cas donner une interprétation juste et précise sur l'adéquation des moyens financiers fournis par l'Etat et les résultats obtenus dans le domaine de la santé.

Le dernier élément et en rapport avec les différentes études menées dans ce domaine, semble peser de plus en plus lourdement sur les budgets de l'Etat.

En effet, le mode de gestion public qui est fortement décrié ces dernières années, laisse apparaître certaines lacunes, qui pour beaucoup de praticiens et d'utilisateurs demeure inapproprié au contexte actuel de production des soins et ceci pour trois raisons essentielles au moins.

a- La médecine gratuite a été décrétée dans une période où tous les facteurs macro et micro économiques étaient relativement favorables à un financement public intense, par rapport aux prix du pétrole, à l'inflation et au mode de consommation de la population. Même, les différents facteurs démographiques, écologiques et culturels, n'influençaient que faiblement sur le rythme des dépenses.

Aussi, ce droit élargi à toute la population sans aucune discrimination et en évolution avec le temps, n'a jamais poussé les responsables à peser sérieusement le poids de son coût et les difficultés qu'ils pouvaient entraîner à long terme sur les finances de l'Etat ;

Ceci n'a été touché au bout des doigts qu'après les derniers chocs pétroliers déclarés à partir de 1986.

b-Le calcul des coûts nécessaire pour la détermination des prix de soins et de mesure de performance des différents établissements de soins, n'a jamais été décidé par les responsables pour mettre en rapport la relation entre les dépenses et la quantité des services produits ; ce qui a soumis la gestion du secteur à une simple action d'exécution de décisions de l'Etat à travers le budget, qui exprime la réponse à la demande faite par les gestionnaires sur les besoins requis par la population.

c- La méthode de budgétisation auquel est soumis le financement des établissements de soins est jugée par les nouveaux systèmes trop inflationniste, pour cause que les décideurs se basent toujours sur des indicateurs historiques, notamment les budgets antérieurs pour déterminer approximativement les dépenses futurs des l'établissement.

B.Chute des prix de pétrole et sensibilité du cadre de financement de la santé:

A partir de 2014 la question de financement du système de santé se pose encore car les faits montrent clairement que ce secteur à besoin de nouvelles sources de financements et cela par rapport aux points suivants :

B.1 crise économique et difficulté de financement des soins

Avec la chute des cours des hydrocarbures, l'économie algérienne subit depuis deux ans un choc financier très violent, car le pétrole et le gaz représentent 98% de ses exportations et procure pour l'Etat plus de 60% de l'ensemble des recettes fiscales.

Depuis, les ressources du Fonds de régulation des recettes budgétaires (FRR) qui sont alimenté par l'épargne pétrolière ont beaucoup fondu et passent de 25,6 % du PIB en 2014 à 12,3 % en 2016. (FMI, 2016) cette situation devient plus difficile à surmonter d'autant plus que l'accord de réduction de la production conclu par les pays membres de l'OPEP qui prévoyait une croissance de 2,9 % en 2017 n'a pas changé la donne car les prix du baril peinent à dépasser la barre de 50 dollars .

Comme, Le pays importe la quasi-totalité de ce qu'il consomme, la balance commerciale algérienne enregistre 8 milliards de dollars de

déficit sur les 7 premiers mois de l'année 2015, ce montant se creuse pour atteindre 15,07 milliard de dollar en 2016, (ministère des Finances, 2016)

Le gouvernement Algérien procède à des coupes budgétaires pour la troisième année consécutive, il réduit de 28% ses dépenses d'équipements, annule Plusieurs projets prévus dans le programme quinquennal 2014-2019 et cherche d'autres alternatives de financements à travers notamment le mécanisme des PPP [partenariats public-privé]

B.2. Effet de la crise sur le principal bailleur de fonds : l'organisme de la Sécurité Sociale

Les répercussions de la baisse du prix de pétrole sur l'économie du pays étaient très sérieuses par ce que tous les domaines de l'économie et du social sont financé par les par les revenus de la rente.

La particularité de cette situation par rapport à l'Organisme de Sécurité Sociale peut se résumer globalement dans les points suivants:

B.2.1 Inflation et hausse du coût de la vie des retraités:

L'inflation s'est traduite par une augmentation quasi généralisée des prix, à l'exception de certains produits subventionnés qui constituent pour l'Etat un moyen d'équilibre et de cohésion sociale. (A.Mebtoul, 2015)

A partir de là, il est vue que le taux a grimpé à plus de 6% à la fin de 2016 alors qu'il était à 4,8% fin décembre 2015, contre 2,9% en 2014 et 3,3% en 2013.

Aussi, il est rapporté par les chiffres que les prix des produits de consommation en mois de décembre 2016 ont augmentés de 7% par rapport à la même période en 2015 (O NS)

Cette situation s'est répercuté directement sur le cout de la vie de la population, surtout celle des retraités dont la plupart gagnent des revenus très faibles.

Pour la caisse de Sécurité sociale c'est un autre problème qui s'ajoute à d'autres déjà existant. La charge des remboursements des médicaments, examens et autres prestations grimpe spectaculairement et se chiffre à des milliards de dinars, car les prix des produits et matières (des médicaments en particulier) flambent sérieusement sur le marché en raison de la

détérioration du taux de change d'une part et la pression des couts des maladies lourdes d'autre part.

B.2 .2 Le taux de chômage:

En traitant les effets de la crise en Algérie, beaucoup d'économistes et de sociologues soulèvent la question du chômage qui revient en force avec l'annulation de nombreux projets de l'Etat et devient à nouveau un problème de taille pour l'économie Algérienne.

Cette crise s'est fait ressentir sur le marché de l'emploi et de la sécurité sociale, car d'une part l'Etat (le plus grand créateur d'emploi) n'a pas récolté de résultats très concrets de ses agences de soutiens à la création d'emploi : Ansej ,Angem....etc., d'autre part le secteur lui-même devient très gêné par les revendications salariales à la hausse qui c'est soldé par un cout faramineux aussi bien pour l'Etat que la sécurité sociale qui a subit un contre poids énorme par rapport la situation conjoncturelle du pays.

Les difficultés du secteur privé sont non moins négligeables, certains les résumant par rapport à la fiscalité, d'autres au système bancaire et financier, enfin pour une grande majorité c'est l'environnement et les problèmes bureaucratiques qui empêchent un fonctionnement régulier du marché.

A ce titre, il est constaté que le secteur privé de bâtiment par exemple peine à maintenir ses effectifs en raison des difficultés de financement et l'annulation de grands projets des travaux publics et de bâtiments.

Dans son rapport du 30 juillet 2016, l'Office national des statistiques (ONS) indique que le taux de chômage en Algérie a baissé à 9,9% en avril 2016 contre 11,2% en septembre 2015, avec une population en chômage estimée à 1,198 million de personnes. En avril dernier, le nombre de la population active a atteint 12,092 millions de personnes contre 11,932 millions en septembre 2015.

Le taux de chômage en Algérie a atteint 10,5% en septembre dernier, (ONS). Une évolution de près d'un point a été donc constatée sur un semestre, allant d'avril à septembre 2016, avec une hausse significative des chômeurs diplômés de l'enseignant supérieur, puisqu'il anettement progressé de 4,5 points en un semestre, s'établissant à 17,7% en septembre 2016 contre 13,2% en avril de la même année. (FMI ,2015)

Les diplômés de la formation professionnelle sont également affectés puisqu'ils représentent un taux de 13% contre 12% durant la même période. (ONS)

B.2.3 Poids de la retraite:

Depuis 1997, la CNR a pris en charge l'ordonnance 97-13, relative à la retraite proportionnelle et sans condition d'âge. Pour la seule année 2013 l'effectif des retraités proportionnelle et sans condition d'âge sortis s'élevait à 74 500, alors que le nombre de retraités âgés de 60 ans est de 42 116, (soit 6,3 retraités proportionnelle pour 3,7 retraités normaux sur 10).

La retraite anticipée est mis en place sur instructions du FMI et de la Banque mondiale dans le cadre du Programme d'ajustement structurel et du rééchelonnement de la dette en 1994, elle concerne uniquement les salariés touchés par le licenciement économique

Quant aux «retraites proportionnelles et sans condition d'âge», elles obéissent à des départs volontaires. Le dispositif a été mis en place en 1997, toujours sur instructions des institutions financières internationales : pour la proportionnelle le départ est possible à 50 ans et le montant de la pension est calculé selon le nombre d'années cotisées. Il faut avoir cumulé 32 années de cotisation à la retraite, ce qui permet de bénéficier d'une pension à taux plein (sont concernés les salariés qui ont commencé à travailler très jeunes, à 16-17 ans). L'idée de la Banque mondiale était que ce dispositif allait libérer des postes de travail au profit des jeunes, ce qui n'a pas été le cas.

Pour la retraite anticipée, le législateur a défini une source de financement, à savoir des cotisations sociales particulières, cofinancées par l'ensemble des salariés et des employeurs. Il en va tout autrement pour les retraites proportionnelles et sans condition d'âge, leur financement est à la charge unique de la CNR.

Depuis sa mise en place il y a près de 20 ans, ce dispositif a vidé la trésorerie de la CNR.

Actuellement cet organisme qui verse des pensions à plus de 2,7 millions de retraités exprime de sérieux problèmes financiers. (Ministère de la sécurité sociale, 2016)

Pour tenter de remédier au problème, le gouvernement demande à la CNAS de renflouer la CNR pour pouvoir payer les pensions des retraités. Plus grave encore, ce dispositif a eu notamment pour conséquences de voir le nombre de bénéficiaires dépasser chaque année le nombre de départs à la retraite à l'âge légal de 60 ans.

Le marché du travail et des assurances est sérieusement dérégulé, car les bénéficiaires de ce dispositif peuvent exercer dans la même entreprise ou ailleurs sous forme de CDD, cumulant ainsi emploi et retraite. Ceci est un autre paradoxe qui dénote le vide juridique car le cumul emploi-retraite n'est pas interdit par la loi.

C- Instauration d'un nouveau cadre de financement: la contractualisation des soins :

Parmi tant d'autres mesures et en attendant l'approbation du nouveau code de la santé, l'Etat doit définir son rôle dans le financement de la santé, car nombreux sont les facteurs qui montrent qu'il ne peut plus dans l'avenir assumer cette tâche tel qu'il effectue actuellement.

En effet, depuis le dernier choc conjoncturel, beaucoup de facteurs montrent qu'il faut s'adapter à une situation où la maîtrise des dépenses est irrévocable, car l'idéologie qui guide l'économie libérale transmet déjà une nouvelle vision qui ne peut coïncider avec les anciens modes de régulation enracinés pendant de longues dates dans le monde entier et avec une certaine pertinence dans les économies des pays en développement .

En plus de la conjoncture du pays, le secteur privé s'impose par des chiffres importants, qui suivant le rapport de la banque mondiale en 2006, 44% des médecins spécialistes et 34% des généralistes sont privés ; ce chiffre est bien plus élevé en 2016.

C.1 Contractualisation et financement du «forfait des hôpitaux»:

Depuis 1974 est en vertu de la loi sur la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est appelée à contribuer au financement du budget de fonctionnement des établissements de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de loi de finance. Ces

dispositions budgétaires appelées « forfait hôpitaux » sont une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servie aux assurés sociaux et leur ayants droits.

Depuis, le forfait hôpitaux est le poste de dépense le plus important des caisses de la sécurité sociale avec les chiffres qui s'affichent dans le tableau suivant.

Evolution du forfait hôpitaux

En milliards de DA

Année	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	99/90
forfait hôpitaux	8.60	9.50	9.50	9.98	11.25	13.55	16.57	17.97	19.65	19.87	116%

Source : L. Lamri, p. 140

La dépense de chapitre évolue à des rythmes exponentiels, en passant de 19 milliards de dinars en 1999 à 35 milliards en 2008. (Ministère de la santé 2009)

Les véritables inconvénients liés à ce mécanisme se résument non seulement dans son coût mais aussi dans l'absence des références médicales et tarifaires, car la participation de la sécurité sociale est faite forfaitairement, c'est-à-dire que les montants prélevés annuellement n'obéissent à aucune base tarifaire. Les textes ne prévoient ni un pourcentage ni une somme clairement définies qui revient à la sécurité d'y participer. (Kaddar, 1989)

Le problème de la connaissance des coûts de soins en milieu hospitalier qui peuvent servir de référence et de contrôle gestion rend très difficile la connaissance des dépenses que couvre réellement ce forfait en matière de soins.

C.2- contractualisation et nécessité d'un nouveau mode de financement du système de solidarité nationale :

Les changements intervenus dans le contexte économique et social se sont traduits par des effets sociaux dont les charges directes et indirectes sont reportées sur le système de sécurité sociale.

Ce report constitue aux yeux des experts une des principales causes des déséquilibres illustrés par les déficits de l'ensemble des caisses et justifie des contradictions majeures par la confusion entre la politique sociale de l'Etat, de l'action sociale à l'égard des démunis et du fonctionnement général des organismes de la sécurité sociale

Si certaines formes de solidarité ont un fond économique et social très logique, d'autre par contre ne peuvent se justifier que par le fait qu'elles ont constitué un fardeau très lourd et une charge financière supplémentaire pour les caisses de sécurité sociale.

Les institutions de protection sociale complémentaire que sont la mutualité et les assurances économiques, devraient constituer des instruments privilégiés pour élargir le champ de la solidarité; Comme il pourrait également être créé d'autres formes de couverture sociale complémentaire à caractère individuel ou collectif (associations, aides des particuliers ...etc

De façon globale la contractualisation touchera également à d'autres postes de dépenses, comme les médicaments, les examens médicaux.

Conclusion:

La libéralisation de l'économie mondiale qui s'est traduite par le rétrécissement de la taille de l'Etat du champ de l'activité économique a donné un coup très dur au caractère social et solidaire qui marquait la plupart des systèmes de santé durant les trente glorieuses.

D'autre part, les réformes de libéralisation des systèmes de soins entamées par de nombreux gouvernements ces dernières années ont compliqué davantage la question de l'accès au soins et de couverture sociale des populations pauvres et fragiles.

Avec le retour de la menace d'un nouveau choc financier dominée la chute des prix de pétrole, l'endettement de beaucoup de pays d'Europe, la crise des migrants et la menace de retrait du projet de santé «Obama Care» au Etats unis aura certainement des répercussions sur la «santé mondiale», car la demande des soins a déjà atteint de nouveaux records liés surtout au chômage et à l'inflation qui exposent de nouvelles catégories de personnes aux risques de la maladie et de l'handicap.

Même si dans le cas Algérien, l'équilibre du marché présente une équation très dure à résoudre et fait que les finances s'annoncent très faibles par rapport aux moyens apportés par la communauté, la contractualisation demeure un moyen de responsabilisation des parties contractantes et facilitera certainement l'exploitation de nouvelles ressources jusque-là ignorée ou sous utilisés car la rente pétrolière semblait la plus sûre et la plus disponible.

Bibliographie:

1. Barbier J- P, L'intermédiation sur le marché du travail dans les pays du Maghreb, Etude comparative entre l'Algérie, le Maroc et la Tunisie, les publications du bureau international du travail pp50- 65 ,2006.
2. BAC.C. (2004) « Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés » Rapport du CIREM.
3. Bouras. D. (1986) « Tentative d'évaluation du programme d'investissement du secteur de la santé » CREAD.
4. Béjean. S. « économie du système de santé : du marché à l'organisation », Economica, 1994.
5. Domin.J.P. « Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983-2003) ».
6. De pourvoirville. G ., Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) : un programme ambitieux et perfectible, mais pour qu'elle utilisation ? , La revue du praticien - Médecine générale, vol 5, N° 155,1991
7. Fenasse.A. (1991)« Sciences de gestion et santé publique, une exemple : la mesure du produit hospitalier »- Les cahiers du L.E.R.A.S.S. n° 22.
8. Yves Guillermou, Médecine gratuite ou santé pour tous? Réflexions sur l'expérience algérienne sciences sociales et, vol . 21 N° 2 ? JUIN 2003.
9. Jean Perrot, éléments théoriques et conceptuels de contractualisation », la contractualisation dans les systèmes de santé, Ed. Kart hala, Paris 2005.
10. Jean Pierre Paulet, Le libéralisme économique depuis 1945, de la doctrine aux grandes expériences ; Edition Ellipses, Novembre 1998.
11. HOLZ et HousselJ.P ,l'industrie dans la nouvelle économie mondiale PUF 2004.
12. Huard.P. « Economie et santé : une articulation sensible » - problèmes politiques et sociaux n° 627.
13. Kaddar M. (1989) « Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie » cahiers du CREAD n° 19.

14. Kaddar. M, sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie, données des problèmes actuels, revue du cread n°6.

15. Lamri .L , le système de sécurité sociale Algérie, une approche économique, OPU, 2004.

16. Mebtoul M . , qu'el est l'avenir du système de retraite en Algérie, le Matin d'Algérie, 16 Juin 2016.

17. Philippe Tulkens, L'économie sociale, direction Services, 2004.

18. OufrihaF.Z, Organisation de la couverture des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie, les cahiers du CREAD N°13, 1988.

19. Oufriha, FZ ,la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats, les cahiers du CREAD N°36 ,1993.

20. Perrot P., éléments théoriques et conceptuels de contractualisation », la contractualisation dans les systèmes de santé, Ed. Kart hala, Paris 2005.

21. Xavier Greffe, Hannequart Achille Economie des interventions sociales, Economica 1985.

22. L'OCDE (1995) Réforme des systèmes de santé : Maîtriser les dépenses et accroître l'efficience- revue n° 24.

23. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale » journées de formation des nouvelles recrues de la CASNOS, 20, 04 MAI, 2015.

24. Rapport du FMI (Fonds Monétaire International), Mai, 2016.

25. L'ordonnance n°15-01 du 23 juillet 2015, portant loi de finances complémentaire pour 2015.

26. Rapport de L'ONS (l'Office Nationale des Statistiques), 2016.

27. Communiqué du conseil des ministres, 24 Mai 2010.

28. Rapport de la banque mondiale en 2006.

29. Rapport duministère des Finances, 2016.