

Financement de sante

Introduction :

les coûts de santé sont devenus une préoccupation majeure pour pratiquement tous les gouvernements. La nécessité d'offrir une couverture universelle pour les soins essentiels est une valeur généralement reconnue. Les dépenses en soins augmentent plus rapidement que la richesse dans de nombreux pays. La tendance n'est pas temporaire.

L'évolution des technologies et des pratiques ainsi que le vieillissement de la population sont autant de facteurs qui exercent des pressions sur le financement de la santé.

Financement des système de santé :

Couverture du risque maladie :

- a. couverture individuelle (financement individuel)
- b. couverture collective de type commercial (caisses d'assurances privées)
- c. couverture collective de type non commercial (mutuelles...)
- d. couverture obligatoire organisée par l'Etat (publique, obligatoire)
- e. couverture collective gratuite (totale ou partielle)

Niveaux d'analyse :

- a. Niveau macro-économique
- b. Niveau méso-économique
- c. Niveau micro-économique
 - ♦ La santé ne produit pas de revenus
 - ♦ Revenus provenant des secteurs économiques
 - ♦ Financer la santé = faire des transferts
 - ♦ Capacité de mobiliser des fonds ?

Sources possibles :

- a. Financement sur ressources propres :
 - ✓ Etat
 - ✓ Assurances, mutuelles...
 - ✓ Paiement par le malade
- b. Financement sur ressources extérieures :
 - ✓ Dons (multilatéraux, bilatéraux)
 - ✓ Subventions
 - ✓ Prêts à taux bonifié ou à taux commercial

Critères d'analyse :

- a. Équité : 2 interprétations :
 - ✓ Offrir les prestations nécessaires à ceux qui en ont besoin
 - ✓ Prélever en fonction du niveau des ressources de chacun
- b. Efficacité : 2 interprétations :
 - ✓ Permet d'atteindre les objectifs définis
 - ✓ Permet de gérer de manière rationnelle les ressources
- c. Pérennité : 2 interprétations :
 - ✓ Durable dans le temps
 - ✓ Peut être reproduit avec les ressources locales

Les mécanismes de rémunération :

- ♦ Rémunération à l'acte

- ♦ Rémunération au cas (à l'épisode)
- ♦ Forfait journalier (journée d'hospitalisation).
- ♦ Taux forfaitaire (paiement par primes)
- ♦ Capitation
- ♦ Salaire
- ♦ Budget
- ♦ Efficacité élevée, coût élevé (rémunération à l'acte)
- ♦ Efficacité faible/coût faibles (salaire, budget)
- ♦ Efficacité élevée, coût faible -solution optimale- (au cas, forfait journalier, paiement par primes, capitation)

Dépenses mondiales de santé (1990) :

- ♦ Total estimé à 1.700 milliards de \$ (8% du PIB mondial)
- ♦ Pays occidentaux (90% du total)
- ♦ USA (41% du total occidental)
- ♦ Pays en développement (10% du total)
- ♦ Economies développées (15% de la population consomment 90% des dépenses mondiales)
- ♦ Economies en développement (85% de la population mondiale consomment 10% des dépenses mondiales)

La formulation des politiques de santé :

Ne peut se faire :

- ♦ Sans informations sur le financement de la santé
- ♦ Les décideurs politiques ont besoin des Comptes nationaux de la santé (CNS), outil du financement, pour élaborer des politiques sanitaires efficaces

Comptes Nationaux de Santé :

Un outil qui peut :

- ♦ Résumer
- ♦ Décrire
- ♦ Analyser le financement des systèmes de soins

Bref historique du financement du système de santé algérien :

La structuration du système de santé a évolué selon 3 périodes distinctes :

- ♦ 1962 - 1974
- ♦ 1974 - 1986
- ♦ 1986 et au-delà

Période du financement mixte (1962-1974) :

Héritage d'un secteur de santé colonial

Première urgence : maintenir en fonctionnement le système dans un contexte difficile

- ♦ L'accès aux soins des assurés sociaux des multiples régimes se faisait sur la base d'un prix de journée et représentait environ 30% DNS
- ♦ Trésor public prenait en charge indigents (60% DNS)
- ♦ Les particuliers (professions libérales) payaient directement leurs soins (10% DNS).

Période de la gratuité (1974-1986) :

- Option socialiste/ volonté politique visait la construction d'un système national de santé
- ♦ Institution de la médecine gratuite/ accès égal
- ♦ Blocage institutionnel du secteur privé, monopole de l'Etat sur médicaments/ équipements médicaux
- ♦ Mobilisation de ressources (infrastructures hospitalières, unités légères et intensification formation des personnels médicaux et paramédicaux)

- ♦ Substitution des paiements directs (acte et prix de journée) par la formule « budget global »
- Globalement, amélioration significative de l'état de santé de la population

Période de contribution des ménages et des reformes (1986-à ce jours) :

Grave crise économique/ application sévère plan d'ajustement structurel (88-98) : financement problématique.
Engagement réformes profondes :

- ♦ Révision de la gratuité des soins et de la prédominance du secteur public.
- ♦ Lever du blocage institutionnel du privé (croissance rapide et anarchique)
- ♦ Démonopolisation du marché des médicaments / équipements médicaux
- ♦ Participation financière en progression des usagers

Contribution des usagers :

- ♦ Depuis 1985 : arrêt de la distribution gratuite des médicaments en médecine ambulatoire
- ♦ Depuis 1986 : participation des usagers à hauteur de 20% du coût des examens, explorations et analyses
- ♦ Depuis janvier 1995 : participation des usagers à hauteur de 50 DA (CG), 100 DA (CS) et 100 DA (JH) (1\$=100 DA) avec des exemptions (enfants, malades chroniques, personnes âgées, moudjahidines, chômeurs, personnels de santé...)

Effets de la crise économique et politique sur la santé :

- Résultats sanitaires détériorés, arrêt des progrès sanitaires
- ♦ Inversement de certains indicateurs notamment dans les campagnes (TMI, Incidence en hausse de maladies transmissibles éradiquées auparavant)
- ♦ Nombreuses pénuries médicaments et autres biens de santé
- Malgré composante publique d'importance, compétition avec un dynamique secteur privé dont les prestations sont coûteuses et de moyenne qualité

Principaux résultats financiers :

- Réajustement du mode socialisé du financement de la santé implication plus importante de la participation financière de usagers + forte contribution SS
- ✓ BIPOLARISE, le financement de la santé est devenu TRIANGULAIRE : ETAT, SECURITE SOCIALE, MENAGES.
- Dans le sillage des difficultés économiques, l'exercice privé de la médecine va connaître la levée de tous les obstacles institutionnels qui le confinaient à un rôle insignifiant et lui ouvrir les voies d'un développement spectaculaire depuis

Typologie des modes de financement :

SOURCES DE FINANCEMENT ET DNS(MDA) :

	70	80	90	96	99	02	07
I.	0.3	1.9	10.9	30.5	38.5	60.7	117
II.	0.1	3.1	14.2	57.8	70.2	58.5	124
III.		1.8	6.6	21.0	25.0	38.0	70
IV.					5.0	11.7	27
T	0.4	6.8	13.7	109.3	132.7	168.9	338
DNS/PIB	1.7	4.2	5.7	4.3	4.2	4.5	4.8

- ♦ I : ETAT
- ♦ II : SECURITESOCIALE
- ♦ III : MENAGES
- ♦ IV : AUTRES (Mutuelles, entreprises économiques, coopération étrangère...)

Contraintes des financeurs :

- Etat :
 - ✓ Contexte économique et financier préoccupant (1988-2000) :
 - ♦ Déficits budgétaires successifs

- ♦ Endettement externe et interne
- ♦ Volonté politique de désengagement du financement de la santé depuis 1993 (lois de finances successives) de prise en charge uniquement des sujétions de service public (fonctions classiques)
- ✓ Contexte d'aisance financière (2000 à ce jour) :
 - ♦ Rattrapage sur le plan infrastructurel (extensions, rénovations, équipements, formations...)
 - ♦ Renforcement des budgets (revalorisation salariale, médicaments)
 - ♦ Renforcement du développement du secteur libéral
- b. Sécurité sociale :**
 - ✓ Contexte économique et financier préoccupant (1988-2000) :
 - ♦ Importants déficits structurels depuis 1990 (400.000 emplois compressés)
 - ♦ Forte pression sur des moyens limités
 - ♦ Renchérissement prix des médicaments (dévaluation)
 - ✓ Reprise encore fragile des excédents depuis 2002 :
 - ♦ Renforcement du dispositif tiers payant (médicaments, carte chiffo, 5 grands centres régionaux d'explorations fonctionnelles)
 - ♦ Élargissement du conventionnement (maladies cardio vasculaires, dialyse y compris transport...) et projet de « médecin de famille »
- a. Ménages :**
 - ✓ Contexte économique difficile (1988-2000) :
 - ♦ Forte implication dans contexte d'affaiblissement de revenus (pertes de revenus et blocage des salaires)
 - ♦ Appauvrissement de larges couches de population par le lever des subventions et du soutien des prix notamment de 1ère nécessité
 - ♦ Couches aisées s'adressent à des structures de soins étrangères (France, Suisse, Tunisie, Turquie...), apport minime au financement local
 - ✓ Contexte de relance de l'emploi (2000 à ce jour) :
 - ♦ Réduction du chômage et élévation progressive de la capacité de participation financière
 - ♦ Amélioration du niveau de vie et de l'état de santé

Situation actuelle :

- Jusqu'à fin 2014 :
 - ♦ Embellie financière, ressources importantes de l'Etat (128 milliards de \$ de réserves de change)
 - ♦ Amélioration des équilibres financiers des organismes d'assurance-maladie
 - ♦ Amélioration des revenus des ménages et réduction du chômage
- A partir de 2014 (effondrement des prix des hydrocarbures) :
 - ♦ Forts déséquilibres financiers attendus des organismes d'assurance-maladie
 - ♦ Stagnation, voire réduction des revenus des ménages et reprise à la hausse du chômage

Tendances futures :

- La part de l'Etat va probablement rester confinée dans la fourchette (44-46%) mais sera orientée plus vers la prise en charge des populations démunies et les activités de prévention
- Dopée par la relance de l'emploi et la réduction du chômage (chute prix hydrocarbures ?) la Sécurité Sociale va participer davantage au financement de la santé pour les années à venir