



***Bureau des Entrées au niveau des
Etablissements Publics de Santé***

Fascicule N° 14

Textes réunis et classés par :

Med Ould-Kada

2016

Dans la Collection Gestion des Etablissements Publics de Santé

Guide de Gestion Hospitalière édité en France par EDILIVRE en 2015

Projet Règlement intérieur des CHU, EHS, EPH et EPSP

Dans la Collection Textes Réglementaires sur la Santé en Algérie

- Fascicule N°1 : Textes Fondamentaux et autres Textes Utiles
- Fascicule N°2 : Statuts et Organigrammes des Etablissements de Santé
- Fascicule N°3 : Gestion des Services de l'Economat au niveau des Etablissements Publics de Santé
- Fascicule N°4 : Gestion des Services Financiers au niveau des Etablissements Publics de Santé
- Fascicule N°5 : Gestion des Ressources Humaines au niveau des Etablissements Publics de Santé
- Fascicule N°6 : Statuts des Personnels de Santé
- Fascicule N° 7 : Régime Indemnitaire servi aux Personnels de Santé
- Fascicule N°8 : Personnels Hospitalo-universitaires
- Fascicule N°9 : Formation Continue, Examens, Concours Activités Complémentaires et Service Civil
- Fascicule N°10 : Médecine du Travail
- Fascicule N°11 : Partenaires Sociaux, Retraite et Œuvres Sociales
- Fascicule N°12 : Médicaments& Pharmacie
- Fascicule N°13 : Urgences Médico-Chirurgicales, Orsec et Situation d'Urgence
- Fascicule N°14 : Bureau des Entrées
- Fascicule N°15 : Prévention
- Fascicule N°16 : Programmes Nationaux de Santé Publique
- Fascicule N° 17 : Hygiène Hospitalière
- Fascicule N°18 : Transfusion Sanguine
- Fascicule N°19 : Exercice à titre Privé

Remerciements

Je dédie ce travail à ma famille et à toutes les personnes qui ayant pu – à un moment ou un autre – contribuer à la réalisation de ce travail.

Aussi, ce travail est dédié à tous ceux qui veulent être de bon gestionnaire.

Je crois que ça sera la dernière mise à jour arrêtée au 31 décembre 2016, je souhaiterais qu'il y'aura d'autres volontaires pour continuer ce modeste travail qui à coup sûr apportera aide et éclaircissements et contribuera peut être à l'amélioration surtout de la gestion quotidienne de nos établissements de santé.

Malgré les rêves non réalisés, malgré les déceptions je suis fier d'avoir appartenu à cette grande famille de la santé.



Table des Matières

Organisation et fonctionnement du bureau des entrées	5
Fiche navette	11
Résumé clinique de sortie et Résumé standard de sortie	13
Ressources propres	17
Contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets	29
Etat civil	31
Inhumation, transport de corps, d'exhumation et de réinhumations	32
Modèle du certificat médical de décès	35
Etat civil des enfants nés des parents inconnus	37
Nomenclature des actes médicaux et paramédicaux et valeur monétaire	38
Mise en œuvre des relations contractuelles	59
Rôle, missions et obligations du médecin généraliste du bureau des entrées	71

INSTRUCTION 03 /MSP/MIN DU 07 DEC 2000 RELATIVE A L'ORGANISATION ET AU FONCTIONNEMENT DU BUREAU DES ENTREES RELEVANT DES C.H.U, E.H.S ET SECTEURS SANITAIRES

DESTINATAIRES :

MM :

- Les Directeurs Généraux des C.H.U)
- Les Directeurs des E.H.S
- Les Directeurs des Secteurs Sanitaires)
- Les D.S.P

Pour exécution

Pour suivi de l'exécution

REFERENCES :

- Arrêtés interministériels du 26 Avril 1998 fixant les organigrammes des CHU, EHS et des Secteurs Sanitaires.
- Arrêté interministériel du 17 Septembre 1998 modifiant et complétant l'arrêté interministériel du 13 Mars 1995 fixant les conditions de nomination aux postes supérieurs des CHU, des secteurs sanitaires et des EHS.

L'analyse de l'état actuel de l'organisation et du fonctionnement du bureau des entrées dans la majorité des établissements de santé impose de prendre en urgence des mesures rigoureuses pour la mise en place, dès janvier 2001, de l'ensemble des activités dévolues à cette structure qui revêt un rôle stratégique en matière de gestion.

En effet, la place et l'importance du bureau des entrées, consacré officiellement au niveau des organigrammes des établissements de santé, trouvent leur pleine signification dans le réseau des relations internes et externes qu'il est appelé à entretenir en se plaçant comme son principal du système d'information et d'évaluation périodiques des actions de soins et en assurant convenablement le traitement et le suivi des données.

Les rapports contractuels qui sont appelés à se développer à l'avenir en matière de financement des activités des établissements de santé avec les différents partenaires, exigent que soient préalablement réhabilités et rendus opérationnels les bureaux des entrées.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre des actions à mener en vue d'améliorer la gestion administrative et financière des établissements de paiements.

1- ACTIONS A MENER A COURT TERME

Elles concernent principalement

1-1 La préparation des différents intervenants à l'effet de rendre possible dans les meilleurs délais, la mise en place des fonctions liées à la facturation.

1-2 le renforcement qualitatif et quantitatif des moyens humains et matériels pour permettre au bureau des entrées de remplir ses missions dans de bonnes conditions.

1-3 La réhabilitation de toutes les fonctions dévolues au bureau des entrées cette réhabilitation devra se traduire notamment par l'établissement systématique des bulletins d'admission des malades et la tenue des différents registres dont ceux de l'état civil

Elle devra permettre le recueil et l'analyse des informations ainsi que les indicateurs d'activités (Consultation externes, soins ambulatoires, actes médico-techniques, journées d'hospitalisation, taux d'occupation, durée moyenne de séjour, taux de rotation des lits ...) l'exploitation des fiches navettes, le suivi et le classement des dossiers administratifs des malades.

Elle devra également aboutir à la prise en charge opérationnelle de l'émission de décomptes (facturation), du suivi des recouvrements, de la gestion de la régie recettes (caisse), de la participation à l'analyse des coûts et à la normalisation des activités de soins, et enfin à la gestion du contentieux.

Un logiciel actuellement à l'étude sera diffusé à l'ensemble des établissements de santé dès sa mise au point.

2- ORGANISATION DU BUREAU DES ENTREES

Le schéma général d'organisation ci-après identifie la prise en charge des missions et champs d'attribution dévolue au bureau des entrées.

La mise en place de cette organisation doit être accompagnée de l'uniformisation des supports de gestion de l'information. La liste des supports normalisés est jointe en annexe de la présente instruction.

- le bureau des entrées doit être **facile d'accès** tant pour les usagers que pour les différents services internes ayant des relations étroites avec celui-ci. Il doit être également signalé par les panneaux placés aux endroits appropriés. Les structures physiques doivent être suffisamment spacieuses pour permettre une prise en charge fonctionnelle des missions dévolues au bureau des entrées.

- Compte tenu de l'importance stratégique du bureau des entrées, le responsable devra être choisi parmi les administrateurs des services de santé ou les personnels titulaires d'un grade équivalent.

- Le niveau de qualification des personnels préposés au bureau des entrées doit être en adéquation avec les diverses fonctions à assumer. Les critères de sélection devront tenir compte aussi bien des qualités humaines que professionnelles et ce, eu égard à l'importance des aspects relationnels de cette fonction qu'il est indispensable de valoriser en vue de l'amélioration de l'accueil dans tous nos établissements de santé.

Les directeurs des établissements de santé doivent personnellement s'impliquer pour le succès de cette opération, en veillant scrupuleusement au respect des délais impartis et aux prescriptions sus énoncées.

Toute difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction devra être portée à la connaissance de l'administration centrale du Ministère de la Santé et de la Population – Direction des Services de Santé.

Les directeurs généraux des CHU, les directeurs des EHS, et les directeurs des Secteurs Sanitaires sont chargés de veiller à la stricte application de la présente instruction qui constitue un des éléments préalables à la mise en œuvre progressive de la contractualisation.

LISTE DES SUPPORTS D'INFORMATION ET DE GESTION NORMALISES

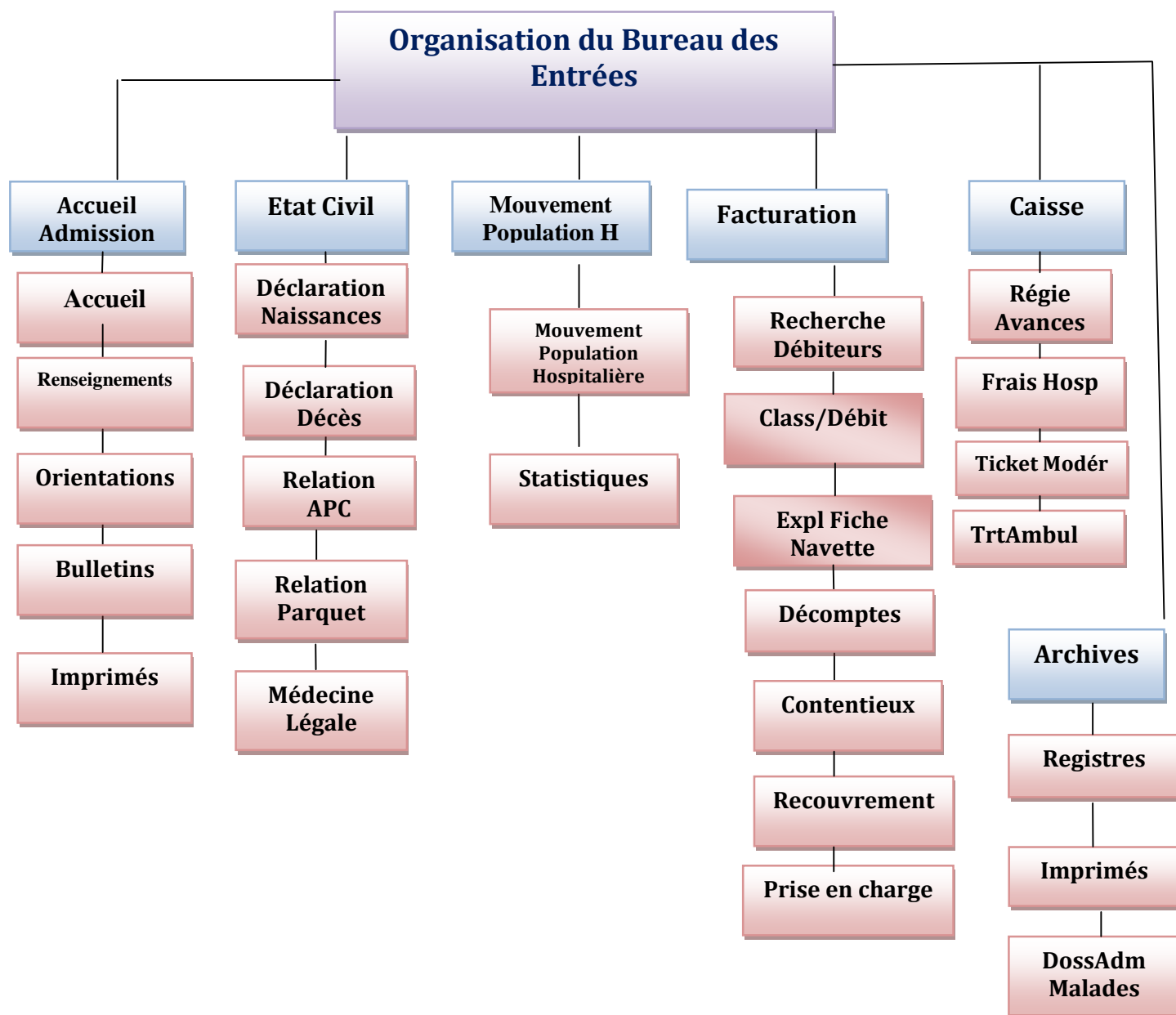
1)- IMPRIMES :

- DEMANDE D'HOSPITALISATION
- ENGAGEMENT A PAYER
- BULLETIN D'ADMISSION
- FICHE NAVETTE
- PERMIS DE RETRAIT DE MINEUR
- CERTIFICAT DE SEJOUR
- DECLARATION DE NAISSANCE
- DECLARATION DE DECES
- CERTIFICAT DE NON CONTAGION
- BON D'AMPHITHEATRE POUR LEVEE DU CORPS
- LETTRE AU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE
- ETAT JOURNALIER DES EFFECTIFS PAR SERVICE
- PROCES VERBAL D'ABANDON
- MOUVEMENT DE LA POPULATION HOSPITALIERE PAR SERVICES/MOIS
- RECOLLEMENT DES MALADES
- FICHE D'EVACUATION
- DECOMPTE
- FICHE NAVETTE HOSP/JOUR

2)- REGISTRES :

- REGISTRE DE NAISSANCES
- REGISTRE DECES
- REGISTRE REPERTOIRE (Par lettre alphabétique)
- REGISTRE JOURNAL
- REGISTRE DU MOUVEMENT DES MALADES
- REGISTRE D'EVACUATION.

Organisation du Bureau des Entrées.



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

***CIRCULAIRE N° 01 MSP/DSS DU 16 JUIN 2001
RELATIVE A L'INTERDICTION D'UTILISATION DES ORDONNANCES
MEDICALES POUR DEMANDER UNE HOSPITALISATION***

Mmes, Mlles et Mrs les,

* Directeurs de la santé et de la population	(Tous)	« pour suivi »
* Directeurs Généraux des C.H.U.	(Tous)	« pour exécution »
* Directeurs des E.H.S	(Tous)	« pour exécution »
* Directeur des Secteurs Sanitaires	(Tous)	« pour exécution »

REF : Instruction ministérielle n° 03 du 07/02/2001 relative au fonctionnement et la gestion du bureau des entrées des établissements de santé.

Lors des visites effectuées dans les établissements de santé des différentes wilayas, il a été constaté que les ordonnances médicales continuent à être utilisées pour demander une hospitalisation d'un malade.

Cette pratique ancienne devait normalement cesser, dès lors qu'il a été mis en circulation de nouveaux imprimés normalisés, dans le cadre de la réhabilitation des fonctions du bureau des entrées, l'un de ces imprimés étant précisément la Demande d'hospitalisation », avec tous les renseignements utiles qui la caractérise.

Je vous demande par conséquent, d'instruire en toute urgence, l'ensemble des souscripteurs à l'effet de **ne plus utiliser** les « Ordonnances Médicales » mais exclusivement les « Demandes d'hospitalisation » et ce, quelque soit le mode d'admission du malade ;

Il va sans dire alors, que toutes les dispositions nécessaires et utiles doivent être prises à l'effet de rendre disponible l'imprimé normalisé y afférent, en **quantité suffisante** et de façon **régulière et permanente** au niveau des lieux de consultations médicales, des urgences médico-chirurgicales, des services médicaux et tout autre endroit où la nécessité se fera ressentir.

Ce n'est qu'en présentant la « Demande d'hospitalisation », qu'on lui délivrera, dûment rempli, le « Bulletin d'Admission » informatisé. Aussi, les chefs de bureau des entrées sont tenues au respect de cette pratique et ne doivent en aucun cas, déroger à la règle d'un fonctionnement normalisé.

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION**

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

LE MINISTRE

INSTRUCTION N° 16 / MSPRH / MIN 2002 DU 22 SEPT 2002

Destinataires :

- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population
- Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires
- Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés

Le processus d'amélioration des prestations sanitaires doit être généralisé, mieux programmé et mis en œuvre au niveau local et national. La définition précise des changements positifs attendus par les citoyens et de leur échéancier, signifiera une meilleure capacité de mesurer leurs résultats et leurs coûts et d'évaluer la performance de la gestion à partir d'indicateurs objectifs.

Ces changements, clairement prioritaires, traduiront la détermination des gestionnaires de chaque structure à s'inscrire dans la dynamique des réformes et à apporter leur contribution locale et nationale. La mise en œuvre des priorités au niveau de tout le pays indiquera ainsi la volonté et la capacité d'aller au-delà des discours et des écrits.

L'évaluation des activités ainsi ciblées comme des priorités permettra de vérifier immédiatement la réactivité de nos équipes dirigeantes, et nous oblige depuis le secteur sanitaire jusqu'aux directions centrales, à mettre en œuvre les nouveaux dispositifs et les nouveaux critères d'allocations de ressources, basées sur le niveau réel des activités.

En attendant que se développent les travaux qui garantiront la cohérence de tous les efforts, je vous demande, c'est un rappel de consacrer votre énergie, durant ce dernier trimestre de l'année 2002, à :

1- Informer, mobiliser organiser toutes les capacités des travailleurs de la santé, du directeur jusqu'aux agents d'accueil, du chef de Service à l'agent d'hygiène, et toutes leurs compétences et leur esprit d'initiative, pour qu'ils adhèrent et qu'ils amplifient le projet d'établissement au niveau personnel et collectif.

2- Informer, rassurer prouver par une traduction dans les faits que le projet de l'établissement et du système national tout entier, a bien pour finalité prioritaire l'assise d'un secteur public rénové modernisé, offrant une prise en charge médicale complète, débarrassée des coûts cachés pour le malade (délais, examens complémentaires effectués dans le privé, les médicaments achetés par le malade, les restrictions alimentaires ...) que ce secteur public rénové sera la garantie absolue de la gratuité pour tous les malades démunis, pour tous les assurés sociaux et leurs ayants droit, pour toutes les personnes en difficulté (démunies ou non, *chroniques* ou non dans l'incapacité de faire face aux coûts de leurs soins, pour tous les patients relevant de programmes nationaux de santé publique .

3- Procéder à des réalisations concrètes, parmi lesquelles devront figurer :
Un bureau des entrées absolument performant et une maîtrise du système d'information sanitaire pour lesquels AUCUN DELAI SUPPLEMENTAIRE ne sera accordé après le 31 décembre 2002. A cette échéance, devra être institutionnalisée la remise systématique à tout patient hospitalisé, sortant d'un résumé clinique de sortie. Il est clair que les gestionnaires qui à cette date, n'auront pas définitivement mis en place ce dispositif essentiel de mesure, de transparence et d'évaluation, ne souhaitent pas et ne pourront pas participer à la gestion rénovée des établissements.
Une valorisation de la réputation de tous les travailleurs de la santé par la vérification des bonnes pratiques et de l'exécution des tâches de tous horaires de travail, rendez-vous fixés aux patients, quantités et qualité des actes ; possibilités de recours des patients.
Une relance effective des activités extra hospitalières avec la fixation d'objectifs mesurables en matière de PMI, de programmes nationaux et de soins primaires de santé scolaire et de santé mentale.

Un renforcement humain et matériel (par un redéploiement qui traduira la capacité des gestionnaires à optimiser les ressources) des activités essentielles et impossibles à différer ou à exécuter ailleurs, maternités, urgences, blocs opératoires, soins intensifs dans toutes les disciplines. Un programme de mise à niveau des capacités – existantes d'hospitalisation par l'offre, dans un délai de 12 mois, d'un minimum de 10 % de l'effectif total des lits qui devront être *normalisés*(chambre individuelles, literie, commodités.) Cette mesure est particulièrement opportune et nécessaire lorsque l'établissement accuse un taux d'occupation inférieur à 60%.

J'insiste sur l'esprit d'initiative qui doit caractériser les gestionnaires responsables et convaincus de devoir apporter des changements sensibles sans rester prisonniers des routines, des équilibres et des forces d'inertie qui ont conduit aux déficits actuels.

Cette instruction ne signifie donc pas que la démarche soit standardisée et figée. Chaque établissement trouvera ses rythmes et traduira ses avancées en fonction de sa détermination et de ses atouts.

Je considère que les mesures qui y sont précisément indiquées représentent un minimum sur lequel chaque gestionnaire évaluera et pourra être évalué avec plus d'objectivité.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CIRCULAIRE N° 3637 MSP/ DSS DU 23 / 12 / 1985

DESTINATAIRES :

Messieurs les Walis : (Direction de la Santé de la Wilaya) pour **information et suivi**

Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires et des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

Pour Exécution

Objet : Fiche navette.

J'ai l'honneur de vous informer qu'il a été décidé de remettre en circulation à tous les services d'hospitalisation des Secteurs Sanitaires et des Etablissements Hospitaliers Spécialisés la fiche navette, dont le modèle est ci-joint, à dater du 1^{er} janvier 1986.

Cette fiche navette devra accompagner le malade lors de son hospitalisation à toutes les interventions qui sont entreprises doivent être inscrites. Que ces investigations soient pratiquées par le service d'hospitalisation ou même dans un autre service de l'hôpital ou d'un autre secteur sanitaire. Les soins courants ne doivent y être mentionnés.

Cette fiche navette permettra une évaluation non seulement de l'activité d'hospitalisation du service mais également des actes de diagnostic.

Elle sera servie à différents niveaux de la façon suivante :

BUREAU DES ADMISSIONS :

L'agent préposé aux admissions transcrira sur la fiche navette toutes les informations à caractère administratif.

A la sortie du malade la fiche navette est retournée au bureau des admissions.

L'agent devra alors porter sur les registres les informations concernant la somme des coefficients des actes qui ont été accomplis au malade par les différents services.

L'évaluation mensuelle, trimestrielle et annuelle par service sera effectuée par ce bureau.

SERVICES MEDICAUX :

Le surveillant médical est responsable de l'inscription sur la fiche navette de chaque acte accompli conformément à la nomenclature. Il devra porter la lettre clé suivie du coefficient correspondant à l'acte pratiqué et faire signer le praticien.

Les registres mis en place au niveau du bureau des admissions seront conformes aux modèles ci-joints. Ces registres permettront une évaluation mensuelle de la somme des coefficients des actes pratiqués par service.

Un état trimestriel devra être transmis à la direction des structures de la santé pour évaluation.

Une nomenclature provisoire des actes médicaux vous sera transmise dans les prochains jours en attendant la diffusion de la nomenclature officielle qui sera adoptée par la commission nationale.

Toute difficulté de mise en application de cette circulaire doit m'être signalée sous le présent timbre.

SECTEUR SANITAIRE.....

*** FICHE NAVETTE ***

MALADE. (ASSURE – CONJOINT – ENFANT)

ASSURE

Nom.....

Nom :.....

Prénom :.....

Prénom :.....

Adresse :

Adresse :.....

N° matricule d'hospitalisation.....

Adresse :.....

Date d'entrée :

Nom de l'employeur

Date de sortie :

Caisse de sécurité sociale

Date de sortie

N° d'immatriculation :

*** INTERVENTION URGENTE A L'ADMISSION**

SERVICE PRESTATAIRE	DATE DES ACTES	COEFFICIENTS DES ACTES	NOM ET SIGNATURE DU PRATICIEN

HOSPITALISATION *

SERVICE D'HOSPITALISATION	DATE DES ACTES	COEFFICIENT DES ACTES	NOM ET SIGNATURE DU PRATICIEN

**EN CAS DE TRANSFERT DU MALADE VERS UN AUTRE SERVICE PRECISER LA DATE
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MORPHOLOGIQUES ET BIOLOGIQUES**

SERVICE PRESTATAIRE	DATE DE L'ACTE	CONFICIENT DE L'ACTE	NOM DU PRATICIEN	SIGNATURE DU PRATICIEN

*** BLOC OPERATOIRE ***

SERVICE PRESTATAIRE	DATE DE L'ACTE	CONFICIENT DE L'ACTE	NOM DU PRATICIEN	SIGNATURE DU PRATICIEN

*** DIVERS ***

SERVICE PRESTATAIRE	DATE DE L'ACTE	CONFICIENT DE L'ACTE	NOM DU PRATICIEN	SIGNATURE DU PRATICIEN

LE MINISTRE

***INSTRUCTION N° 17 / MSPRH / MIN 2002
DU 24 OCT 2002***

DESTINATAIRES :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population (pour diffusion aux Directeur des Secteurs Sanitaires et des EHS et suivi de l'exécution).
- Les Directeurs Généraux des CHU (pour exécution)

Dans le cadre du programme d'amélioration des prestations, l'instruction N° 16/MSPRH/MIN 2002 du 22 Septembre 2002, identifie, parmi les réalisations concrètes attendues, la remise systématique à tout patient hospitalisé sortant d'un ***Résumé clinique de sortie***.

Ce document à caractère médico-légal, répond au droit du malade d'être informé de son séjour en milieu hospitalier, de la nature de l'affection ayant entraîné son hospitalisation ainsi que les actes et indications thérapeutiques reçus.

Par ailleurs, un ***Résumé Standard de sortie*** document médico-administratif renseignant sur la nature des pathologies prises en charge ainsi que la durée et le mode de sortie du patient devra être institué, il est destiné essentiellement au recueil de l'information épidémiologique hospitalière et à l'évaluation des activités des services et de l'offre de soins.

Un modèle de ***Résumé clinique de sortie*** et un modèle de ***Résumé Standard de sortie*** types sont joints à la présente, il est attendu des gestionnaires des établissements leur mise en place, après débat au sein des conseils scientifiques et médicaux pour complément de renseignements et enrichissement éventuels.

Une notice explicative concernant les modalités de renseignement du résumé standard de sortie est également, jointe en annexe.

Les Directeurs de santé et de population sont chargés du suivi et du contrôle de ce dispositif qui devra être généralisé avant le 31 décembre 2002 au niveau de tous les établissements hospitaliers.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Abdelhamid ABBERKANE

Résumé Clinique de Sortie

N° Matricule :

Etablissement :N° de Dossier :

Nom et Prénoms :Date de Naissance :Sexe :

Lieu de Naissance /
(Commune) :Wilaya :

Date d'Hospitalisation :Mode d'entrée :

Service :Date d'entrée au Sce :Date sortie du Sce :

Motif d'hospitalisation :
.....

Bilan Biologique :
.....

Bilan Radiologique :
.....

Autres Examens :
.....

Diagnostic principal de sortie.....

Diagnostic associés
.....

Actes et Traitements :

LE CHEF DE SERVICE

LE MEDECIN TRAITANT

• Notice explicative du * Résumé Standard de Sortie *

Modalités d'exportation

Le résumé Standard de sortie est composé deux partie (une partie * **Blanche*** et une partie * **grise** *) :

La partie Blanche :

La partie * blanche * est renseignée exclusivement par le médecin traitant du dernier service d'hospitalisation du patient concerné.

Elle est constituée de cinq (05) volets, qui sont :

Identification du service

- Nom de l'établissement (Exemple : CHU Mustapha)
- Nom du service (Exemple : Médecine Interne)
- Nom du Chef de service (Exemple : Pr BOUDERBALA Mohamed)

Identification du Patient

- L'ensemble de ces informations sont contenues dans * le bulletin d'admission * remis à chaque patient par le service du Bureau des Entrées lors de son hospitalisation, il y a lieu de reprendre les données telles qu'elles existent sur le bulletin d'admission.

Admission du patient

- Toutes les informations demandées dans ce volet sont contenues * le bulletin d'admission *.

Sortie du patient

- Date d'entrée au service : C'est la date réelle d'entrée au service.
- Médecin traitant : C'est le nom, le prénom et la qualité du médecin ayant pris en charge le patient ; il est chargé de renseigner ce document.
- Mode de sortie
- Date de sortie de l'hôpital : c'est la date réelle de sortie de l'hôpital.

Diagnostics

- Motif d'hospitalisation
- Diagnostic principal à la sortie
- Diagnostics associés.

La partie grise :

La partie * grise * est réservé au Bureau des Entrées de l'établissement. Elle est totalement codifiée, elle comprend :

- Code service
- Code wilaya de résidence
- Matricule du médecin traitant
- Code * mode de sortie *
- Code CIM 10 du diagnostic principal de sortie
- Code CIM 10 du diagnostic associé 1
- Code CIM 10 du diagnostic associé 2

- Code CIM 10 du diagnostic associé 3

Circuit du document :

- 1 – Renseigné par le médecin traitant (02 copies)
- 2 – Une copie de ce document doit être déposée dans le dossier médical du patient
- 3 – la deuxième copie accompagne la fiche navette lors de la sortie du patient.

Mode de sortie :

Liste des modes de sortie

- Sortie normale (guérison)
- Décès
- Evacuation vers une autre structure hospitalière
- Contre avis médical
- Transfert à l'étranger

Résumé Standard de sortie

ETABLISSEMENT :..... SERVICE de :..... CHEF DE SERVICE :.....
Matricule :N° Dossier Dans le Sce
Nom et Prénom..... Date de Naissance (âge).....Sexe..... Lieu de Naissance..... Lieu de Résidence (Wilaya)..... Date d'admission à l'hôpital.....
DERNIER SERVICE D'HOSPITALISATION
Date d'entrée au Service..... Médecin traitant :..... Mode de sortie..... Date de sortie de l'hôpital.....
Motif d'hospitalisation :..... Diagnostic principal de sortie..... Diagnosics associées 1-..... 2-..... 3-.....

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

ARRETE INTERMINISTERIEL DU 7 MAI 1995 FIXANT LA NATURE ET LE MONTANT DES RESSOURCES PROVENANT DES ACTIVITES PROPRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Le Ministre des Finances,

Le Ministre de la Santé et de la Population

Vu la loi n° 84-17 du 07/07/1984 modifiée et complétée, relative aux lois des finances,

Vu la loi n° 84-21 du 24/12/1984, portant loi des finances pour 1985 notamment son article 12

Vu la loi n° 85-05 du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé notamment ses articles 229 et 231.

Vu la loi n° 87-29 du 23/12/1987, portant loi des finances pour 1988 notamment son article 189.

Vu la loi n° 88-07 du 26/01/1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail.

Vu la loi n° 90-21 du 15/08/1990 relative à la comptabilité publique.

Vu la loi n° 90-32 du 04/12/1990 relative à l'organisation et au fonctionnement de la cour des comptes.

Vu le décret législatif n° 93-18 du 29/12/1993 portant loi de finances pour 1994.

Vu l'ordonnance n° 94-03 du 31 décembre 1994 portant loi de finances pour 1995 notamment son article 165.

Vu le décret n° 81-242 du 05/09/1981 portant création et organisation des établissements hospitaliers Spécialisés.

Vu le décret n° 86-25 du 11/02/1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires, modifié et complété.

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 15/04/1994 portant nomination des membres du Gouvernement.

Vu l'arrêté interministériel du 04/07/1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs, relatives aux actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.

Vu l'arrêté interministériel du 11/10/1993 portant fixation des prix de journées d'hospitalisation par service et normalisés.

A R R E T E N T

Article 1^{er}: En application des dispositions de l'article 165 de l'ordonnance n° 94-03 du 31/12/1994 portant loi de finances pour 1995, modifiant et complétant l'article 12 de la loi n° 84-21 du 24/12/1984 portant loi des finances pour 1985, le présent arrêté a pour objet de fixer la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de Santé.

Article 2 : Les ressources propres des Etablissements publics de Santé sont constituées notamment par.
Le revenu des conventions avec les organismes de sécurité sociale.

Le revenu des activités de médecine du travail.

Le remboursement par les assurances économiques des frais d'hospitalisation et de soins de leurs assurés.

La contribution des bénéficiaires aux frais de restauration et d'hébergement en milieu hospitalier.

La contribution des bénéficiaires aux frais de consultation.

ARTICLE 3 : Le remboursement, à titre de dommages corporels, par les assurances économiques de frais d'hospitalisations de leurs assurés, s'effectue par référence aux dispositions de l'arrêté interministériel du 11/10/1993, au prix moyen de la journée d'hospitalisation, soit deux mille neuf cent dinars (2.900 DA).

ARTICLE 3 : La contribution des patients aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier est fixée à Cent Dinars (100 DA).

La contribution des bénéficiaires de consultations médicales est fixée à :

- Médecine Générale : Cinquante Dinars (50 DA)
- Spécialités : Cent Dinars (100 DA).

Ne sont pas concernés par les dispositions du présent article les bénéficiaires appartenant aux catégories sociales sans revenu, telles que définies par la réglementation en vigueur.

ARTICLE 5 : Les dispositions du présent arrêté ne sont pas applicables aux démunis non assurés sociaux et ce conformément aux dispositions de l'article 147 du décret législatif n° 93-18 du 15 Rajab 1414 correspondant au 29/12/1993 portant loi des finances pour 1994.

ARTICLE 6 : Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires, les Directeurs des Secteurs Sanitaires, les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés et les Comptables Assignataires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui prend effet à compter du 1^{er} janvier 1995.

Le Ministre des Finances

**Le Ministre de la Santé
et de la Population**

LE MINISTRE

***CIRCULAIRE N° 01 / MSP / CAB / MIN
DU 05 AVR 1995***

DESTINATAIRES :

Messieurs les Directeurs de la santé
et de la protection sociale (tous)
Messieurs les directeurs généraux des CHU
Messieurs les directeurs des EHS
Messieurs les directeurs des secteurs sanitaires

**pour attributions
pour Exécution
pour exécution
pour exécution.**

EN COMMUNICATION :

pour information

Messieurs

- Ministre des Finances
- Ministre Délégué au Trésor
- Ministre délégué au Budget
 - Direction générale des impôts
 - Direction générale du Budget
- Ministre du travail et de la protection sociale
- Directeur général de la CNAS
- Messieurs les Walis.

OBIET : Modalités d'application des dispositions de l'arrêté interministériel du 7 janvier 1995 fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé.

L'évaluation des conditions d'exécution des dispositions de l'arrêté interministériel cité en objet, a mis en relief la nécessité de préciser les modalités de son application par la présente circulaire qui a pour objet de compléter le dispositif de mesures d'application déjà énoncées par les télex N° 41/MSP/DC 95 du 13 Février 1995 et N° 65/MSP/DC/95 du 20 Mars 1995.

Cette circulaire répond ainsi aux différentes questions posées dans le cadre de la mise en œuvre pratique des dispositions du texte réglementaire précité.

1- CONTRIBUTION DES PATIENTS

1.1 Aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier

Le montant de cette contribution fixé à 100 DA, s'entend par journée d'hospitalisation. Cette mesure doit se traduire impérativement par une amélioration significative des conditions d'accueil, d'hébergement et de restauration des malades, une simplification des procédures de prise en charge médicale.

1.2 Aux frais de consultation médicale

Elle est fixée respectivement à :

- 50 DA pour la consultation de Médecine Générale
- 100 DA pour la consultation de Médecine Spécialisée

Cette participation s'applique également aux consultations respectives de chirurgie Dentaire.

1.3 En matière d'urgence Médico-Chirurgicales

La prise en charge des patients doit être systématique et diligente.

Aucun motif ne peut justifier un différé de l'examen médical des personnes souvent en situation de détresse.

La procédure de virement des frais de consultation devra être entamée immédiatement après concernant les malades n'ayant pas fait l'objet d'une décision d'hospitalisation.

Les patients transférés d'une structure sanitaire publique vers une autre ne contribuent pas une nouvelle fois aux frais de consultation.

2- AFFECTIONS PROGRAMMES DE SANTE COLLECTIFS ET CATEGORIES DE PERSONNES EXCLUS DU CHAMP D'APPLICATION DE L'ARRÊTE INTERMINISTERIEL

2.1 AFFECTIONS

La prise en charge des affections avérées suivantes est exemple de toute contribution de la part du malade : Cancers ; Diabète ; Hémophiles ; Affections psychiatriques ; Insuffisance Rénale Chronique ; Asthme ; Infection HIV ; Cardiopathies ; Handicapes Moteurs Lourds (type ; tétraplégie ; paraplégie ; hémiplegie myopathie ; sclérose en plaques...)

Les patients atteints par ce type de pathologies doivent cependant être obligatoirement munis d'une carte médicale délivrée par le service hospitalier ou la structure de santé assurant la prise en charge du malade et préservant le secret médical.

2.2 PROGRAMMES NATIONAUX DE SANTE

Toutes les actions inscrites et liées au développement des programmes nationaux de santé demeurent à la charge complète de l'état ;

Il s'agit notamment des programmes nationaux suivants :

- Programme national de planification familiale initié dans les structures hospitalière et extra-hospitalière.
- Programme de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.
- Programme élargi de vaccination de l'enfant (PEV).
- Programme d'immunisation par séro-vaccinoprophylaxie à l'exception de la vaccination des voyageurs réalisée par les centres agréés pour les vaccinations internationales.
- Programme de lutte contre les zoonoses.
- Programme de lutte contre le trachome.
- Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.
- Programme de nutrition et lutte contre les maladies carencielles.
- Programme de santé scolaire et universitaire.
- Programme de lutte contre la tuberculose.
- Programme d'éradication du paludisme.
- Programme de lutte contre le Rhumatisme articulaire Aigue (RAA).
- Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA)
- Programme de lutte contre les MST/SIDA.

2.3 COLLECTIFS ET CATEGORIES DE PERSONNES

Sont dispensés du paiement de la contribution aux frais de consultation et aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier :

- Les personnels des services de santé y compris les conjoints et enfants à charge.
- Les moudjahidines, les veuves de Chahid et ayants-droits.
- Les enfants de moins de 5 ans et les jeunes évoluant en milieux assistés.
- Les appelés du service national.
- Les détenteurs de cartes d'invalidité délivrées par les services habilités.
- Les gardes-malades.
- Les malades hospitalisés suite à une poussée épidémique avérée.
- Les patients hospitalisés suite à une catastrophe naturelle.
- Les personnes couvertes par le filet social.
- Les titulaires de pensions et allocations de sécurité sociale de montant inférieur au S.N.M.G (présentation des cartes délivrées par la sécurité sociale attestant l'exonération du ticket modérateur.)
- Les rentiers accidents de travail incapable de travailler (50% d'incapacité au moins- carte délivrée par la sécurité sociale.)

3. ASPECTS ORGANISATIONNELS ET FINANCIERS.

3.1 ORGANISATION

La démarche induite par la mise en œuvre de l'arrêté interministériel du 07 janvier 1995 doit inciter les gestionnaires à développer une meilleure organisation des activités et un aménagement adéquat des services notamment le bureau des entrées, les services d'accueil des malades, et les structures de consultations qui devront notamment respecter impérativement les horaires légaux de travail. Les supports de gestion, nécessaires à l'évaluation des activités et des performances doivent être mis en place, là où ils n'existent pas encore.

3.2 ASPECTS FINANCIERS

En attendant la redéfinition des relations du système de santé avec ses différents partenaires, il convient, en cas d'hospitalisation, de prévoir le versement d'une avance correspondant à la durée moyenne de séjour (D.M.S) par service.

Néanmoins, la décision médicale d'hospitalisation d'un malade est exécutoire quelles que soient ses capacités financières à son admission.

3.3 ASPECTS COMPTABLES

Le fonctionnement des régies doit être dynamisé dans le respect des dispositions du décret exécutif N° 93-108 du 05 Mai 1993 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des régies de recettes et de dépenses.

Dans ce cadre, il y a lieu de créer, en tant que de besoin, autant de sous-régies que nécessaire en vue de faciliter au maximum le mouvement des consultations notamment auprès des services particulièrement sollicités.

Il convient, le cas échéant, de prévoir un point d'accueil pour les malades relevant d'une des catégories identifiées au paragraphe 2 de la présente circulaire. Un quittancier spécial d'exemption de frais devra être tenu à cet effet.

Les directeurs des établissements de santé devront procéder une lecture attentive des dispositions de la présente circulaire et veiller à sa stricte application. Ils sont invités à notifier à l'administration centrale du ministère de la santé et de la population toutes difficultés d'interprétation ainsi que toutes suggestions jugées utiles dans le sens de l'amélioration des conditions d'exécution du dispositif ainsi arrêté.

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION**

LE SECRETAIRE GENERAL

24 mai 1997

- Messieurs Les Directeurs de la Santé et de Protection Sociale
(Pour communication aux Secteurs Sanitaires et Etablissements
Hospitaliers Spécialisés)
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires.

Objet : -*Prise en charge des patients victimes du terrorisme.*

Réf : -Arrêté Interministériel du 7 janvier 1995 fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des Etablissements Publics de Santé.
- Circulaire n°1/MSP/CAB/MIN du 15 Avril 1995 relative aux modalités d'application de l'arrêté interministériel susvisé.

J'ai l'honneur de vous rappeler que les patients victimes du terrorisme, admis aux urgences et hospitalisés, ne sont pas concernées par l'arrêté interministériel cité en objet.

A cet effet, ils bénéficient de la gratuité totale des frais engagés pendant leur séjour.

Je vous demande de prendre les dispositions nécessaires pour la stricte application de cette mesure au niveau de tous les services concernés.

ARRETE INTERMINISTERIEL N° 50 DU 26 JANVIER 2002 FIXANT LA NATURE ET LE MONTANT DES RESSOURCES PROVENANT DES ACTIVITES PROPRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Le Ministre des Finances.

Le Ministre de la Santé et de la Population.

Vu la loi n°83-11 du 02 juillet 1983 modifiée et complétée, relative aux assurances sociales,
Vu la loi n°84-17 du 07 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances,
Vu la loi n°84-21 du 24 décembre 1984, portant loi de finances pour 1985, notamment son article 12,
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé ;
Vu la loi n°90-21 du 15 Août 1990, relative à la comptabilité publique,
Vu la loi n°90-32 du décembre 1990, relative à l'organisation et au fonctionnement de la cour des comptes,
Vu l'ordonnance n°94-03 du 31 décembre 1994, portant loi de finances pour 1995, notamment son article 165,
Vu la loi n°01-21 du 07 Chaoual 1422 correspondant au 22 décembre 2002 portant loi de finance pour 2002.
Vu le décret présidentiel n°01-139 du 08 Rabie-El-Aouel 1422 Correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement,
Vu le décret exécutif n°97-466 du 02 Chaabane 1418 correspondant au 02 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires.
Vu le décret exécutif n°97-465 du 02 Chaabane 1418 correspondant au 02 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.
Vu le décret exécutif n°97-467 du 02 Chaabane 1418 correspondant au 02 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

ARRETENT

Article 1^{er} : En application des dispositions de l'article 165 de l'ordonnance n°94-03 du 31 décembre 1994, portant loi de finances pour 1995, le présent arrêté a pour objet de fixer la nature et de montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé.

Article 2 : Les ressources propres des établissements publics de santé sont constituées notamment par :

La contribution des organisations de sécurité sociale, dans le cadre de conventions pour la réduction des transferts pour soins à l'étranger, de la prise en charge des pathologies lourdes et durables, du processus d'amélioration des prestations prodiguées aux malades et de l'intéressement des personnels ;

Il est versé, en outre, une participation exceptionnelle, par les organismes de sécurité sociale, aux budgets des établissements publics de santé pour améliorer la couverture sanitaire des assurés sociaux.

Le revenu des activités de médecine du travail,

Le paiement, par les assurances économiques, des frais d'hospitalisation, de soins, de consultation et d'examens complémentaires de leurs assurés, à titre de dommages corporels,

Le paiement, par les cliniques privées, des frais d'hospitalisation, de soins, de consultation et d'examens complémentaires, induits suite à un transfert de leurs malades dans un établissement public de santé.

Le paiement, par les patients non assurés sociaux, non démunis et les étrangers non assurés en Algérie, des frais d'hospitalisation, de soins de consultation et d'examens complémentaires,

La contribution des assurés sociaux aux frais d'hôtellerie et de consultation sur la base des montants à l'annexe 1 point 1 du présent arrêté.

Article 3 : Les montants des paiements des frais d'hospitalisation de soins, de consultation et d'examens complémentaires, par les assurances économiques, les cliniques privées, les patient non assurés sociaux non démunis et de étrangers non assurés en Algérie, sont fixés en annexe 1 du présent arrêté.

Toutefois, les montants prévus ci-dessus sont échelonnés sur deux périodes de six mois à hauteur de la moitié du montant pour chacune des deux périodes, en ce qui concerne les patients non assurés sociaux non démunis.

La liste des actes relevant de chacune des catégories d'examens complémentaires prévus en annexe 1 du présent arrêté est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 4 : Ne sont pas concernées par dispositions du présent arrêté, les personnes atteintes de certaines maladies dégénération et d'affections chroniques, titulaires de cartes médicales délivrées par les services hospitaliers assurant leur prise en charge, les personnes bénéficiaires des actions inscrites dans certains programmes nationaux de santé et certaines catégories de personnes, telles que fixées, respectivement, aux points 2,1 et 3 de l'annexe II du présent arrêté.

Article 5 : Les modalités pratiques d'application arrêté sont fixées, en tant que de besoin, par circulaire du Ministre chargé de la santé.

Article 6 : Toute disposition contraire à celles du présent arrêté est abrogée.

Article 7 : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 26 janvier 2002

Le Ministre des Finances

**Le Ministre de la Santé
et de la Population**

**ARRETE INTERMINISTERIEL N° 50 DU 26 JANVIER 2002 FIXANT LA NATURE ET DE MONTANT
DES RESSOURCES PROVENANT DES ACTIVITES PROPRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE
SANTÉ**

ANNEXE I

1.1 – Montant des paiements et de la contribution des patients aux frais d'hôtellerie et de consultation.

Nature des prestations	Catégories de patients prévues à l'article 2 points 3,4 et 5 du présent arrêté	Catégorie de patients prévue à l'article 2 point 6 du présent arrêté	Obs
Consultation de médecine générale y compris la chirurgie dentaire	250 DA	50 DA	Par consultation
Consultation de médical spécialisée, y compris la chirurgie dentaire	450 DA	100 DA	Par consultation
Participation aux frais d'hôtellerie	Conformément au point 2-1 ci-dessous	100 DA	Par journée d'hospitalisation

1.2 – Montant des paiements et de contribution des patients aux frais d'hospitalisation, par journée d'hospitalisation

Disciplines	Hôpitaux de Daïra	Hôpitaux de Wilaya	EHS et CHU
	Catégories de patients prévues à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté	Catégories de patients prévues à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté	Catégories de patients prévues à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté
Médecine et spécialistes médicales	3.000 DA	3.500 DA	4.000 DA
Chirurgie et spécialités chirurgicales	3.500 DA	4.000 DA	5.000 DA
Soins intensifs et réanimation	4.000 DA	5.000 DA	6.000 DA
Journée d'hospitalisation pour les pathologies lourdes au sein des services hautement spécialisés : <ul style="list-style-type: none"> (Les consommables, les prothèses et les fournitures spécifiques sont facturées en sus). 			9.000 DA

1.3 - Imagerie médicale :

Nature des prestations	Catégories de patients prévues à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté	OBS
Examens sans préparation	200 DA	Par cliché
Examens de catégorie A (mammographie, transit, cialographie, etc.)	1.500 DA	Par acte
Examen de catégorie B (transit du grêle, lavement baryté prochographie etc.)	2.500 DA	Par acte
Angiographie par voie veineuse périphérique	6.000 DA	Par acte
Angiographie par cathétérisme (majoration 50% si acte interventionnel)	8.000 DA	Par acte
Echographie (majoration 100% si acte interventionnel).	600 DA	Par acte
Tomodensitométrie (majoration 50% si acte interventionnel)	4.000 DA	Par acte
Imagerie par résonance magnétique (IRM) (majoration 50% si acte interventionnel)	7.000 DA	Par acte

1.4 – Radiothérapie

Groupe thérapeutique	Patients prévus à l'article 2, points 4 et 5	OBS
1° groupe : contact	1.000 DA	Par acte
2° groupe : contact 1 à 2 faisceaux, pas d'accessoire, par de contention, caches standards.	2.000 DA	Par acte
3° groupe : à) Cobalt: 3 à 4 faisceaux et /ou utilisation d'accessoires et/ou utilisation de caches personnalisés et/ou utilisation de système de contention. b) Accélérateur : 1 à 2faisceaux pas d'accessoires pas de contention caches standards	3.000 DA	Par acte
4° groupe : accélérateur : avec utilisation de caches personnalisés et/ou de moyen de contention ou d'accessoires.	4.000 DA	Par acte
5° groupe : Radiothérapie et Concomitante quel que soit les modalités	8.000 DA	Par acte

1.5- Examens biologiques

Nature des examens	Catégorie de patients preuves à l'article2, points 3,4 et 5 du présent arrêté
1- Examens à technicité peu complexe et de coût peu élevé	450 DA
2-examens demande une technique de réalisation de complexité intermédiaire	950 DA
3- Examens à technique de réalisation complexe faisant appel à un degré de compétence plus élevée.	1.750 DA
4- Examens à technique de réalisation complexe avec réactifs au coût très élevé.	2.600 DA
5- Examen à techniques de réalisation très complexes, avec des intrants de coût très élevé et utilisant des équipements sophistiqués.	4.000 DA

1.6- Dérivés de sang

(Le sang est délivré à titre gratuit. Ne sont payés et ne font l'objet d'une contribution que les intrants et les consommables nécessaires à son conditionnement et à son traitement.)

Nature des prestations	Catégorie de patients preuves à l'article2, points 3,4 et 5 du présent arrêté
Intrants et consommables nécessaires au conditionnement du sang	1.000 DA
Concentré plaquettaire standard	1.000 DA
Plasma frais congelé	1.500 DA
Concentré de globules rouges standard	2.250 DA
Concentré plaquettaire d'aphérèse et à charge plasmatique (2e fois)	5.500 DA

1.7– Stomatologie

Discipline	Nature des prestations	Catégorie de patients preuves à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté
Soins conservateurs	Obturations dentaires définitives : 1. Cavité simple 2. Cavité composée, 2 faces 3. Cavité composée, 3 faces et plus 4. Soins de la pulpe et des canaux radiculaires 5. Traitement d'une gangrène pulpaire 6. Résection apicale 7. Radio rétroalvéolaire	450 DA 450 DA 600 DA 600 DA 600 DA 1.000 DA 100 DA
Prothèse dentaire	1. Prothèse dentaire adjointe : 1. Totale en résine : ▪ Maxillaire ou mandibulaire ▪ Maxillaire et mandibulaire 2. Totale sur crête fortement résorbées 3. Partielle en résine par maxillaire : ▪ 1 à 3 dents ▪ 4 à 14 dents 4- Partielle en métal par maxillaire ▪ 1 à 3 dents ▪ 4 à 14 dents II – Prothèse dentaire conjointe : 1. Couronne à manstation vestibulaire en résine 2. Couronne céramo-metallique 3. Couronne à tenon radiculaire 4. Réparation de fracture d'appareils 5. Adjonction de dent ou de crochet Rescellement de pont	3.000 DA 6.000 DA 7.000 DA 1.600 DA plus 150 DA par dent 2.500 DA Plus 150 DA par dent 1.500 DA 3.000 DA 2.000 DA 400 DA par maxillaire 150 DA par élément 450 DA
O.D.F	Traitement par appareillage amovible Thérapeutique fixe multiattache bi maxillaire Thérapeutique fixe multiattache uni maxillaire Traitement orthodontique avec chirurgical	4.500 DA 12.000 DA 4.000 DA 7.000 DA
Parodontologie	Détartrage manuel Détartrages aux ultrasons Traitement des lésions gingivales Traitement des lésions osseuses : ▪ Chirurgie parodontale à lambeaux par sextant ▪ Greffe osseuse par sextant ▪ Contention temporaire ▪ Contention définitive Traitement pré-implantaire Traitement des dysfonctionnements crano- Mandibulaires : ▪ Gouttière occlusale maxillaire ▪ Meulage sélectif	250 DA la séance 350 DA la séance 2.000 DA 2.000 DA 4.000 DA 8.000 DA 1.500 DA 8.000 DA 1.000 DA 250 DA la Séance

ARRETE INTERMINISTERIEL N° 50 DU 26 JANVIER 2002
FIXANT LA NATURE ET LE MONTANT DES RESSOURCES PROVENANT
DES ACTIVITES PROPRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

ANNEXE II

**I- CATEGORIES DE PERSONNES DISPENSEES DE LA CONTRIBUTION AUX FRAIS
D'HOSPITALISATION, DESOINS, DE CONSULTATION ET D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

- Les personnes démunies non assurées sociales telles que définies par le décret exécutif N 01-12 du 21 Janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunies non assurés sociaux,
- Les personnes couvertes par le filet social, sur présentation de carte attestant leur état ;
- Les assurés sociaux couverts à 100% et leurs ayants droits ;
- Les personnels des services de santé, y compris leurs ascendants, conjoints et enfants à charge ;
- Les gardes malades dûment autorisés, dans le cas d'hospitalisation de démunis ;
- Les patients hospitalisés suite à une épidémie avérée ou à une catastrophe naturelle ;
- Les catégories particulières d'assurés sociaux, sur présentation de carte, délivrée par la CNAS, attestant leur état et/ou d'une prise en charge.

II – LES MALADES ATTEINTS DES MALADIES DEGENERATIVES ET CHRONIQUES SUIVANTES

- Cancers, insuffisance rénale chronique et SIDA

**III – LES PERSONNES BENEFICIAIRES DES ACTIONS INSCRITES DANS LES PROGRAMMES
NATIONAUX SUIVANTS :**

- Programme national de planification nationale ;
- Programme de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, à l'exception des accouchements ;
- Programme élargi de vaccination ;
- Programme d'immunisation par séro-vaccinoprophylaxie à l'exception de la vaccination des voyageurs réalisée par les centres agréés pour les vaccinations internationales ;
- Programme de lutte contre les maladies à transmissions hydriques ;
- Programme de lutte contre le trachome ;
- Programme de lutte contre la méningite cérébro-spinale ;
- Programme de nutrition et de lutte contre les maladies carencielles ;
- Programme de santé scolaire et universitaire ;
- Programme de lutte contre la tuberculose ;
- Programme de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu ;
- Programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA ;
- Programme national de santé mentale.

Le Ministre

Instruction N°012MSPRH/MIN du 13 Juillet 2002 relative aux conditions d'application de l'arrêté interministériel du 26 janvier 2002 fixant la nature des ressources provenant des activités propres des Etablissements Publics de Santé.

Destinataires :

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé, et la population « Pour suivi de l'exécution et diffusion » à :

MM. Les Directeurs des Secteurs Sanitaires

M.M Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés

Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires

En raison d'une part de l'insuffisance des dotations budgétaires allouées au secteur public de santé et de son lourd endettement, et d'autre part d'une demande en soin de plus importante, l'arrêté interministériel du 26 janvier 2002 a défini les principes et modalités de la participation financière de certains usagers du secteur publics de santé.

Si cet arrêté réaffirme très clairement la gratuité des soins pour les démunis, les assurés sociaux et leurs ayant droits, les malades chroniques et pour la majorité des citoyens, il semble cependant avoir été mal perçus en raison essentiellement des termes de sa médiatisation avant le début du programme de communication devant préalablement préparer sa mise en œuvre.

Il est également établi que toutes les conditions d'une application efficiente ne sont pas réunies, du fait en particulier de la nécessaire intersectorialité dans la mise en œuvre de ce dispositif qui fait intervenir les départements en charge de l'assurance maladie pour les assurés sociaux et de la protection sociale et des collectivités territoriales pour les démunis et les personnes en difficulté.

C'est pour toutes ces raisons que j'avais déjà pris, en temps utiles, la décision de différer la mise en œuvre des conditions et modalités d'application de cette mesure et ce jusqu'à la réunion des éléments requis d'une application sereine qui fasse progresser les établissements de soins dans la direction des calculs des coûts et de la gestion efficiente de leurs ressources.

Je confirme donc la suspension jusqu'à nouvel ordre de l'application des dispositions prévues par l'arrêté interministériel suscité et vous invite à procéder à la poursuite de la préparation des instruments de gestion qui permettront en tout état de cause de toujours préserver l'accès aux soins à tout citoyen dans le respect de l'équipe et de souci de sauvegarder et de développer le secteur public de la santé.

Il demeure entendu que les dispositions de l'arrêté interministériel du 07 janvier 1995 sont toujours en vigueur

Décret exécutif n° 04-101 du 11 Safar 1425 correspondant au 1er avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail et de la sécurité sociale,

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

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

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

Vu l'ordonnance n° 94-03 du 27 Rajab 1415 correspondant au 31 décembre 1994 portant loi de finances pour 1995 ;

Vu la loi n° 02-11 du 20 Chaoual 1423 correspondant au 24 décembre 2002 portant loi de finances pour 2003, notamment son article 116 ;

Vu le décret présidentiel n°03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décrète :

Article 1^{er} : En application des dispositions de l'article 116, alinéas 1 à 3, de la loi n° 02-11 du 20 Chaoual 1423 correspondant au 24 décembre 2002 portant loi de finances pour 2003, le présent décret a pour objet de fixer les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.

Article 2 : Dans le cadre de la mise en œuvre des relations contractuelles liant les organismes de sécurité sociale et le ministère chargé de la santé, la contribution annuelle des organismes de sécurité sociale visée à l'article 1^{er} ci-dessus, destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayants-droit, est versée par fractions trimestrielles. La mise en œuvre de ce financement est effectuée sur la base des informations telles que définies à l'article 3 ci-dessous.

Article 3 : Les établissements publics de santé fourniront trimestriellement aux caisses de sécurité sociale compétentes les informations relatives aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, pris en charge par les établissements publics de santé.

Les informations concernent notamment :

les noms et prénoms des assurés sociaux ou des ayants-droit pris en charge ainsi que

leur numéro d'immatriculation à la sécurité sociale ;

le lieu de résidence (wilaya, commune) ;

la spécialité du service hospitalier prestataire ;

la nature des prestations de soins fournies ;

la durée du séjour ;

le montant des prestations fournies.

Les modalités de détermination et d'évaluation de la nature des prestations et de leur montant seront fixées conjointement par les ministres chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale.

Article 4 : Les organismes de sécurité sociale peuvent procéder au contrôle médical des prestations fournies aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, et à toute vérification sur dossier et/ou sur patient au niveau des établissements publics de santé.

Article 5 : Les organismes de sécurité sociale sont chargés de l'actualisation du fichier national des assurés sociaux et de leurs ayants-droit.

Les organismes de sécurité sociale sont tenus de la mise en place des "services hôpitaux cliniques" destinés à faciliter l'opération de reconnaissance de l'ouverture de droit à la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

Cette opération ne doit en aucun cas porter préjudice, empêcher ou retarder la prise en charge normale du patient.

Article 6 : Les fonds destinés au financement des programmes spécifiques de soins en faveur des assurés sociaux et de leurs ayants droits sont soumis à une évaluation périodique menée par les services compétents des ministères chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale.

Article 7 : Les secteurs concernés sont tenus de prendre les mesures indispensables en vue d'organiser des campagnes d'information de communication et de sensibilisation en direction des citoyens et de réunir les conditions et les moyens nécessaires à la mise en œuvre des dispositions du présent décret dont la limite est fixée au 31 décembre 2004.

Article 8 : Les modalités d'application du présent décret sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté interministériel des ministres chargés de la santé des finances de la solidarité nationale et de la sécurité sociale.

Article 9 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 11 Safar 1425 correspondant au 1^{er} avril 2004

Ahmed OUYAHIA

**TITRE III
REGLES PARTICULIERES AUX DIVERS ACTES DE L'ETAT CIVIL
Chapitre I**

Les actes de naissances

Article 61 : Les déclarations de naissances sont faites, dans les cinq jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu, sous peine de sanctions prévues à l'article 442, 3 du code pénal.

Lorsqu'une naissance n'a pas été déclarée dans le délai légal, l'officier de l'état ne peut la relater sur ses registres qu'en vertu d'une ordonnance rendue par le président du tribunal de l'arrondissement dans lequel est né l'enfant, et mention sommaire est faite en marge à la date de la naissance. Si le lieu de naissance est inconnu, le président du tribunal compétent est celui du domicile du requérant.

Dans les wilayas de la Saoura et des Oasis ainsi que dans les pays étrangers, les déclarations sont faites dans les dix jours de l'accouchement. Toutefois ce délai peut être prorogé dans certaines circonscriptions administratives ou consulaires par décret qui fixe la mesure et les conditions de cette prorogation.

Le jour de l'accouchement n'est pas compté dans les délais fixés par les alinéas précédents. Lorsque le dernier jour dudit délai est un dimanche ou un jour férié, ce délai est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable qui suit le jour férié.

Article 62 : La naissance de l'enfant est déclarée par le père ou la mère ou, à leur défaut, par les docteurs en médecine, sages-femmes ou autres personnes qui ont assisté à l'accouchement ; lorsque la mère aura accouché hors de son domicile par la personne chez qui elle a accouché.

L'acte de naissance est rédigé immédiatement.

Article 63 : L'acte de naissance énonce le jour, l'heure et le lieu de naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui sont donnés, les prénoms, noms, âge, profession et domicile des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant, sous réserve des dispositions de l'article 64 *in fine*.

Article 64 : Les prénoms sont choisis par le père, la mère ou, en leur absence par le déclarant.

Les prénoms doivent être de consonance algérienne ; il peut en être autrement pour les enfants nés de parents appartenant à une confession non-musulmane.

Sont interdits tous les prénoms autres que ceux consacrés par l'usage ou par la tradition.

L'officier de l'état civil attribue lui-même les prénoms aux enfants trouvés et aux enfants nés de parents inconnus et pour lesquels le déclarant n'a pas indiqué de prénoms. L'enfant est désigné par une suite de prénoms dont le dernier lui sert de nom patronymique.

**CHAPITRE III
LES ACTES DE DECES**

Article 78 : Aucune inhumation n'est faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil ; celui-ci ne peut la délivrer que sur production d'un certificat établi par le médecin ou, à défaut, par l'officier de police judiciaire qu'il a chargé de s'assurer du décès.

Article 79 : L'acte de décès est dressé par l'officier de l'état civil de la commune où le décès a lieu sur la déclaration d'un parent du défunt ou sur celle d'une personne possédant sur son état civil les renseignements les plus exacts et les plus complets possibles.

Les déclarations de décès doivent être faites, dans un délai de vingt-quatre heures, à compter du décès. Ce délai peut être prorogé par décret, pour les wilayas de la wilaya de la Saoura et des Oasis.

L'inobservance de ce délai imparti aux personnes chez qui le défunt est mort ainsi qu'à ses proches parents, entraîne l'application des peines prévues à l'article 441, alinéa 2, du code pénal.

La déclaration de décès, même tardive, est reçue et l'acte est dressé, quel que soit le temps écoulé depuis le décès, des lors qu'elle peut encore être vérifiée par l'examen du corps.

Article 81 : En cas de décès dans les hôpitaux ou les formations sanitaires, les hôpitaux maritimes, civils ou autres établissements publics, les directeurs-administrateurs de ces hôpitaux ou établissements, doivent en donner avis, dans les 24 heures, à l'officier de l'état civil ou à celui qui en remplit les fonctions.

Celui-ci s'y transporte pour s'assurer du décès et en dresse l'acte conformément à l'article précédent sur les déclarations qui lui ont été faites et les renseignements qu'il a pris.

Il est tenu, dans lesdits hôpitaux, formations sanitaires et établissements, un registre sur lequel sont inscrits ces déclarations et renseignements.

***Décret exécutif n° 16-77 du 15 Joumada El Oula 1437 correspondant au 24 février 2016
fixant les règles relatives à l'inhumation, au transport de corps, à l'exhumation et à la
ré-inhumation.***

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur et des collectivités locales.

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;

Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;

Vu l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970, modifiée et complétée, relative à l'état civil ;

Vu l'ordonnance n° 70-86 du 15 décembre 1970, modifiée et complétée, portant code de la nationalité algérienne ;

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, relative au code civil ;

Vu l'ordonnance n° 75-78 du 15 décembre 1975 relative aux funérailles ;

Vu l'ordonnance n° 75-79 du 15 décembre 1975 relative aux sépultures ;

Vu la loi n° 84-09 du 4 février 1984 relative à l'organisation territoriale du pays ;

Vu la loi n° 84-11 du 9 juin 1984, modifiée et complétée, portant code de la famille ;

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

Vu la loi n° 01-13 du 17 Joumada El Oula 1422 correspondant au 7 août 2001 portant orientation et organisation des transports terrestres ;

Vu la loi n° 11-10 du 20 Rajab 1432 correspondant au 22 juin 2011 relative à la commune ;

Vu la loi n° 12-07 du 28 Rabie El Aouel 1433 correspondant au 21 février 2012 relative à la wilaya ;

Vu le décret n° 75-152 du 15 décembre 1975 fixant les règles d'hygiène en matière d'inhumations, de transports de corps, d'exhumations et ré-inhumations ;

Vu le décret présidentiel n° 15-125 du 25 Rajab 1436 correspondant au 14 mai 2015, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Après approbation du Président de la République ;

Décrète :

Article 1^{er} : Le présent décret a pour objet de fixer les règles relatives à l'inhumation, au transport de corps, à l'exhumation et à la ré-inhumation.

CHAPITRE 1^{er}

L'INHUMATION

Article 2 : L'inhumation dans le cimetière d'une commune du corps d'une personne décédée sur le territoire de cette commune est autorisée par le président de l'assemblée populaire communale concerné, après accomplissement des formalités prévues par les articles 78 à 94 de l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970, susvisée.

Article 3 : Sans préjudice des dispositions relatives au transport de corps prévue à l'article 9 ci-dessous, l'inhumation dans le cimetière d'une commune du corps d'une personne décédée hors de cette commune est autorisée par le président de l'assemblée populaire communale du lieu de décès.

Article 4 : Les résidents de la commune ont droit à une sépulture dans le cimetière du lieu de résidence, quel que soit le lieu de décès.

La sépulture dans le cimetière de la commune est également possible pour :

- 1- Les personnes non résidentes de la commune, ayant droit à une sépulture familiale ;
- 2- Pour les personnes non résidentes de la commune, qui en expriment la volonté, de leur vivant, ou à la demande de leurs proches ;
- 3- Pour les personnes dont l'identité est inconnue, sur la base d'un permis d'inhumer délivré par l'autorité judiciaire compétente.

L'autorisation d'inhumation délivrée par le président de l'assemblée populaire communale du lieu de décès est présentée au président de l'assemblée populaire communale du lieu d'inhumation pour enregistrer le décès et indiquer le lieu d'enterrement.

Article 5: Si le décès a lieu à l'étranger, l'inhumation du corps sera subordonnée à une autorisation de rapatriement et de transport du défunt au lieu de sépulture, délivrée par les représentations diplomatiques ou consulaires accréditées auprès du pays du lieu de décès.

L'autorisation d'inhumation dans le cimetière de la commune, d'une personne décédée à l'étranger, est délivrée par le président de l'assemblée populaire communale concerné.

Article 6: L'inhumation du corps d'un ressortissant étranger sur le territoire d'une wilaya, est autorisée par le wali dans le cimetière réservé à cet effet.

Article 7: L'inhumation d'un corps dans une propriété privée est autorisée, après accomplissement des formalités prévues par la législation en vigueur, par le président de l'assemblée populaire communale où se situe cette propriété.

Article 8: Le corps du défunt est déposé au domicile mortuaire. Il peut être déposé temporairement et à titre exceptionnel, dans un édifice culturel, un édifice religieux ou un lieu de dépôt collectif.

Toutefois, le corps du défunt est déposé à la morgue si le décès est survenu :

- sur la voie publique ;
- dans un établissement sanitaire ;
- suite à des causes violentes ou indéterminées.

CHAPITRE 2

LE TRANSPORT DE CORPS

Article 9: Lorsque le corps d'une personne décédée doit être transporté vers une wilaya autre que celle où le décès a eu lieu, l'autorisation de transport est délivrée par le président de l'assemblée populaire communale du lieu de décès.

L'autorisation d'inhumer délivrée par le président de l'assemblée populaire communale du lieu de décès vaut autorisation de transport de corps dans la même wilaya.

Toutefois, l'autorisation de transport de corps d'une personne décédée des suites d'une des maladies contagieuses prévues par la réglementation en vigueur doit être délivrée par le wali territorialement compétent, après examen des rapports des services de santé et de sécurité concernés.

Article 10: Le transport de la dépouille d'un ressortissant étranger en vue de son transfert vers son pays d'origine, est autorisé par le wali du lieu de décès. Le ministre chargé de l'intérieur en est immédiatement informé.

Article 11: Si le lieu de décès se situe dans un rayon de cent (100) kilomètres du lieu d'inhumation, le transport du défunt est effectué dans le respect des conditions de réfrigération appropriées.

Article 13: Le corps d'une personne décédée est placé dans un cercueil hermétique confectionné conformément aux caractéristiques fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'intérieur et du ministre chargé de la santé et ce, dans les cas ci-après :

1)- lorsque le transport du corps hors du territoire de la commune du lieu de décès s'opère sur un rayon supérieur à cent (100) kilomètres et que le délai compris entre le moment de la mise en bière et de l'inhumation ou le délai entre l'exhumation et la ré-inhumation excède vingt-quatre (24) heures ;

2)- lorsque le décès est dû à une maladie contagieuse ; dans tous les cas exceptionnels où le cercueil doit rester hermétique en vertu d'une décision du wali.

Article 14: Le transport du corps d'une personne décédée se déroule, selon le culte de cette personne, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-79 du 15 décembre 1975, susvisée.

CHAPITRE 3 L'EXHUMATION ET LA RE-INHUMATION

Article 15: La demande d'exhumation, en vue d'une ré-inhumation, est adressée au président de l'assemblée populaire communale du lieu d'inhumation par le plus proche parent du défunt après avoir pris l'avis du procureur de la République territorialement compétent.

La demande est accompagnée d'un certificat médical attestant que la cause du décès n'est pas d'origine contagieuse.

Le requérant est tenu de justifier, par tous moyens, la qualité l'habilitant à faire procéder à l'exhumation du corps de la personne décédée dont il indique le nom, le prénom, l'âge, la profession et le domicile, ainsi que le motif pour lequel il demande l'exhumation.

La présence du requérant, ou de son mandataire, est requise lors de l'opération d'exhumation. Les frais induits par cette opération sont à la charge du demandeur.

Article 16: L'autorisation d'exhumer est délivrée par le wali, après avis de l'autorité judiciaire territorialement compétente et des services sanitaires concernés, si le décès est dû à une maladie contagieuse.

Article 17: L'autorisation d'exhumation vaut autorisation de transport et de ré-inhumation de la dépouille ou des ossements.

Article 18: L'exhumation ne peut être autorisée qu'une année révolue à compter de la date de décès, s'il n'a pas été causé par l'une des maladies contagieuses prévues par la réglementation en vigueur.

Toutefois, cette autorisation peut être délivrée au requérant, quelle que soit la cause du décès, si le délai écoulé depuis la date de décès est de trois (3) ans révolus.

Article 19: Sans préjudice des procédures établies en matière d'exhumation judiciaire, les personnes chargées de procéder aux exhumations doivent revêtir une tenue spéciale permettant la préservation contre d'éventuelles contaminations.

Il est procédé à la désinfection du visage, des mains, des tenues et des chaussures après toute opération d'exhumation.

Article 20: L'exhumation d'un squelette humain non identifié ou d'une partie de squelette et leur ré-inhumation obéit aux dispositions législatives en vigueur.

Article 21: Lors de la ré-inhumation, la dépouille ou les ossements du défunt sont placés dans un linceul, un cercueil ou une boîte à ossement.

Article 22: La charge de l'entretien des lieux de sépulture est assurée par la commune conformément à la législation en vigueur.

Article 23: Les modalités d'application du présent décret sont, en tant que de besoin, précisées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'intérieur, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des affaires religieuses.

Article 24: Les dispositions du décret n° 75-152 du 15 décembre 1975, susvisé, sont abrogées.

Article 25: Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Joumada El Oula 1437 correspondant au 24 février 2016.

Abdelmalek SELLAL

***Décret exécutif n° 16-80 du 15 Joumada El Oula 1437 correspondant au 24 février 2016
fixant le modèle du certificat médical de décès.***

Le Premier ministre,
Sur le rapport conjoint du ministre de la santé, de la population et de la réforme
hospitalière et du ministre de l'intérieur et des collectivités locales,
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2)
Vu l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970, modifiée et complétée, relative à l'état civil,
notamment ses articles 78 et 128 ;
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la
promotion de la santé, notamment ses articles 167 et 213 ;
Vu la loi n° 11-10 du 20 Rajab 1432 correspondant au 22 juin 2011 relative à la commune ;
Vu le décret présidentiel n° 15-125 du 25 Rajab 1436 correspondant au 14 mai 2015,
modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;
Après approbation du Président de la République ;

Décrète :

Article 1^{er} : Le présent décret a pour objet de fixer le modèle du certificat médical de
décès.

Article 2 : Tout médecin, autorisé à exercer, attestant le décès, doit établir et rédiger, en
un seul exemplaire, un certificat médical de décès, selon le modèle prévu à l'annexe du
présent décret.

Article 3 : Le modèle du certificat médical de décès comporte une partie supérieure
nominative réservée à l'officier de l'état civil, dont copie est destinée, éventuellement, aux
services concernés conformément à la législation et la réglementation en vigueur. Il
comporte également une partie inférieure anonyme, réservée à l'usage des autorités
sanitaires, où sont indiquées clairement les causes médicales de décès.

La partie inférieure du certificat doit mentionner, outre la cause directe du décès, tous les
événements morbides l'ayant précédé. Elle doit être close par le médecin immédiatement
après sa rédaction pour garantir la confidentialité des informations transcrites et ne pourra
être ouverte que par l'autorité sanitaire habilitée à l'exploiter. Elle est transmise à la
direction de la wilaya chargée de la santé dans les conditions garantissant la protection des
informations qui y sont portées.

Seul le médecin qui atteste le décès doit, soigneusement et complètement, remplir et
certifier par sa signature et son cachet identifiables les deux parties prévues à l'alinéa 1^{er}
ci-dessus.

Article 4 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne
démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Joumada El Oula 1437 correspondant au 24 février 2016.

Abdelmalek SELLAL

ANNEXE

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES
CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

A renseigner par le service de l'état civil de la commune

A remplir par le médecin

Commune de décès : _____

Wilaya de décès : _____

Nom : _____ Prénom : _____

(En cas de non-identification du défunt, mettre la mention : corps non identifié (CNI))

Sexe : M ☐ F ☐

Fils/Fille de : _____ et de : _____

Date et lieu de naissance : _____ à : _____

Date du décès : _____ Age (en année) : _____ ans.

N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil
(Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois, moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : _____ mois, ou _____ jours)

Lieu du décès : _____

Cette partie confidentielle doit être adressée fermée à la direction de la santé et de la population de la wilaya.

☐ Domicile ☐ Structure de santé publique

☐ Structure de santé privée ☐ Voie publique

☐ Autre (à préciser) : _____

Réservé à la commune NE PAS OUVRIR

N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil _____

Ce numéro doit être reproduit au verso de ce certificat.

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue

le _____ à _____ Heure(s) est réelle et constante de

Cause naturelle 3

Cause violente

Cause indéterminée

Signature et cachet du médecin

6

Signalement médico-légal- A remplir par le médecin (cocher la case adéquate)

7

Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié)

Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contagion

Existence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile

12

A remplir et à clore par le médecin

Commune de décès

: Wilaya de décès : _____

Commune de résidence : _____

Wilaya de résidence : _____

Date de naissance : _____ Date de décès : _____

Sexe : M F Age (en année) : _____ ans

(Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois, moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : _____ mois, ou _____ jours)

Lieu du décès :

Domicile

Structure de santé publique

Structure de santé privée

Voie publique

Autre (à préciser) : _____

1-Nature de la mort : Naturelle

Accident auto induite 14
agression indéterminée Autre
(à préciser) _____

2-Mortalité, périnatalité

-- Grossesse multiple Oui ☐ Non ☐-- Mort-né ? Oui ☐ Non ☐

-- Age gestationnel (en semaines) _____

-- Poids à la naissance (en grammes) _____

-- Age de la mère (années) _____

-- Si décès périnatal, préciser l'état morbide de la mère ayant pu affecter le nouveau né au moment du décès _____

3- Décès maternel ?

Oui Non -- Le décès a eu lieu

durant la grossesse Oui Non 19

-- Le décès a eu lieu pendant

l'accouchement / avortement

Oui Non

-- Dans les 42 jours après la

gestation Oui Non

-- Indéterminé

4. Signalement médico-légal :

-- Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié). Oui Non

-- Mise immédiate en cercueil

hermétique en raison du risque de

contamination Oui Non

-- Existence d'une prothèse

fonctionnant avec « pife »

5- Y a-t-il intervention
chirurgicale 4 semaines avant le
décès ? Oui Non

24

Cause directe et événements morbides ayant précédé le décès.

Partie I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès

Cause directe a)

Evénements morbides ayant précédé le décès

due à ou consécutive à : b)

due à ou consécutive à : c)

due à ou consécutive à : d)

Partie II : Autres états morbides ayant pu contribuer au décès, non mentionnés en partie 1.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**Ministère de l'Intérieur
des Collectivités Locales**

**Ministère de la
Justice**

**Ministère de la
Protection Sociale**

**N° 001/MPS/CNP
LE 17 FEVRIER 1987**

C I R C U L A I R E

OBJET : Etat civil des enfants nés des parents inconnus.

REF : Application de l'article 64 de l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970 relative à l'état civil.

La loi fait du nom patronymique un droit fondamental rattaché à la personne physique. Ainsi l'article 28 du code civil dispose, « que toute personne doit avoir un nom et un ou plusieurs prénoms. Le nom d'un homme s'étend à ses enfants. »

S'agissant des enfants trouvés et des enfants nés de parents inconnus, l'article 64 alinéa 4 de l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970 relative à l'état civil prévoit que : l'officier d'état civil attribue lui-même les prénoms aux enfants trouvés et aux enfants nés de parents inconnus pour lesquels le déclarant n'a pas indiqué de prénoms. L'enfant est désigné par une suite de prénoms dont le dernier lui sert de nom patronymique.

L'objectif des dispositions rappelées ci-dessus dans le souci de favoriser l'intégration de ces enfants de sein du corps social.

Cependant, l'application de cette disposition s'est traduite dans la pratique certes par l'attribution aux enfants de sexe masculin d'une série de prénoms masculins dont le dernier leur sert de nom patronymique mais aussi par l'attribution aux enfants de sexe féminin d'une série de prénoms féminins dont le dernier est destiné à servir de nom patronymique.

De sorte que dans le cas des enfants de sexe féminin l'utilisation d'un prénom féminin comme nom patronymique, désigne aussi bien à l'enfant lui-même qu'à la société et d'une façon indélébile à la fois les conditions de sa naissance et son statut.

Le souci de se conformer strictement à l'esprit de la loi qui entend favoriser l'intégration de ces enfants dans la société, et celui d'en assurer l'application judicieuse pour tous, amènent à préciser les conditions d'application de l'article N° 64 qui accorde à l'officier d'état civil à défaut du déclarant prévu à l'article n°62 la faculté d'attribuer les prénoms aux enfants trouvés et aux enfants nés de parents inconnus.

A cet effet, est demandé à Messieurs les officiers d'état civil de veiller que soit impérativement attribué pour le dernier prénom devant servir de patronyme prénom obligatoirement masculin y compris pour les enfants de sexe féminin.

Il est entendu que cette disposition s'applique tant lorsque l'attribution du nom est le fait de l'officier de l'état civil lui-même, que lorsque l'attribution du nom est le fait du déclarant visé aux articles 62 et 64 de l'ordonnance précitée.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

ALGER, LE 11 MARS 1987

- MM LES Chefs de Division de la Santé et Population des Wilayas
- MM Les Directeurs Généraux des CHU
- MM Les Directeurs des Secteurs Sanitaires
- MM Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés

Objet : Nomenclature des actes médicaux et paramédicaux

P. JOINTES Une ;

J'ai l'honneur de vous adresser un exemplaire de La nomenclature générale des actes professionnels des médecins chirurgiens-dentistes pharmaciens et auxiliaires médicaux Ce document a été élaboré sur la base des propositions mises par la commission nationale de la nomenclature en application des dispositions du décret n° 85-283 du 12 novembre 1985 J.O n° 47/85.

La nomenclature générale comprend quatre parties :

- a) La 1^{ère} partie traite des dispositions générales relatives aux conditions d'utilisation de la nomenclature. Elle précise que cette nomenclature s'impose aux praticiens et aux auxiliaires médicaux pour communiquer aux administrations concernées le type de la valeur des actes techniques qu'ils effectuent afin de mesurer les activités des services et déterminer les coûts de santé.
- b) La deuxième troisième et quatrième parties constituent la nomenclature proprement dite : elles rassemblent respectivement les actes médicaux n'utilisant pas les radiations, les actes de radiothérapie et radio- diagnostic et enfin les actes de biologie avec en regard de chacun de leur cotation

Il conviendra de pourvoir chaque unité d'activité médicale ou paramédicale de l'extrait de la nomenclature qui la concerne et de l'amener à mesurer ses activités en utilisant les lettres qui la concerne et de l'amener à mesurer ses activités en utilisant les lettres-clés et les coefficients attachés à chaque acte professionnel.

A titre expérimental pendant les trois derniers trimestres de l'année 1987, il est demandé à chaque gestionnaire d'établir un rapport financier entre la valeur des moyens mis en œuvre dans chaque structure de soins et sa production en actes techniques lesquels seront évalués en donnant aux lettres clefs la valeur monétaire fixée par le décret n° 82/95 du 20.02.1982 (J.O.R.A) N° du 02 mars 1982.

L'objectif est de modifier le système actuel d'allocation budgétaire aux secteurs sanitaires qui est global qui ne différencie donc pas les structures performantes des autres et de faire en sorte que dans un proche avenir le financement de chacune d'entre elles (services d'hospitalisations, laboratoire, radiologie, polyclinique..... etc.) soit lié directement à son activité.

LE SECRETAIRE GENERAL P/I

SIGNE : **T. HAMDI**

Décret exécutif n°05-257 du 13 Joumada Ethania 1426 correspondant au 20 juillet 2005 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens - dentistes et des auxiliaires médicaux.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et du ministre du travail et de la sécurité sociale ;

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

Vu la loi n°83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales, notamment ses articles 59 et 62 ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la promotion et à la protection de la santé notamment ses articles 211 et 223 ;

Vu l'ordonnance n°03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence ;

Vu le décret n°84-27 du 11 février 1984, modifié et complété, fixant les modalités d'application du titre II de la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales ;

Vu le décret n°84-28 du 11 février 1984, modifié et complété, fixant les modalités d'application des titres III, IV et VIII de la loi n°83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ;

Vu le décret n°85-283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens - dentistes et des auxiliaires médicaux ;

Vu le décret présidentiel n°04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du

Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1er mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

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

Vu le décret exécutif n°03-137 du 21 Moharram 1424 correspondant au 24 mars 2003 fixant les attributions du ministre du travail et de la sécurité sociale ;

Décrète :

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} : Le présent décret a pour objet de définir les modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer, dans les limites de leur compétence respective, les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires médicaux.

Article 2 : La nomenclature citée à l'article 1^{er} ci-dessus fixe la nature et la cotation des actes des médecins, pharmaciens, chirurgiens - dentistes et auxiliaires médicaux. Les actes, regroupés par nature, sont affectés d'un symbole sous forme d'une lettre, laquelle est assortie d'un coefficient pour chaque acte.

La nomenclature est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale.

Article 3 : La tarification citée à l'article 1^{er} ci-dessus fixe une valeur monétaire de base à chaque lettre. Le coefficient est un nombre qui multiplie la valeur monétaire de base des lettres et détermine le montant pour chaque acte.

La tarification est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la santé, de la sécurité sociale, des finances, conformément aux lois et règlements en vigueur.

CHAPITRE II

LA COMMISSION DE LA NOMENCLATURE

Article 4 : Il est créé, auprès du ministre chargé de la santé, une commission de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens - dentistes et des auxiliaires médicaux, désignée ci-après « la commission de la nomenclature ».

Article 5 : La commission de la nomenclature est chargée de proposer au ministre chargé de la santé la nomenclature générale et sa révision. Elle est chargée notamment de donner des avis et de faire des propositions sûres :

- les modalités d'utilisation et d'application de la nomenclature,
- l'utilité et la sécurité des actes professionnels précités,
- la liste et la classification des actes diagnostiqués et thérapeutiques devant figurer sur la nomenclature ainsi que les cotations y afférentes,
- les libellés des actes professionnels assortis, autant que possible, de règles validées relatives à leur usage rationnel et approprié.

La commission de la nomenclature élabore son règlement intérieur lequel est soumis pour approbation au ministre chargé de la santé.

Article 6 : La commission de la nomenclature est composée comme suit :

- le ministre chargé de la santé ou son représentant, président ;
- le représentant du ministre chargé de la sécurité sociale, vice-président ;
- deux représentants du ministre chargé de la santé ;
- deux (2) représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- un représentant du ministre de la défense nationale ;
- trois (3) représentants de l'organe de déontologie médicale à raison d'un représentant de chaque section ordinaire ;
- un représentant du conseil national de l'éthique des sciences de la santé ;
- sept (7) chefs de services désignés par le ministre chargé de la santé ;
- quatre (4) praticiens conseils des organismes de sécurité sociale désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
- trois (3) représentants des auxiliaires médicaux désignés par le ministre chargé de la santé ;
- un représentant du conseil national consultatif de la mutualité sociale.

Les membres de la commission de la nomenclature sont désignés par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale pour une durée de quatre (4) années, renouvelable, sur proposition des autorités et organes dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat de l'un des membres de la commission, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes.

La commission de la nomenclature est dotée d'un secrétariat permanent assuré par les services du ministère chargé de la santé.

Article 7 : Les frais de fonctionnement de la commission de la nomenclature ainsi que les indemnités allouées à ses membres et les honoraires des experts auxquels elle peut faire appel sont à la charge du ministère chargé de la santé.

CHAPITRE III

LA COMMISSION DE LA TARIFICATION

Article 8 : Il est créé, auprès du ministre chargé de la sécurité sociale, une commission de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens - dentistes et des auxiliaires médicaux, désignée, ci-après, « la commission de la tarification ».

Article 9 : La commission de la tarification est chargée de proposer au ministre chargé de la sécurité sociale les tarifs de responsabilité des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens - dentistes et des auxiliaires médicaux prévus à l'article 1^{er} ci-dessus.

La commission de la tarification élabore son règlement intérieur lequel est soumis pour approbation au ministre chargé de la sécurité sociale.

Article 10 : La commission de la tarification est composée comme suit :

- le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant, président ;
- le représentant du ministre chargé de la santé, vice-président ;
- le représentant du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- le représentant du ministre chargé de la santé ;
- le représentant du ministre de la défense nationale ;
- le représentant du ministre chargé du commerce ;
- le représentant du ministre chargé de la solidarité nationale ;
- le représentant du ministre chargé des finances ;
- le représentant du ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;
- cinq (5) représentants de la caisse nationale des assurances sociales ;
- trois (3) représentants de la caisse des assurances sociales des non-salariés ;

- deux (2) membres de la commission de la nomenclature désignés par son président.
- trois (3) représentants des établissements publics de santé désignés par le ministre chargé de la santé ;
- deux (2) représentants des structures de santé privées désignés par le ministre chargé de la santé.

Les membres de la commission de la tarification sont désignés par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale et de la santé pour une durée de quatre (4) années, renouvelable, sur proposition des autorités et organes dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat de l'un des membres de la commission, il est procédé à son remplacement, dans les mêmes formes.

La commission de la tarification est dotée d'un secrétariat permanent assuré par les services du ministère chargé de la sécurité sociale.

Article11 : Les frais de fonctionnement de la commission de la tarification ainsi que les indemnités allouées à ses membres et les honoraires des experts auxquels elle peut faire appel, sont à la charge du ministère chargé de la sécurité sociale.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS COMMUNES

Article12 : Les commissions prévues par le présent décret peuvent faire appel à toute personne compétente susceptible de les éclairer dans leurs travaux.

Article13 : Les commissions peuvent créer, en leur sein, des sous - commissions.

Article14 : Chaque commission se réunit obligatoirement au moins deux fois par an, sur convocation de son président

Article15 : Les propositions de chaque commission font l'objet de procès-verbaux transcrits dans un registre coté et paraphé par le président de chaque commission.

Article16 : Chaque commission élabore un rapport annuel d'activités soumis respectivement aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Article17 : Les montants des indemnités allouées aux membres des commissions ainsi que les honoraires des experts sont fixées conformément à l'annexe jointe du présent décret.

Article18 : Le nombre maximal de séances rémunérées est de 25 séances par commission durant la première année qui sera consacrée à l'actualisation de la nomenclature et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens – dentistes et des auxiliaires médicaux. Toutefois le nombre maximal de séances rémunérées est de quatre (4) séances par commission et par année pour les années qui suivent qui seront consacrées aux révisions périodiques de la nomenclature et de la tarification citées à l'alinéa ci-dessus.

Article19 : Le nombre maximal d'expertises rémunérées demandées par chaque commission est fixé à cinquante (50) expertises pour la première année qui sera consacrée à l'actualisation de la nomenclature et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens - dentistes et des auxiliaires médicaux.

Toutefois, le nombre maximal d'expertises rémunérées demandées par chaque commission est fixé à quatre (4) expertises par année et pour les années qui suivent qui seront consacrées aux révisions périodiques de la nomenclature et de la tarification citées à l'alinéa ci-dessus.

Article20 : Les modalités d'application du présent décret seront précisées, en tant que de besoin, par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale.

Article21 : Les dispositions du décret n°85-283 du 12 novembre 1985 susvisé sont abrogées.

Article22 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le, 13 Joumada Ethania 1426 correspondant au 20 juillet 2005.

Ahmed OUYAHIA.

ANNEXE

**MONTANTS DES INDEMNITES ALLOUEES AUX MEMBRES DES COMMISSIONS DE LA
NOMENCLATURE ET DE LA TARIFICATION ET DES HONORAIRES DES EXPERTS**

1 - Indemnités des membres des commissions :

NATURE DES INDEMNITES	MONTANT
Indemnités de participation aux travaux des commissions	5000 DA par séance et par membre

2 - Honoraires des experts

NATURE DES HONORAIRES	MONTANT
Expertises demandées par les commissions	5000 DA par expertise

**MINISTERE DU TRAVAIL
ET DES AFFAIRES SOCIALES**

Arrêté interministériel du 4 juillet 1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs relatives aux actes professionnels des médecins chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.

Le ministre de la protection sociale,
Le ministre de la santé publique et
Le ministre du commerce,

Vu l'ordonnance n° 75-37 du 29 avril 1975 relative aux prix et à la répression des infractions à la réglementation des prix ;
Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, notamment ses articles 59 et 62 ;
Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment son article 211 ;
Vu le décret n° 84-27 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application du titre II de la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales ;
Vu le décret n°84-28 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application des titres III, IV et VIII de la loi n°83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, notamment son article 4 ;
Vu le décret n°85-283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux ;
Vu l'avis de la commission de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux ;

Arrêtent :

Article 1^{er} : les dispositions du présent arrêté fixent la valeur monétaire de base des différentes lettres clefs utilisées dans la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens – dentistes pharmaciens et auxiliaires médicaux.

Article 2 : la valeur monétaire des lettres clefs correspondant aux consultations et visites effectuées par les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes est fixée comme suit :

1)- pour ce qui concerne le médecin généraliste :

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au Cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	C	50 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CJF	65 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CN	65 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	V	75 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VJF	100 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VN	100 DA

2)- pour ce qui concerne le médecin spécialiste et le chirurgien-dentiste spécialiste, à l'exclusion du médecin spécialiste en psychiatrie :

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	CS	100 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CSJF	125 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CSN	125 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	VS	150 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VSJF	175 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VSN	175 DA

3)- pour ce qui concerne le médecin spécialiste en psychiatrie :

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	CPSY	125 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CPSY.J F	150 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CPSY. N	150 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	VPSY	175 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VPSY. J F	200 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VPSY. N	200 DA

4)-pour ce qui concerne le chirurgien – dentiste :

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	CD	40 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CDJF	48 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CDN	48 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	VD	48 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VDJF	56 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VDN	64 DA

5)- pour ce qui concerne la sage-femme et la technicienne supérieure en soins obstétricaux :

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	CSF	25 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CSF.JF	35 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CSF.N	35 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	VSF	40 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VSF.JF	50 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VSF.N	60 DA

Article 3 : la valeur monétaire des autres lettres clefs est fixée comme suit :

CATEGORIE DE L'ACTE	LETTRE CL	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie	PC	11 DA
Actes de chirurgie et de spécialité	K	11 DA
Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste Spécialiste	DS	11 DA
Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste	D	9,50 DA
Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués le médecin ou le chirurgien-dentiste	R	12,50 DA
Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme et la technicienne en soins obstétricaux	SFI	10,50 DA
Actes pratiqués par le Kinésithérapeute	AMM	10,50 DA
Actes pratiqués par l'infirmier ou le technicien en soins infirmiers	AMI	10,50 DA
Actes d'analyse médicale	B	2 DA
Actes de prélèvements pour analyse médicale effectuée par un praticien non médecin	KB	11 DA

Article 4 : le tarif de l'indemnité Kilométrique de déplacement est fixé à 2 DA

Article 5 : les valeurs monétaires des lettres clefs, telles que fixées par le présent arrêté, doivent être affichées, à la vue du public, dans tous les établissements concernés.

Article 6 : les dépassements d'honoraires pour des actes médicaux ou paramédicaux exposent leurs auteurs aux sanctions prévues à l'article 240 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

Article 7 : le présent arrêté prend effet à la date de sa publication au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Article 8 : le présent arrêté sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 4 juillet 1987

Le ministre de la santé publique
Djamel EDDINE HOUHOU

P. le ministre de la protection sociale
le secrétaire général

Mohamed Seghir BABES

P. le ministre du commerce

Le secrétaire général

Mourad MEDELICI

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE LA SANTE

ARRETE N° 79 DU 27 JUILLET 1981 Portant fixation du tarif des lettres-clés utilisées pour la cotation des actes médicaux délivrés à titre externe aux étrangers par les secteurs sanitaires.

Le Ministre de la Santé

Vu l'ordonnance n°76.79 du 23 Octobre 1976 portant Code de la Santé Publique

Vu le Décret n° 81.65 du 10 Août 1981 fixant les attributions du Ministre de la Santé

Sur la proposition du Directeur Général des Services de Santé,

Arrête :

Article 1^{er} : Le tarif des lettres-clés utilisées pour la cotation des actes médicaux délivrés à titre externe aux étrangers par les secteurs sanitaires est fixé comme suit :

C.....	30 DA
C.S.....	45 DA
CNPSY.....	30 DA
P.C.....	12 DA
K.R.....	6 DA
K.....	12 DA
B.....	3 DA
R.....	9 DA

Article 2 : Le tarif des lettres-clés utilisées pour la cotation des actes effectués par des auxiliaires médicaux et délivrés à titre externe aux étrangers par le secteur sanitaire est fixé comme suit :

C. SF	15 DA
SFI.....	9 DA
A.M	9 DA
A.M.M	9 DA

Article 3 : Le Directeur Général des Personnels, du Budget et de l'Infrastructure, le Directeur Général des Services de Santé, le Directeur Général de la Sécurité Sociale. Le Directeur de la réglementation et des activités extérieures, les Walis et les Directeurs des Secteurs Sanitaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application des dispositions du présent arrêté qui sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Alger, le 27 Juillet 1981

Le Ministre de la Santé

Abderazak BOUHARA

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

LE MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

LE MINISTRE DU TRAVAIL DE LA
PROTECTION SOCIALE ET DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE

LE MINISTRE DELEGUE AU BUDGET

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE DU 20 SEPTEMBRE 1997 RELATIVE A LA MISE EN OEUVRE DU PROCESSUS D'EXPERIMENTATION DU SYSTEME DE GESTION DU DOSSIER MEDICO-ADMINISTRATIF DU PATIENT AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

DESTINATAIRES :

- LES DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U. : - ALGER CENTRE-TIZI-OUZOU
- LES DIRECTEURS DES E.H.S. : CPMPC – HADI FLICI (EL-KETTAR) - AIT-IDIR
- LE DIRECTEUR DU SECTEUR SANITAIRE DE MEDEA
- LES DIRECTEURS D'AGENCES ET ANTENNES C.N.A.S D'ALGER – TIZI-OUZOU- MEDEA

COPIE POUR INFORMATION MM :

- LE GOUVERNEUR DU GRAND ALGER
- LES WALIS DE MEDEA - TIZI-OUZOU
- LES DSP ALGER - MEDEA - TIZI-OUZOU

Les lois de finances, successives depuis 1994, disposent que la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base, de rapports contractuels. Elles précisent, par ailleurs, que les dépenses de prévention de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

La mise en œuvre de ces dispositions a fait l'objet de conseils interministériels en date du 21 Mars 1995 et du 09 Septembre 1997.

Les conclusions du dernier conseil cité ont mis l'accent sur la nécessité de poursuivre le processus d'expérimentation du système de gestion, en relation avec la CNAS, dans six (06) structures publiques de santé, à savoir, les C.H.U. de : Alger Centre, Tizi-Ouzou, les E.H.S. de CPMC, Hadi Flici (El-Kettar), Ait-Idir et le Secteur Sanitaire de Médéa.

Cette opération « test », doit, en conséquence, être réactivée, accélérée et suivie de manière rigoureuse par les responsables concernés des établissements et de la CNAS.

La présente instruction, a pour objet de préciser les modalités pratiques à mettre en place, les rôles et attributions des intervenants.

1. LES GESTIONNAIRES DES ETABLISSEMENTS

Pour sa réussite, cette opération doit faire l'objet d'une large explication dans son contenu et ses objectifs, en direction de l'ensemble des parties concernées et en particulier,

- les organes consultatifs : Conseil Scientifique, Conseil Médical
- les chefs de services médicaux et les praticiens
- les surveillants médicaux

1.1. Du Bureau des Entrées

L'importance du rôle du bureau des entrées dans la gestion et le suivi du dossier médico-administratif des malades appelle à sa réhabilitation immédiate, par, notamment :

- son implantation dans les lieux adéquats
- l'affectation ou la confirmation d'un responsable compétent et de personnels qualifiés en nombre suffisant
- la dotation de la structure d'au moins un micro-ordinateur pour le captage et la saisie des informations nécessaires à la consolidation et l'évaluation du système.

1.2. Du système d'Information et d'évaluation

Il est impératif que seuls les documents standardisés élaborés et adoptés lors de l'étude préliminaire, soient utilisés dans le cadre de cette opération

(Fiche navette, billet d'hospitalisation...). Ces supports doivent être disponibles en permanence, et être renseignés avec le maximum de soins en vue d'en faciliter l'exploitation et notamment la préparation des éléments de facturation des frais d'hospitalisation.

1.3. De la cellule CNAS

Les locaux nécessaires et toutes les facilités devront être accordés par les gestionnaires, à la mise en place et au déroulement des activités de la cellule CNAS prévue au point 2.1. de la présente instruction.

2. LES DIRECTEURS D'AGENCES CNAS

En attendant la mise en place d'un service « Hôpitaux-Cliniques » qui sera chargé des formalités de délivrance des prises en charge au niveau de chaque agence, les directeurs concernés pour cette opération doivent :

2.1. Veiller à l'Installation d'une cellule CNAS composée d'un ou plusieurs médecins conseils et d'un agent des prestations au niveau de chacun des établissements concernés par la phase expérimentale. En relation avec l'administration de l'établissement hospitalier, cette cellule est chargée :

- de vérifier la qualité d'assuré social ou d'ayant droit du patient lors de son admission par, notamment la présentation de la carte de sécurité sociale ou de la dernière fiche de paie, l'interrogation à posteriori des services compétents de la CNAS.

IMPORTANT : Ces formalités d'identification des patients ne doivent en aucun cas constituer un préalable à l'admission normale et diligente des malades ou blessés, en particulier en situation d'urgence.

- A la sortie du patient, de vérifier et compléter éventuellement les informations contenues dans le dossier médico-administratif qui constituent les éléments de base de la facturation ultérieure des frais d'hospitalisation.

2.2. Mettre à la disposition des personnels impliqués l'ensemble des supports et imprimés indispensables au bon déroulement du processus expérimental.

2.3. Organiser de manière régulière des séances de coordination et d'évaluation avec les médecins conseils ainsi que le personnel des prestations et d'en rendre compte à la Direction Générale de la CNAS.

3. DISPOSITIONS DIVERSES

L'opération rappelée, ci-dessus, constitue la première étape d'une démarche globale tendant :

- à connaître de façon de plus en plus rigoureuse le statut des personnes admises dans le système de soins (assurés et ayant droit relevant de la CNAS, de la CASNOS, démunis non assurés sociaux, autres),
- évaluer les activités et les coûts hospitaliers,
- aller progressivement vers des relations contractuelles entre les établissements publics de santé et les bailleurs de fonds.

Elle s'impose à tous les intervenants et doit faire l'objet d'actions de sensibilisation et d'information en direction des partenaires sociaux et du mouvement associatif.

Une évaluation mensuelle de cette opération sera faite sous l'égide des départements ministériels concernés.

**LE MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION**

LA FORMATION PROFESSIONNELLE

**LE MINISTRE DU TRAVAIL, DE
LA PROTECTION SOCIALE ET DE**

LE MINISTRE DELEGUE AU BUDGET

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

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

**Ministère du Travail
et de la Sécurité Sociale**

**Ministère de l'Emploi
et de la Solidarité
Nationale**

Décision interministérielle du 14 Janvier 2003 portant création, composition et attributions du comité interministériel chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya

Le Ministre de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,

Le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale,

Le Ministre de l'emploi et de la Solidarité Nationale,

Vu la loi n°83. 11 du 02 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n°85.05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret présidentiel n°02.208 du 17 juin 2002 portant nomination des membres du gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°01.12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux ;

Vu l'instruction interministérielle du 14/01/2003 relative à la mise en œuvre des relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas.

D é c i d e n t

Article 1^{er} : Dans le cadre de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya, il est créé un comité interministériel de suivi et d'évaluation.

Article 2 : Le comité interministériel de suivi et d'évaluation, composé des représentants des Ministres concernés, a pour mission de :

- coordonner l'action commune des secteurs ministériels concernés ;
- prendre toutes décisions permettant de faciliter le déroulement des travaux des comités intersectoriels de wilaya ;
- évaluer la mise en œuvre du processus de contractualisation, sur la base des rapports des comités intersectoriels de wilaya ;
- établir un rapport mensuel d'évaluation aux Ministres concernés.

Article 3 : Le siège du comité interministériel de suivi et d'évaluation est fixé au Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière.

Article 4 : Le comité interministériel de suivi et d'évaluation se réunit au moins une (01) fois par mois en session ordinaire et chaque fois que de besoin en session extraordinaire à la demande d'un des départements ministériels concernés.

Article 5 : La présidence du comité interministériel est assurée de manière alternée par un des représentants des ministères concernés.

Article 6 : Le comité interministériel de suivi et d'évaluation est doté d'un secrétariat permanent chargé de :

- La réception des rapports mensuels transmis par les comités intersectoriels de wilaya, de leur enregistrement, de leur exploitation et de leur classement ;
- L'élaboration des procès-verbaux de réunion du comité interministériel du suivi et d'évaluation ;
- La transmission aux comités intersectoriels de wilaya des décisions prises pour l'amélioration de la mise en œuvre de la relation contractuelle.

Article 7 : Le comité interministériel de suivi et d'évaluation peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

Article 8 : Les représentants des Ministres concernés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision.

Ministère de la Santé,
de la Population
et de la Réforme Hospitalière

Ministère du Travail
et de la Sécurité Sociale

Ministère de l'Emploi
et de la Solidarité Nationale

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la santé
de la population et de
la réforme hospitalière

Ministère de l'emploi
et de la solidarité
Nationale

Ministère du travail
et de la sécurité sociale

Compte rendu des travaux du groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas

Rapport d'étape

Introduction

Le groupe interministériel, chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale a élaboré un premier rapport d'étape en mai 2002.

Les conclusions ont permis de définir les étapes de mise en œuvre du processus de contractualisation.

Le groupe a adopté, comme préalable, de veiller à travers le mode de financement et de paiement à retenir, à ne pas déstabiliser les équilibres financiers du système de sécurité sociale et du fonctionnement normal des établissements publics de santé. De telles perturbations risqueraient en effet, de remettre en cause l'accès aux soins de la population.

Deux modes de paiement ont particulièrement retenu l'attention des membres :

Le coût moyen de la journée d'hospitalisation ;

Le forfait par pathologie.

1. coût moyen de la journée d'hospitalisation.

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un coût moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (Médicales ; Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités coûteuses et Maternité), à partir du guide méthodologique pour la mise en place du calcul des coûts par la méthode des sections homogènes, utilisé au niveau des établissements de santé depuis janvier 2001.

Cette méthodologie a surtout pour objectif de mieux connaître la répartition des dépenses opérées au niveau des établissements de santé ; aussi ; des correctifs pourront être apportés par le groupe lors de la détermination du coût moyen de la journée d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour lors de la période de simulation.

La nécessaire évaluation périodique devra permettre de mieux connaître et de normaliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé ces deux (02) paramètres ; ces derniers permettront également d'apprécier la performance des établissements de santé et d'établir des comparaisons entre les différentes structures en vue d'une émulation vers l'efficacité et l'efficacité.

2. Le forfait par pathologie

Parallèlement, les travaux d'approche du deuxième mode de paiement basés sur le forfait par pathologie vont être abordés au cours du premier trimestre 2003.

Il s'agit d'une démarche dont la réalisation exige le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie.

Ce mode de financement a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques et professionnels objectifs. Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtées par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

L'état d'avancement des travaux d'identification des démunis non assurés sociaux sur la base du décret N°01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités de leur accès aux soins, a conduit le groupe à solliciter l'intégration des représentants du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale. Ces derniers prennent part aux réunions depuis début décembre 2002.

Le point de situation et l'état d'avancement des travaux à fin décembre 2002 peut être ainsi établi par :

L'engagement d'une première phase de mise en œuvre par une simulation de la facturation basée sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (médicales, Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités coûteuses et Maternité), dans dix (10) établissements publics de santé.

Cette démarche est explicitée par :

Une instruction interministérielle relative à la mise en œuvre de relations contractuelles entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas ;
 Une décision interministérielle portant création, composition et attributions du comité interministériel chargé du suivi et de la mise en œuvre de relations contractuelles entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas ;
 Une décision interministérielle portant création, composition et attributions des comités intersectoriels des wilayas ;
 Un guide des procédures pour la mise en œuvre de relations contractuelles.
 Le comité interministériel tel que proposé est chargé de la coordination, du suivi et de l'évaluation mensuelle du dispositif mis en œuvre et d'apporter les correctifs nécessaires sur la base des éléments d'information recueillis par les comités intersectoriels de wilayas.
 Un bilan sera dressé à l'échéance du premier semestre 2003 et sera suivi de recommandations et orientation éventuelles pour la poursuite du processus.

Perspectives :

La poursuite du processus devant mener à la contractualisation entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'actions sociale des wilayas doit faire l'objet de la mise en place de groupes de travail devant conduire aux conférences d'experts pour la détermination de forfaits par pathologies.

Le comité recommande :

L'actualisation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et de la tarification inchangée depuis 1987 ;

La participation d'autres départements ministériels impliqués, notamment, le Ministère des finances, le Ministère de l'intérieur et des collectivités locales et le Ministère du commerce ;

Par ailleurs, il y'a lieu de noter que certaines actions prévues nécessitent l'intervention de moyens financiers ; rémunération des experts (conférences de consensus).

Logistique.

Prise en charge des actions de formation et séminaires.

A terme, les résultats des simulations précitées permettront une aide à la prise de décision quant au choix du mode de paiement opportun en matière de contractualisation.

Programme prévisionnel :

Supervision

- organisation de journées de travail et d'information animées par les membres du comité interministériel en direction.

Des chefs de services médicaux, des directeurs de santé de wilayas (DSP), des directeurs de l'action sociale de wilayas (DAS), des directeurs des agences CNAS, des directeurs d'agences CASNOS et des directeurs d'établissements de santé.

Des personnels médicaux et administratifs (santé, sécurité sociale et action sociale) ;

Des personnels paramédicaux et des agents administratifs (bureau des entrées – service hôpitaux – cliniques etc.....).

Mise à disposition des différents utilisateurs des guides de procédures, nomenclature des actes, CIM 10) ;

Médiatisation :

Définition et mise en œuvre d'une stratégie commune d'information et de communication en direction des usagers, des professionnels de santé, de la sécurité sociale et de l'action sociale et des partenaires sociaux.

Evaluation :

De l'organisation (procédures, circuit du patientdélivrance de prise en charge ...facturation.....) ;

Du fonctionnement (adéquation des moyens mis en œuvre et résultats) ;

Des prestations servies (conditions de séjour et soins) ;

Analyse des résultats (coûts, DMS, qualité.....).

31 décembre 2002

Groupe de travail sur la contractualisation

Pour le Ministère du travail et de sécurité sociale

- Monsieur GRABA Mustapha

- Monsieur AMALOU Sid ali

- Monsieur KHALDOUN Hamid

- Monsieur BOURKAIB Djaoued Ibrahim

Pour le Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière

- Monsieur CHAOUCHE Ali

- Monsieur BENKACI Youcef

- Monsieur MERAD Mohamed Réda

- Monsieur HARBANE Said

- Monsieur DAHMOUNE Salah-Eddine

Pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale

- Madame NIA

- Madame DJENDER

Ils ont également assisté à quelques séances :

- Monsieur AIT BENAMAR Abdelhamid
- Madame ABERKANE Rachida

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la Santé
de la Population
et de la Réforme Hospitalière

Ministère du Travail
et de la sécurité Sociale

Ministère de l'emploi
et de la Solidarité Nationale

***INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE
RELATIVE A LA MISE EN ŒUVRE DE RELATIONS CONTRACTUELLES
ENTRE LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE, LES ORGANISMES
DE SECURITE SOCIALE ET LES DIRECTIONS DE L'ACTION SOCIALE DES WILAYAS***

DESTINATAIRES :

Les Directeurs Généraux des Centres Hospitaliers Universitaires : Mustapha –Constantine- Blida
Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés : Centre Pierre et Marie Curie (Alger)- El Bouni

(Annaba) – El Riadh (Constantine).

Les Directeurs des Secteurs Sanitaires de : Médéa –Ouargla- Arzew- Ain-Turk

Les Directeurs Généraux de la CNAS et de la CASNOS

Les Directeurs de la Santé et de la Population

Les Directeurs de l'Action Sociale

Pour exécution }

Mme et MM les Walis Pour Information

PREAMBULE

Les lois de finances successives depuis 1993, disposent que la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels.

Elles précisent, par ailleurs, que les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

La concrétisation de ces dispositions a été entamée par la mise en place progressive de mesures dans divers domaines, notamment :

L'organisation, le fonctionnement, l'évaluation des activités dans les établissements publics de santé
L'amélioration de l'organisation, du fonctionnement et des prestations des organismes de Sécurité Sociale.

La définition des modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux (décret exécutif n° 01-12 du 21 janvier 2001).

MISE EN ŒUVRE

Dans le cadre du processus de la contractualisation et la lumière des travaux du groupe interministériel, il a été décidé d'engager une première phase de mise en œuvre, par une simulation de facturation, basée sur le prix moyen de la journée d'hospitalisation en fonction du type d'établissement et des groupes de spécialités (chirurgicales, médicales psychiatriques, maternité spécialités coûteuse).

Cette opération intéressera dix (10) établissements publics, à savoir :

Les Centres Hospitalo-universitaires de : Mustapha – Constantine – Blida.

Les Etablissements Hospitaliers Spécialisés de Centre Pierre et Marie Curie (Alger)- El-Bouni (Annaba) – El-Riadh (Constantine).

Les secteurs Sanitaires de Médéa – Ouargla – Arzew – Ain-Türk.

Elle constitue la première étape d'une démarche globale tendant à :

Améliorer la qualité des prestations de soins fournies aux patients dans les établissements publics de santé, dans le respect des prescriptions admises dans un cadre consensuel,

Cibler de manière plus stricte les bénéficiaires du budget social de l'Etat,

Connaître de façon de plus rigoureuse le statut des personnes admises dans le système de soins (assurés sociaux et ayants droit, démunis non assurés sociaux, autres),
Evaluer les activités et les coûts hospitaliers,
Aller progressivement vers des relations contractuelles entre les établissements publics de santé et les bailleurs de fonds,
La présente instruction a pour objet de préciser les modalités pratiques à mettre en place, les rôles et attributions des intervenants.

2-1- LES GESTIONNAIRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Pour sa réussite, ce dispositif doit faire l'objet d'une large explication dans son contenu et ses objectifs, en direction de l'ensemble des parties concernées et en particulier,

Les organes consultatifs : Conseil Scientifique, Conseil Médical

Les chefs de services médicaux et les praticiens

Les surveillants médicaux.

2, 1, 1, du Bureau des entrées

L'importance du bureau des entrées dans la gestion et le suivi du dossier médico-administratif des patients a été consacrée dans les organigrammes des établissements de santé et précisé par l'instruction n° 03 MSP/MIN du 07 Décembre 2000 de Monsieur le Ministre de la santé, de la Population et de la réforme Hospitalière, relative à son organisation et son fonctionnement
Des représentants des agences de sécurité sociale et de la direction de l'action sociale de wilaya, seront associés aux activités du bureau des entrées.

2.1.2 du Système d'information

Il est impératif que seuls les documents standardisés élaborés et adoptés, soient utilisés dans le cadre de cette opération (demande d'hospitalisation, bulletin d'admission, fiche navette, demande de prise en charge, relevé des prestations, facture des frais d'hospitalisation). Ces supports doivent être disponibles en permanence, et être renseignés avec précision en vue d'en faciliter l'exploitation et notamment la préparation des éléments de facturation.

2.1.3. de l'antenne de Sécurité Sociale

Une antenne de sécurité sociale est installée au niveau de chaque établissement de santé concerné.

Les locaux nécessaires et toutes les facilités devront être accordés par les gestionnaires, à la mise en place et au déroulement des activités administratives et de contrôle médical de l'antenne de sécurité sociale.

2.2 LES DIRECTEURS D'AGENCES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

Les directeurs d'agences de Sécurité Sociale sont chargés de la dynamisation et du renforcement du service « Hôpitaux – Cliniques », principal interlocuteur des établissements de santé dans l'accomplissement des formalités de délivrance des prises en charge et doivent notamment :

2.2.1. Veiller à l'affectation du personnel médical et administratif nécessaire au niveau des sites retenus.

2.2.2. Mettre à la disposition des personnels impliqués l'ensemble des supports et imprimés indispensables au bon déroulement du processus.

2.2.3. Procéder, en direction de l'ensemble des travailleurs de l'agence, des assurés sociaux, du mouvement associatif et des responsables locaux, à une large explication du contenu et des objectifs de ce dispositif.

2.3. LES DIRECTEURS DE L'ACTION SOCIALE DES WILAYAS

Les directeurs de l'action sociale sont chargés de l'affectation des cadres nécessaires au niveau des sites retenus (bureaux des entrées – bureaux communaux d'action sociale).

Le processus d'identification des démunis non assurés sociaux doit être suivi de la délivrance de la carte de démunis aux personnes concernées.

Cette carte permet l'accès aux structures publiques de soins au détenteur ainsi qu'à ses ayants droit.

Durant la phase de simulation, la présentation de l'attestation de démunis non assuré social suffira à son identification.

Les services de la protection sociale des catégories défavorisées et les bureaux communaux de l'action sociale veilleront à l'information des citoyens concernés.

3. INFORMATION ET COMMUNICATION

En vue de lui assurer le succès attendu, cette opération doit bénéficier d'un vaste programme commun de médiatisation. Elle s'impose à tous les intervenants et doit faire l'objet d'actions de sensibilisation et d'information en direction des partenaires sociaux et du mouvement associatif.

4. EVALUATION

Le suivi et l'évaluation périodique de la mise en œuvre de la contractualisation nécessite la mise en place d'une organisation administrative et technique spécifique.

Ainsi, il est créé :

Au niveau national, un comité interministériel de suivi et d'évaluation

Au niveau local, un comité intersectoriel de wilaya.

La composition et les missions de ces deux comités sont fixées par décision interministérielle.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

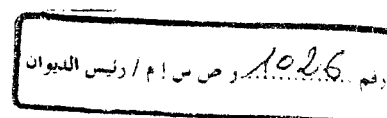
MINISTRE DE LA SANTE. DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Chef de Cabinet

30 DEC 2004

Note

رئيس الديوان



Note

A mesdames et messieurs :

**Les directeurs de la santé de la population et de la réforme hospitalière
pour communication aux établissements de soins sous tutelle**

Les directeurs généraux des centres hospitalo-universitaires

L'ensemble des établissements de santé sont tenus de veiller au fonctionnement effectif des mécanismes permettant le démarrage du processus de la contractualisation à partir du 1^{er} janvier 2005, conformément aux dispositions du décret exécutif n° 04-101 du 1^{er} avril 2004, fixant les modalités de contribution financière des organismes de sécurité sociale au financement des établissements publics de santé. Les chefs d'établissements sont tenus de suivre personnellement le lancement de l'opération et de veiller à sa réussite en relation avec les services de sécurité sociale et les directions de l'action sociale.

Il reste entendu que cette opération ne doit en aucun cas gêner la prise en charge des malades quel que soit leur statut. La comptabilité des actes doit être basée sur la nomenclature et la tarification en vigueur jusqu'à son actualisation.

Le chef du cabinet

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**DIRECTION DE L'ADMINISTRATION GENERALE
N° 61/MSPRH/DAG/2005**

Le 23 Janvier 2005

Note

- **Madame et messieurs les directeurs généraux des CHU : pour exécution**
- **Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la population : pour diffusion aux Etablissements de santé sous tutelle et exécution.**

Objet : Mise en place de la contractualisation

Dans le cadre de la mise en œuvre du processus de contractualisation à compter du 1^{er} janvier 2005 conformément aux dispositions du décret exécutif n° 04/101 du 1^{er} avril 2004 fixant les modalités de contribution financière des organismes de sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et en application de la **note n° 1026 du 30-12-2004** de Mr le chef de cabinet.

Il vous est demandé de me faire parvenir les rapports mensuels détaillés en axant vos efforts sur la démarche l'évolution et la progression de l'opération ainsi que les éventuelles difficultés et contraintes rencontrées.

J'attache une attention particulière à la stricte observation de cette directive.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA
REFORME HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général

CIRCULAIRE N° 09 MSPRH/SC DU 15 AVRIL 2004

Destinataires :

Mesdames et Messieurs

- les Directeurs de la santé et de la population

pour diffusion aux directeurs des secteurs sanitaires

et des EHS, et suivi de l'exécution

- les Directeurs généraux des CHU

pour exécution

Objet : *Contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale.*

En application de l'instruction interministérielle du 14 Janvier 2003 dont vous trouverez copie, ci-jointe, une première phase de mise en œuvre de la contractualisation est en cours de développement dans dix (10) établissements publics de santé à travers le territoire national.

Le bilan d'étape de cette opération, établi au 31 décembre 2003, permet de lancer, d'ores et déjà, la généralisation de ce processus à l'ensemble des établissements publics de santé.

Cette généralisation portera sur les aspects liés à l'organisation et au fonctionnement des bureaux des entrées et à la collecte des données nécessaires à l'évaluation objective des activités hospitalières. Elle concernera également l'identification de plus en plus précise du statut social des patients admis dans les établissements hospitaliers. Ce volet devra être traité en étroite collaboration avec des directeurs de l'action sociale et les responsables des organismes de sécurité sociale au niveau de la wilaya.

Il vous appartient de vous inspirer des orientations contenues dans l'instruction du 14 janvier 2003 précitée et du document relatif au point de situation sur la mise en œuvre de la contractualisation, remis lors de la séance de travail présidé par Monsieur le Ministre en date du 29 Février 2004.

Vous y trouverez les éléments de base vous permettant d'adapter la démarche et le programme de mise en œuvre au niveau d'avancement du processus dans les structures hospitalières relevant de votre autorité.

Dans ce cadre Je vous signale qu'une version mise à jour du logiciel "PATIENT" support normalisé du dossier "contractualisation" a été communiqué à l'ensemble des établissements fin mars 2004.

J'insiste, tout particulièrement, sur l'impérieuse nécessité d'accompagner cette phase d'expérimentation, de toute votre attention, par des actions soutenues de communication et d'information en direction de l'ensemble des personnels, des usagers et des représentants de la société civile en général.

Un point de situation, arrêté au 30 juin 2004, devra être établi par vos soins et m'être transmis dans les meilleurs délais, sous le timbre de la présente circulaire.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME
HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général
N°1036 DU22.12.2003

Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population
des wilayas de : ALGER- ORAN- CONSTANTINE
BLIDA-ANNABA-MEDEA OUARGLA

Objet : *Mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilayas.*

R E F : Ma note N° 804 /MSPRH/ SG DU 13.09.2003.

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir me faire parvenir au plus tard le 10 janvier 2004, un rapport relatif à la mise en œuvre de la contractualisation pour le deuxième semestre 2003, ainsi que le bilan global de l'opération pour l'ensemble de l'année 2003
Comme pour le précédent rapport d'étape arrêté au 30 juin 2003, le rapport attendu devra comporter :

- Une partie basée sur les travaux du comité intersectoriel de wilaya.
- Une deuxième partie relative à l'évaluation des activités et une simulation de facturation par établissement pour la période allant du 1^{er} juillet au 31 décembre 2003, conformément aux canevas joints à ma note citée en référence.

Le bilan global de l'opération pour l'année 2003, devra faire ressortir, outre les aspects positifs, les contraintes, les observations et toutes propositions de nature à améliorer et accélérer le processus engagé.

La Secrétaire Générale
R. BENKHELIL

**Groupe de spécialités homogènes
Hospitalisation**

Annexe 1

CHIRURGICALES

MEDICALES

Cardiologie
Dermatologie
Diabétologie
Endocrinologie
Gastro-entérologie
Hématologie
Infectiologie
Médecine interne
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Allergologie
Médecine nucléaire
Neurologie
Rééducation
Pédiatrie

Anesthésie-réanimation
Chirurgie générale
Chirurgie infantile
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie thoracique
Chirurgie vasculaire
Ophtalmologie
ORL
Orthopédie traumatologie
Neuro-chirurgie
Gynécologie-obstétrique
Urologie

COUTEUSES

MATERNITE

Maternité

Oncologie chirurgicale
Néonatalogie
Oncologie médicale
Réanimation médicale
Radiothérapie
Chirurgie cardiaque
Greffe

PSYCHIATRIQUES

Psychiatrie
Pédo-psychiatrie

**Prix Moyen de la Journée d'Hospitalisation (PMJH)
par groupe de spécialités homogènes (GSH) En dinars**

G.S.H	CHU	EHS	Secteurs Sanitaires
Médicales	6.000.00	5.000.00	4.000.00
Chirurgicales	8.000.00	7.000.00	6.000.00
Maternité	7.000.00	7.000.00	7.000.00
Psychiatriques	2.000.00	2.500.00	2.000.00
Coûteuses	15. 000.00	15.000.00	11.000.00

Evaluation de l'activité d'hospitalisation
Période du 01 janvier 2001 au 30 juin 2001

Wilaya :

Secteur Sanitaire :

Etablissement :

Services hospitaliers (1)

Nombre de lits

Nombre total de journées d'hospitalisation

Nombre de malades admis

- assurés sociaux
- Démunis non assurés sociaux
- Autres — non définis
- Nombre de journées d'hospitalisation
- assurés sociaux
- démunis non assurés sociaux
- autres non définis

(1) Seuls les services d'hospitalisation faisant partie des groupes de spécialités homogènes doivent être portés

Il y a lieu de respecter l'ordre suivant pour énumérer les services d'hospitalisation : Médicales, Chirurgicales, Maternité, Psychiatriques, coûteuses.

Conformément aux dispositions de la décision interministérielle du 14 janvier 2003 portant création, composition et attributions du comité interministériel chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilayas, des rapports mensuels concernant le suivi et l'évaluation des activités et des coûts hospitaliers au niveau de dix (10) établissements publics de santé retenus doivent être transmis par le comité intersectoriel de wilaya.

La simulation de facturation retenue dans une première phase est basée sur le prix moyen de journée d'hospitalisation (PMJH) en fonction du « type » d'établissements et des groupes de spécialités homogènes. A cet effet, trois (03) documents sont joints en annexe à la présente note, il s'agit :

- des groupes de spécialités homogènes en milieu hospitalier
- du prix moyen de journée d'hospitalisation par groupe de spécialités homogènes et par type d'établissement public de santé.
- D'un canevas d'évaluation de l'activité hospitalière pour la période allant du 01 Janvier 2003 au 30 juin 2003.

Concernant le premier document « groupes de spécialités homogènes en milieu hospitalier » :

- il permet le classement des spécialités et /ou des services concernés par la simulation.

Concernant le deuxième document « prix moyen de journée d'hospitalisation par groupe de spécialités homogènes et par type d'établissement public de santé » :

- il permettra une évaluation financière. Ces prix ont été déterminés sur la base de l'opération « calcul des coûts ».

Concernant le troisième document « canevas d'évaluation de l'activité hospitalière pour la période allant du 01 janvier 2003 au 30 juin 2003 » :

- il vous est demandé de renseigner pour la période fixée, il renferme les éléments d'information nécessaires pour évaluer l'activité d'hospitalisation dans les établissements retenus.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général

N° 804 DU 13.09.2003.

Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population des wilayas de :
ALGER-ORAN-CONSTANTINE
BLIDA-ANNABA- MEDEA OUARGLA

Objet : *Mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilayas.*

En application de l'instruction interministérielle du 14 janvier 2003, une première phase de mise en œuvre de la contractualisation a été engagée au début de l'année 2003, dans dix (10) établissements de santé.

En vue de permettre au comité interministériel de dresser un bilan de l'opération pour le 1^{er} semestre de l'année en cours, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir me faire parvenir au plus tard fin septembre 2003 votre rapport d'étape arrêté au 30 juin 2003.

Ce rapport devra comporter :

- Une partie basée sur les travaux du comité intersectoriel de wilaya avec un point de situation sur l'évolution du dossier : fonctionnement de bureaux des entrées, connaissance du statut social des patients (assurés, démunis non assurés....), relation avec les agences CNAS, CASNOS, services de l'action sociale, contraintes, suggestions et appréciation générale.
- Une deuxième partie relative à l'évaluation des activités et une simulation de facturation par établissement pour la période allant du 1^{er} janvier au 30 juin 2003.

A cet effet, vous trouverez en annexe à la présente note :

- Un document (annexe 1) identifiant les spécialités réparties en cinq (05) groupes homogènes : médicales, chirurgicales, psychiatriques coûteuses, maternité ; ainsi les coûts moyens de la journée d'hospitalisation applicables au titre de la simulation, déterminés sur la base du rapport de synthèse pour l'année 2002, établi en application de la circulaire n° 15/MSP/MIN du 03 octobre 2001 pour la mise en place du calcul des coûts dans les établissements de santé.

- Un document (annexe 2) - canevas d'évaluation de l'activité hospitalière à renseigner, par établissement.

Vous voudrez bien veiller à la qualité des rapports attendus des chefs d'établissements concernés et au respect des délais impartis.

La Secrétaire Générale
R. BENKHELIL

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION,
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Mise en œuvre de la « Contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas ».

Point de situation au 31 décembre 2003 et programme d'action pour l'année 2004.

Le groupe interministériel, chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la Contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale a été installé par Messieurs les Ministres de la Santé et de la population et du Travail et de la sécurité sociale, le 16 mars 2002.

A la lumière des études menées dans le domaine, des expériences internationales rapportées par certains membres et de l'exploitation du fond documentaire disponible, le groupe de travail a tenté de dérouler les modalités les plus appropriées en vue d'un développement progressif de la Contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale.

Le groupe a adopté, comme préalable de veiller à travers le mode de financement et de paiement à retenir, à ne pas déstabiliser les équilibres financiers du système de sécurité sociale et du fonctionnement normal des établissements publics de santé. De telles perturbations risqueraient, en effet, de remettre en cause l'accès aux soins de la population.

Deux modes de paiement ont particulièrement retenu l'attention des membres :

- le prix moyen de la journée d'hospitalisation
- le forfait par pathologie

Prix moyen de la journée d'hospitalisation

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (Médicales, Chirurgicales, Psychiatriques, Spécialités lourdes et coûteuses et Maternité).

Forfait par pathologie

Il s'agit d'une démarche dont la réalisation exigera plus de temps. Elle nécessite en effet le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie.

Ce mode de financement a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques et professionnels objectifs.

Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtés par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration

Un premier rapport d'étape a été produit, par le groupe de travail en date du 19 Mai 2002.

Un deuxième rapport a été élaboré en date du 31 décembre 2002, à la suite duquel il a été décidé d'engager une première phase de mise en œuvre de la contractualisation par une opération de simulation de facturation dans dix (10) établissements publics de santé, ainsi répartis :

- Centres Hospitalo-universitaires (CHU) : CONSTANTINE MUSTAPHA - BLIDA
- Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) ; EL BOUNI (Annaba)
El RÎADH (Constantine)
- Secteurs Sanitaires : MEDEA - OUARGLA – ARZEW- AIN-TURK.

A ce stade et en raison de la nécessité de l'identification, en vue de leur prise en charge, des démunis non assurés sociaux, il a été décidé d'intégrer au comité, les services du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale à travers les Directions de l'Action Sociale des Wilayates

Cette démarche a été concrétisée par la diffusion d'une instruction interministérielle en date du 14 Janvier 2003, ainsi que la création d'un comité interministériel de suivi et d'évaluation et de comités intersectoriels dans les wilayas concernées par l'opération.

Les travaux préparatoires au lancement de l'opération ont été clôturés par une réunion regroupant les cadres concernés des 03 départements (cadres centraux, directeurs de la santé et de la population, directeurs de l'action sociale, directeurs des établissements de santé, responsables de la CNAS et de la CASNOS)

Les rapports parvenus, les visites effectuées sur certains sites ont montré que le démarrage ne s'est opéré en général que début avril 2003.

L'avancement a été satisfaisant dans la plupart des sites. Des difficultés ont été mises en exergue, en ce qui concerne notamment, l'identification du statut social des personnes admises dans les hôpitaux.

Le comité interministériel a procédé courant octobre 2003, à l'exploitation et l'évaluation des rapports des comités intersectoriels de wilaya relatifs au 1^{er} semestre 2003.

Parmi les contraintes soulevées, figurent encore,

- Les difficultés d'identification des démunis non assurés sociaux, opération qui ne sera achevée que début 2004.

- L'absence d'un fichier et d'un identifiant national concernant les assurés sociaux

- L'insuffisance de l'information et de vulgarisation en direction des professionnels concernés et des citoyens

Compte tenu de ce qui précède et suite aux débats, il a été rappelé :

- La nécessité d'accélérer l'élaboration et la remise aux intéressés des cartes de démunis non assurés sociaux.

- La nécessité d'aller vers l'identifiant national des assurés sociaux en vue de faciliter la reconnaissance de l'ouverture de droit, à la prise en charge des soins dans les établissements publics de santé.

- L'importance d'action de communication et d'information soutenant ce dossier.

En plus de l'exploitation des rapports du deuxième semestre 2003 des comités intersectoriels des (07) wilayas, un bilan global de l'opération, arrêté au 31 décembre 2003, vient d'être élaboré par le comité interministériel.

Ce bilan fait ressortir des progrès certains en ce qui concerne, notamment :

- Le fonctionnement des bureaux des entrées des établissements hospitaliers, le renseignement des fiches navettes et des différents supports de gestion.
- La possibilité de l'accès au fichier national d'immatriculation des assurés sociaux.
- La connexion prochaine des établissements de santé d'une même wilaya au fichier affiliation de l'agence CNAS concernée.

Ces éléments faciliteront des actions futures. Néanmoins, il y a lieu de signaler la persistance de certaines contraintes en ce qui concerne notamment l'identification des démunis non assurés sociaux.

En effet, l'opération de délivrance des cartes de démunis non assurés sociaux entamée en mai 2003 n'a pu être concrétisée dans les délais en raison des difficultés liées essentiellement aux lenteurs de délivrance par les organismes de sécurité sociale et les chambres de commerce des pièces attestant

de la qualité de non assurés social (attestations de non affiliation à la CNAS et à la CASNOS, et de non inscription au registre de commerce)

L'insuffisance des moyens humains et matériels au niveau des bureaux communaux entraîne des retards dans la mise en place des brigades d'enquêtes sociales, et dans les actions d'information et de vulgarisation du dispositif auprès des citoyens.

Le programme d'action, pour l'année 2004, s'articulera essentiellement autour des axes suivants :

- Généralisation de l'opération à l'ensemble des établissements publics de santé, en ce qui concerne, notamment, les supports de gestion standardisés et validés.
- Définition et mise en œuvre d'un programme de formation en direction de l'ensemble des personnels impliqués en matière de contractualisation, cette action visant en priorité la formation de formateurs relais chargés de l'encadrement du programme.
- Identification de plus en plus rigoureuse du statut social des différentes catégories de population : assurés sociaux et ayants droits, démunis non assurés sociaux, non assurés.
- Mise en place d'un groupe technique spécialisé dans le domaine des systèmes d'information.
- Intégration au processus de mise en œuvre de représentants du Ministère de l'intérieur et des collectivités locales, en vue d'accélérer et de faciliter l'identification des démunis, mission en grande partie à la charge des APC.
- Assouplissement des procédures relatives à la reconnaissance de la qualité de démunie non assurée sociale, prévues par le décret exécutif n° 01-12 du 21 janvier 2001
Poursuite de l'évaluation des activités et des coûts au sein des établissements de santé, tout en veillant à la généralisation de l'outil informatique dans les différentes étapes du programme
- Intégration des services hospitaliers conventionnés par la CNAS dans le cadre de la diminution des transferts pour soins à l'étranger au système d'évaluation mis en place
- Evaluation des conventions signées par la CNAS avec certaines cliniques privées et ce, en vue de l'extension des mêmes dispositions aux services hospitaliers publics assurant des soins de même nature.
- Organisation de conférences d'experts conformément à la démarche retenue lors du rapport d'étape du 19 mai 2002 du comité interministériel, en vue de la détermination d'une méthodologie et de coûts par pathologie, de manière prioritaire au niveau des services hospitaliers conventionnés par la CNAS compte tenu des dispositions contractuelles admises par les deux parties
- Recherche et propositions de formules complémentaires d'assurance sociale (mutuelles et autres....)
- Révision de la Nomenclature des Actes Médicaux et de la Tarification, compte tenu des prérogatives de chacun des secteurs.

Il y a lieu de rappeler, par ailleurs qu'après plusieurs mois de concertation, un décret exécutif fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé, a été adopté en conseil de gouvernement lors de sa séance du 24 novembre 2003.

Ce décret est pris en application de l'article 116 de la loi de finances pour 2003 qui stipule que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés (y compris les centres hospitalo-universitaires) est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayants droit. La mise en œuvre de ce financement sera effectuée sur la base des informations relatives aux assurés sociaux pris en charge dans les établissements publics de santé et ce, dans le cadre de relations contractuelles liant la sécurité sociale et le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Les modalités de mise en œuvre de cette disposition seront fixées par voie réglementaire. »

Ce texte, dont les dispositions seront mises en application dès sa publication, s'articule autour des axes principaux ci-après ;

1- Les organismes de sécurité sociale procéderont au versement de leur contribution financière annuelle aux budgets des établissements publics de santé par tranche trimestrielle, sur la base des informations communiquées par ces derniers. Ces informations portent sur l'identification des assurés sociaux et de leurs ayants droit ainsi que la nature et le montant des prestations fournies.

2- L'intervention du contrôle médical par les organismes de sécurité sociale au niveau des structures hospitalières sur la base de références consensuellement admises qui restent à déterminer

3- L'obligation pour les organismes de sécurité sociale de mettre en place des « services hôpitaux cliniques » destinés à faciliter la reconnaissance de l'ouverture du droit à la prise en charge, sans que cette opération ne porte préjudice, empêche ou retarde la prise en charge médicale normale du patient.

4- Enfin, les secteurs concernés prendront toutes les mesures utiles et nécessaires en vue d'organiser des campagnes de communication et de sensibilisation en direction de la population sur le contenu et les objectifs de la démarche.

Par ailleurs, le comité interministériel insiste sur la nécessité de prévoir des ressources financières en vue de soutenir son action, notamment, dans le cadre de la tenue des conférences d'experts, dans la réalisation des programmes de formation et pour les compléments d'équipements des services tant déconcentrés (Directions de la santé, de l'action sociale) que décentralisés (Etablissements de santé, APC, Agences CNAS et CASNOS).

Synthèse rédigée par le comité interministériel chargé de la mise en œuvre de la contractualisation en sa réunion du 07 février 2004.

Etaient présents :

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

M. Ali CHAUCHE

M. Youcef BENKACI

Mme le Pr Nacéra BENFENADKI

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale

- Mme. Naima NIA

- Mme. Sabiha DJENDER

- M. Djamel Eddine TÍAIBA

Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale

M. le Pr Mustapha Kamel GRABA

M. Hamid KHALDOUN

M. Djaouad BOURKAIB

Compte rendu des travaux du groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé et les caisses de sécurité sociale.

Rapport d'étape (1)

Introduction

Le groupe interministériel, chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale a été installé par Messieurs les Ministres de la santé et de la population, et du travail et de la sécurité sociale, le 16 mars 2002.

Depuis cette date, le groupe a convenu de tenir une séance de travail par semaine, de produire **un premier rapport d'étape** à la mi-mai 2002.

Le présent rapport est structuré comme suit :

Un rappel historique succinct du dossier contractualisation ;

- Un point de situation des travaux réalisés ;

Un programme d'action à court et moyen terme.

2- Objectifs de la contractualisation

- Une plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins. Les organismes de sécurité sociale pourront connaître au plan quantitatif et qualitatif les soins fournis aux assurés sociaux.

- Une meilleure maîtrise des dépenses

- Une amélioration de la qualité des prestations de soins

- Une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale, permettant une utilisation rationnelle et optimale des ressources.

3- Historique

- Les lois de finances successives depuis 1992 disposent que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels ».

Elles précisent, que « les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat » Il y a lieu de noter que ce n'est que suite aux conclusions du conseil interministériel du 21 mars 1995 qu'un comité interministériel chargé de la contractualisation a été installé le 10 avril 1995.

Ce comité était composé de représentants :

- Du ministère de la santé et de la population

- Du ministère du travail et de la protection sociale

- Du ministère des finances

- De la caisse nationale des assurances sociales (CNAS)

- De la caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS)

- De gestionnaires d'établissements publics de santé

Les travaux du comité ont porté essentiellement sur l'élaboration et la mise en place de supports d'information et d'évaluation, de réhabilitation du « bureau des entrées » au niveau des établissements publics de santé et de la définition des procédures d'admission et de délivrance de la prise en charge des patients.

Des actions de formation et de sensibilisation des professionnels de la santé ont été organisées en direction des six (06) établissements « pilotes » pour la phase « test ».

Le développement du processus sur le terrain, s'est heurté à quatre (04) difficultés majeures.

- La suppression, et dans certains cas, l'abandon des fonctions essentielles du « bureau des entrées » et l'absence et/ou l'inadaptation des supports de gestion au niveau des établissements de santé et des organismes de sécurité sociale, supports abandonnés avec l'instauration de la médecine gratuite dès 1974.
- Le manque de coopération et de motivation des personnels chargés de renseigner les supports d'information et documents mis à leur disposition notamment, au niveau des établissements de santé.
- La non actualisation de la « Nomenclature Générale des Actes Professionnels et la Tarification » qui n'a pas été révisée depuis 1987.
- La non identification des démunis non assurés sociaux

Malgré toutes ces difficultés, les principales recommandations du « comité interministériel » ont été suivies d'effet, à savoir :

- Réhabilitation du « bureau des entrées » au niveau de l'ensemble des établissements publics de santé ;
 - La mise en place et la généralisation des supports d'information standardisés (demande d'hospitalisation, bulletin d'admission, fiche navette....) ;
 - L'informatisation progressive des fonctions et procédures du « bureau des entrées ». Par ailleurs, il y a lieu de signaler que deux (02) études ont été réalisées :
 - L'une confiée au CENEAP, et financée par le budget de l'Etat en 1997 et dont les conclusions ont été déposées en juin 1999 ;
 - L'autre commandée et financée par la CNAS au bureau d'étude SOFNAL en 2000 intitulée « maîtrise des dépenses de la CNAS afférentes à la couverture des prestations prodiguées aux assurés sociaux ».

3-1 L'étude réalisée par le CENEAP

Le CENEAP a évalué le processus d'expérimentation du système de gestion mis en œuvre par le « comité interministériel » au niveau de six (06) établissements publics de santé.

L'étude du CENEAP a conforté et validé globalement la démarche et les conclusions du groupe interministériel précité, particulièrement en ce qui concerne :

- Les supports d'information et d'évaluation à mettre en œuvre ;
- La généralisation de la mise en place du « bureau des entrées » au niveau de l'ensemble des structures hospitalières ;
- La sensibilisation et formation des différents personnels hospitaliers chargés du renseignement des documents en relation avec le bureau des entrées ;
 - L'évaluation des activités des services hospitaliers des six (06) établissements « Pilotes » et identification des avantages et inconvénients de différents modes de financement et de paiement.

3-2. L'étude réalisée par le bureau d'étude SOFNAL

Tout en proposant le maintien du « forfait hôpitaux » actuel comme mode de financement des établissements publics de santé. SOFNAL insiste sur l'introduction de paramètres plus précis quant à l'allocation des ressources.

La démarche recommande l'utilisation de « clés » de répartition de l'enveloppe financière arrêtée par région et par wilaya. Cette démarche, qui vise une répartition équitable des moyens financiers et de l'offre de soins, ne précise pas les procédures à mettre en œuvre.

4- Etat d'avancement des travaux du groupe interministériel installé le 16 mars 2002

A la lumière des études précitées, des expériences internationales rapportées par certains membres et de l'exploitation du fond documentaire disponible, le groupe de travail a tenté de dérouler les modalités les plus appropriées en vue d'un développement progressif de la

contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale.

Le groupe a adopté, comme préalable, de veiller à travers le mode de financement et de paiement à retenir, à ne pas déstabiliser les équilibres financiers du système de sécurité sociale et du fonctionnement normal des établissements publics de santé. De telles perturbations risqueraient en effet, de remettre en cause l'accès aux soins de la population.

Deux modes de paiement ont particulièrement retenu l'attention des membres :

- Le prix moyen de la journée d'hospitalisation ;
- Le forfait par pathologie

4-1 Prix moyen de la journée d'hospitalisation

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (Médicales ; Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités lourdes et coûteuses et Maternité).

D'autre part, la nécessaire évaluation périodique de ce mode de paiement devra permettre de mieux connaître et de normaliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé la durée moyenne de séjour. Ce paramètre permettra aussi d'apprécier la performance des établissements de santé et d'établir des comparaisons entre les différentes structures en vue d'une émulation vers l'efficience et l'efficacité.

4-2. Le forfait par pathologie

[L s'agit d'une démarche dont la réalisation exigera plus de temps. Elle nécessite en effet le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie.

Ce mode de financement a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques et professionnels objectifs.

Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtés par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

Dans ce domaine, l'expérience a montré que le seul « bénévolat » ne permet plus de mobiliser les compétences requises. Aussi, le problème de la couverture financière relative à la rémunération des experts à engager et des charges annexes doit être au préalable clairement réglé.

5- Démarche proposée

Dans le contexte actuel du fonctionnement des systèmes de santé et de sécurité sociale et en raison de l'insuffisance des données relatives à la connaissance des activités et des coûts par pathologie, le groupe interministériel estime que les deux (02) modes de financement et de paiement ne s'excluent pas.

Ainsi, dans l'immédiat, pourrait être mis en œuvre « le prix moyen de la journée d'hospitalisation » tout en préparant les éléments nécessaires pour la recherche du « forfait par pathologie ». Les différentes évaluations permettront d'opter le moment venu pour le mode de financement et de paiement le plus judicieux.

6- Etapes de mise en œuvre

Les actions à entreprendre pour la mise en œuvre de ce processus s'articuleront autour des axes suivants :

- Processus d'identification des assurés sociaux et des ayants droits, à leur admission dans les établissements hospitaliers ;
- Modalités et procédures de délivrance de la prise en charge par les caisses de sécurité sociale ;
Elaboration de la méthode de calcul du prix moyen de journée d'hospitalisation par groupes de spécialités et par « type » d'établissement ;
- Détermination de la durée de séjour normative pour cinq (05) groupes de spécialités ;

- Fixation des prix de journées d'hospitalisation pour les cinq (05) groupes de spécialités.

Mise en œuvre du système contractuel suivi et évaluation périodique.

Parallèlement à cette première démarche et en vue de concrétiser l'approche par pathologie, il sera procédé à :

La mise en place des groupes d'experts.

- La fixation d'un calendrier de travaux.
- Le suivi et l'évaluation périodique des travaux

Validation des résultats et mise en œuvre du système contractuel sur la base du forfait par pathologie, suivi et évaluation périodique

Ces deux (02) démarches feront l'objet d'une phase de mise en application sans incidence financière réelle pour les deux (02) parties, mais avec une simulation la plus proche de la réalité.

L'analyse comparative des deux (02) modes de financement et de paiement permettra d'adopter le ou les modes de financement et le paiement les plus appropriés.

Il s'agit d'un rapport d'étape soumis à appréciation en vue d'instructions éventuelles pouvant orienter la suite des travaux.

En outre et en raison du plan de charge des participants à ces travaux, il serait souhaitable d'organiser début juin 2002 une réunion « bloquée » sur 3 à 4 jours en dehors des lieux habituels de travail des membres.

Ce regroupement devrait permettre de développer la démarche proposée et de rédiger le rapport définitif détaillé.

Par ailleurs, la contractualisation constituant un élément de l'accès aux soins des citoyens, le groupe recommande la prise en charge rapide des dossiers relatifs à :

- L'identification des démunis non réalisée à ce jour, malgré la publication du décret n° 01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins de cette catégorie de population ;
- L'actualisation de la « Nomenclature Générale des Actes Professionnels et de la Tarification » inchangée depuis 1987

Le 19 Mai 2002

Groupe de travail sur la contractualisation

Pour le ministère du travail et de la sécurité sociale :

- Monsieur le Dr Abdelkrim OUCHEFOUN
- Madame le Dr Messaouda CHADER
- Monsieur le Dr Mahmoud KHENE
- Monsieur Hamid KHALDOUN
- Monsieur le Dr Djaoued BOURKAIB

Pour le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

- Monsieur Ali CHAOUCHE
- Monsieur Youcef BENKACI
- Monsieur le Dr Mohamed Reda MERAD
- Monsieur Said HARBANE
- Monsieur Salah Eddine DAHMOUNE

Ont également assisté à quelques séances :

- Monsieur le Pr Abdelkader SEMID - MSP
- Monsieur le Dr Abdelhamid AIT BENAMAR - MSP
- Monsieur le Pr Sid Ali AMALOU - CNAS

***GUIDE DES PROCEDURES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES RELATIONS
CONTRACTUELLES ENTRE LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE,
LES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ET LES DIRECTIONS DE
L'ACTION SOCIALE DES WILAYAS***

DECEMBRE 2002

**GUIDE DES PROCEDURES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES RELATIONS
CONTRACTUELLES ENTRE LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE, LES ORGANISMES
DE SECURITE SOCIALE ET LES DIRECTIONS DE L'ACTION SOCIALE DES WILAYAS**

INTRODUCTION :

La mise en œuvre de relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas impose le développement des fonctions indispensables pour la quantification, le suivi et le contrôle des prestations médicales et paramédicales (actes médicaux, paramédicaux, durées d'hospitalisation, médicaments, examens complémentaires ...), la tenue de la comptabilité, la détermination des coûts prestations ainsi que des paramètres entrant dans la facturation .

Le développement de ces fonctions permettra par ailleurs, d'évaluer la qualité de la prise en charge médicale et des conditions de séjour, d'en tirer les conclusions et de prendre les mesures adéquates. Pour rendre disponible de manière permanente et fiable les informations nécessaires à ce système contractuel, il y a lieu de procéder au renseignement systématique des différents supports conçus à cet effet et de codifier clairement les relations organisationnelles et fonctionnelles entre le bureau des entrées, les services médicaux des établissements hospitaliers, le service hôpitaux – cliniques au niveau des agences de sécurité sociale et le service de la protection sociale des catégories défavorisées au niveau des directions de l'action sociales des wilaya .

Ces services doivent être dotés de l'ensemble des moyens humains et matériels pour mener à bien leurs missions (personnel qualifié et formé, outils et supports informatiques adéquats, téléphone, fax ...etc.)

MISSION DU BUREAU DES ENTREES AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS :

Ce bureau a pour mission de prendre en charge administrativement le patient depuis son admission jusqu'à sa sortie de l'établissement.

Le bureau a pour taches de :

- déclencher la procédure de demande d'admission et de demande de prise en charge pour les assurés sociaux et leurs ayant droits.
- enregistrer, en vue de leur règlement ultérieur, les dossiers des patients ne relevant pas des catégories citées à l'alinéa précédent.
- veiller au renseignement de l'ensemble des supports conçus et mis en œuvre pour le suivi du patient ainsi qu'à la constitution d'un dossier administratif pour chaque malade (demande d'hospitalisation, bulletin d'admission, fiche navette, documents d'état civil pour les parturientes, prise en charge émanant de l'organisme de sécurité sociale ou de la direction de l'action sociale de wilaya)
- procéder à la codification des actes professionnels portés sur la fiche navette conformément à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)
 - établir une facture basée sur le prix moyen de la journée d'hospitalisation accompagnée d'un relevé des prestations de soins fournies (actes professionnels, examens complémentaires, médicaments, durée d'hospitalisation)

3-MISSIONS DU SERVICE HOPITAUX-CLINIQUES AU NIVEAU DES AGENCES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE :

Le service hôpitaux- cliniques, interlocuteur des établissements de santé pour la délivrance de la prise en charge dans le cas de l'urgences, pour la réception, le contrôle et le traitement des factures relatives aux prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayant- droits, aura notamment pour missions :

La délivrance directe des prises en charge des assurés sociaux et de leurs ayants-droits en cas de décision d'hospitalisation d'urgence (même lorsque l'assuré social relève d'une autre agence de wilaya).

Le contrôle et le traitement des factures relatives aux frais d'hospitalisation pour l'ensemble des prises en charge délivrées par l'agence, sur la base du relevé des prestations de soin, apprécié par le contrôle médical des organismes de sécurité sociale.

4-MISSIONS DU SERVICE DE LA PROTECTION SOCIALE DES CATEGORIES DEFAVORISEES DES DIRECTIONS DE L'ACTION SOCIALE DES WILAYAS

Le service de la protection sociale des catégories défavorisées est le principal interlocuteur avec les établissements de santé pour la reconnaissance de la qualité de démunie non- assuré social.

La prise en charge d'hospitalisation au bénéfice des démunis non-assurés sociaux et leurs ayant-droits est délivrée par le service de la protection de la wilaya, en coordination avec les bureaux communaux d'action sociale.

Dans le cadre d'une hospitalisation d'urgence, la prise en charge doit être délivrée directement par la direction de l'action sociale de wilaya la plus proche, et ce quelque soit la résidence du patient démunis non assuré social.

Le règlement des prestations fournies aux démunis non-assurés sociaux et à leurs ayant-droits sera honoré sur la base d'une facturation.

5- MODES D'HOSPITALISATION

Les procédures d'hospitalisation et de délivrance de prise en charge sont mises en œuvre selon deux cas de figure :

L'hospitalisation programmée (sur rendez-vous),

L'hospitalisation effectuée dans le cadre de l'urgence.

5-1- Cas de l'hospitalisation programmée :

Le patient se présente à l'un des services médicaux de l'établissement hospitalier.

Après consultation et si l'état de santé du patient le nécessite, il lui est établi une demande d'hospitalisation (en deux exemplaires) datée et signée par le praticien ayant décidé l'hospitalisation.

Muni de la demande dans laquelle est précisée la date d'hospitalisation, le patient ou son, représentant est orienté vers le bureau des entrées qui :

Enregistre le rendez-vous et classe un exemplaire de la demande d'hospitalisation.

Renseigne et remet une demande de prise en charge au patient.

Sur appréciation de l'antenne de sécurité sociale, l'hospitalisation programmée peut être assimilée à l'hospitalisation d'urgence, lorsque les délais et / ou l'état de santé du patient ne permette pas d'entreprendre les démarches nécessaires.

Le patient disposant dans le cas présent de délais suffisants pour entreprendre les démarches nécessaires.

Présente un exemplaire de la demande d'hospitalisation ainsi que la demande de prise en charge à la structure dont il relève.

Présente le jour de son hospitalisation l'accord de prise en charge au bureau des entrées,

Le bureau des entrées après vérification des documents :

Renseigne le bulletin d'admission et le classe avec l'accord de prise en charge dans le dossier du patient.

Remet au patient le volet (n° 2) du bulletin d'admission, ainsi qu'une fiche navette correctement renseignée dans sa partie identification.

Le patient (ou son représentant) une fois ces formalités terminées se présente au service hospitalier concerné, auquel il remet le billet de salle et la fiche navette.

5-2- Cas de l'hospitalisation dans le cadre de l'urgence :

Ne disposant pas dans ce cas précis des délais suffisants afin d'entreprendre les démarches nécessaires pour la délivrance de la prise en charge, et s'agissant d'un cas d'urgence, le patient est alors hospitalisé.

Dans cette situation, il appartiendra à l'administration de l'établissement hospitalier d'agir en lieu et place du patient. Celle-ci, à partir des informations recueillies auprès du patient

(nom et prénoms du patient, date et lieu de naissance, sexe, numéro d'immatriculation à la sécurité sociale, structure de paiement et agence de rattachement de l'assuré, nom et prénoms de l'ayant droit concerné attestation ou carte de démunis non assuré social accompagnée du livret de famille pour les ayants-droits) déposera une demande de prise en charge dans les 48 heures :

Pour les assurés sociaux et leurs ayants-droits auprès du service hôpitaux-cliniques de l'agence de wilaya siège de l'établissement de santé ou auprès de l'antenne de la sécurité sociale installée au niveau des établissements hospitaliers importants,

Pour les démunis non-assurés sociaux et leurs ayant-droits auprès des services de la direction de l'action sociale du lieu d'implantation de l'établissement hospitalier,

Qui devront se prononcer dans un délai de 48 heures (jours ouvrables) suivant réception.

Après la sortie du patient, l'administration de l'établissement hospitalier transmettra, selon le cas, au service hôpitaux-cliniques de l'agence de l'organisme de sécurité sociale ou à la direction de l'action sociale de wilaya, qui a délivré l'accord de prise en charge, sur la base de la liste des démunis non assurés sociaux arrêtée annuellement.

La facture basée sur le prix moyen de la journée d'hospitalisation accompagnée du relevé des prestations de soins fournies ;

Ainsi qu'un compte rendu médical à titre confidentiel à l'intention du contrôle médical des organismes de sécurité sociale.

Les factures des patients seront déposées chaque fin de mois par l'établissement hospitalier auprès du service hôpitaux-cliniques de l'agence de wilaya de l'organisme de sécurité sociale siège de l'établissement hospitalier, ou auprès de la direction de l'action sociale de wilaya qui devront procéder à leur règlement dans un délai n'excédant pas 30 jours.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

15 Décembre 2010

Le Secrétaire Général

Mesdames et Messieurs
Les Directeurs de la Santé et de la population de Wilaya
(pour ampliation et suivi)
Les Directeurs Généraux des CHU/EHU d'Oran
(pour exécution)

Objet : *Rôle, missions et obligations du médecin généraliste affecté au Bureau des Entrées.*

Dossier : contractualisation

Dans le cadre de la mise en œuvre du processus de contractualisation entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale, il vous a été demandé (Correspondance N° 1502 MSPRH/SG du 07/11/2009) de désigner et d'affecter un médecin généraliste au bureau des structures hospitalières (CHU, EHU, EHS, EPH et EH).

Ces médecins ont suivi une première formation à l'INSP sur la codification des maladies et les diagnostics à travers la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

Ce personnel est appelé à jouer un rôle principal dans la qualité et la fiabilité de l'information, notamment médicale, liées au séjour du malade. Les missions, les obligations et conditions d'exercice du médecin généraliste au bureau des entrées sont :

1. *Il est sous la responsabilité directe du Directeur de l'Etablissement,*
2. *Il assure la coordination entre les services hospitaliers et le bureau des entrées,*
3. *Il est le principal interlocuteur avec les médecins conseils des organismes de sécurité sociale,*
4. *Il veille au bon renseignement de la fiche navette et a accès au dossier médical du malade pour vérifier et valider les informations transcrites sur la fiche navette,*
5. *Il est responsable de l'information médicale, il doit vérifier la fiabilité et validité des informations saisies dans le logiciel « Patient »,*
6. *Il veille à la bonne marche et à l'exécution des tâches de gestion et de suivi durant le séjour du malade,*
7. *Il vérifie la conformité de la distribution et la dispensation des médicaments prescrits au malade,*
8. *Il renseigne, personnellement, le résumé standard de sortie,*
9. *Il veille à ce que certains malades au niveau du service des urgences soient transférés dans un délai n'excédant pas les 48 heures vers les services appropriés,*
10. *Il organise des séminaires, des formations et des rencontres pour sensibiliser, former et informer les personnels de l'hôpital sur les procédures en place,*
11. *Afin de se consacrer à sa mission :*
 - a. *Il est dispensé des gardes,*
 - b. *Il est affecté exclusivement à cette activité,*
 - c. *Il dispose des moyens minimum suivants : d'un bureau et d'un ordinateur relié (connecté) au réseau informatique du bureau des entrées.*

Quand l'établissement nécessite plus d'un médecin généraliste (cas des CHU) 2 à 4 médecins), les conditions, missions et obligations, de chacun, restent inchangées ; par contre les services d'hospitalisations doivent être répartis en fonction du nombre de praticiens généralistes affectés au bureau des entrées.

Concernant les établissements d'hospitalisation n'ayant pas encore désigné un médecin généraliste aux activités de gestion et de suivi des malades hospitalisés, il leur est demandé de transmettre le curriculum vitae du médecin qui sera chargé de cette fonction dans les plus brefs délais.

Le Secrétaire Général
A. Bouchenak KHELLADI



Le présent fascicule fait partie de 19 fascicules regroupant les textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements publics de santé ainsi que la réglementation relative à l'exercice privé que je souhaiterais mettre à la disposition du gestionnaire de l'établissement de santé, du professionnel, de l'étudiant, du chercheur et de toute personne intéressée par la réglementation relative au domaine de la gestion des établissements de santé, un outil de travail classé par rubrique incomplet peut être me diriez vous ? Mais qui peut constituer une aide précieuse pour toute décision à prendre, recherche à mener ou proposition d'amélioration à soumettre.

Certes, l'ensemble des textes ont fait l'objet d'une publication soit au *Journal officiel* ou par le ministère de la santé, mais leur trop grande dispersion rendait leur consultation malaisée.

Je souhaiterais que ce recueil soit mis à jour continuellement pour faciliter la gestion quotidienne de nos établissements et trouver les meilleures solutions aux problèmes de gestion afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du malade.

Le lecteur me fera remarquer le manque de certains textes que malheureusement, je n'ai pas pu les trouver je lance un appel pour compléter ce présent travail.

Je souhaite aussi avoir vos avis, critiques et suggestions à l'adresse Email

ouldkadamed@gmail.com

ouldkadamed@yahoo.fr