

FINANCEMENT DE LA SANTE

Dr R.KIRATI

Histoire :

Dès les premières années de l'indépendance, l'Algérie adopte une politique de santé, qui donne la priorité à la prévention dont l'Etat assure le financement.

Les soins curatifs relèvent :

- des caisses de sécurité sociale pour les assurés sociaux.
- des communes pour les démunis
- des usagers eux-mêmes.

Les décomptes de frais (facturation) sont adressés directement aux débiteurs.

Aujourd'hui, le financement du système de santé est assuré, principalement, par:

- L'Etat
- La Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS)
- Les usagers.

La gratuité des soins

Historiquement, l'Etat, face à la demande d'une population, en grande partie démunie, institue la gratuité des soins dans les structures publiques de santé à partir de janvier 1974.

•Au fil des années, cette gratuité a, malheureusement, connu une déviation de son noble objectif initial, notamment, par son application indiscriminée, sa gestion et les gaspillages observés.

•Conjugée à la crise économique des années 1990, celle-ci a conduit les pouvoirs publics à engager la révision des modalités de financement du système de santé. C'est ainsi que le concept de contractualisation a pris naissance à partir de 1992.

Introduction :

les coûts de santé sont devenus une préoccupation majeure pour tous les gouvernements.

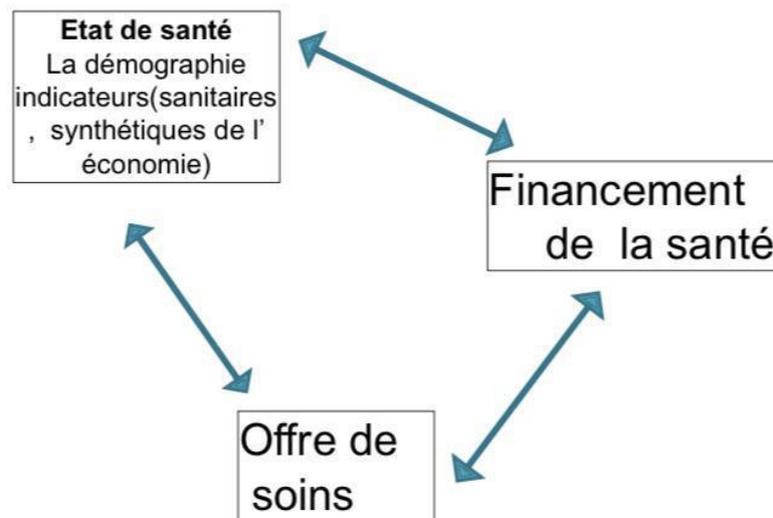
La nécessité d'offrir une couverture universelle pour les soins essentiels est une valeur généralement reconnue.

Les dépenses en soins se multiplient plus rapidement que la richesse dans de nombreux pays avec des besoins qui ne cessent d'augmenter

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.

Agrégats d'un système de santé



Comment assurer cette protection financière ?

1) Épargne individuelle, familiale ou collective.

-Individuelle : consiste à économiser pour sa santé (précaution).

-Collective: les professionnels d'un même secteur se regroupent.

2) Recours aux mécanismes d'assurance privée .

-Le risque d'être exclu de l'assurance santé en cas de présence de certains facteurs de risque (obésité ou tabagisme), cas des USA.

3) Assurance publique obligatoire.

-Tout le monde paie (les non malades pour les malades, les riches pour les pauvresetc.).

Les principaux acteurs de tout système de soins

On peut considérer schématiquement que l'organisation d'un système de soins est composée 4 secteurs :

1. **Le premier secteur correspond à la demande de soins, il contient les pièces suivantes :** population, usagers, entreprises, salariés, travailleurs indépendants....

2. **Le second secteur correspond à l'offre de soins,** il contient les pièces suivantes : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, paramédicaux , psychologues, hôpitaux....

3. **Le troisième secteur correspond au financement,** il contient, selon les systèmes, les pièces : assurance-maladie, assurances privées, mutuelles, Etat,

4. **Le quatrième secteur correspond aux flux entre les trois secteurs représenté par l'Etat et d'autres institutions** qui détermine le fonctionnement du système pour des missions de définition de normes, de cadre règlementaire d'exercice, de fixation des règles d'organisation et de gestion , de régulation générale du système etc...

Le financement de la santé et ses sous-fonctions

La collecte des contributions: le moyen par lequel le système de santé reçoit de l'argent des ménages ,Etat, caisses assurances.

La mise en commun des ressources: appelée aussi « fonction d'assurance » consiste généralement à accumuler et gérer les revenus de manière que le risque du paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe et non pas assumé par chacun des cotisants.

L'achat: le processus au cours duquel des fonds d'une caisse sont versés à des prestataires pour que ces derniers fournissent une série d'intervention sanitaire préalablement définies ou non.

FINANCEMENT DE LA SANTE

GOVERNANCE ->

- ◆ Collecte des ressources /FINANCES/CNAS/CASNOS
- ◆ Mise en commun/ MINISTERE DE LA SANTE
- ◆ Achat /PCH/EQUIPEMENTS...?
- ◆ Mobilisation suffisante des ressources MS
- ◆ Accessibilité financière Usagers
- ◆ Utilisation optimale des ressources (gestion ,organisation..)

-> COUVERTURE EXHAUSTIVE ou UNIVERSELLE

question

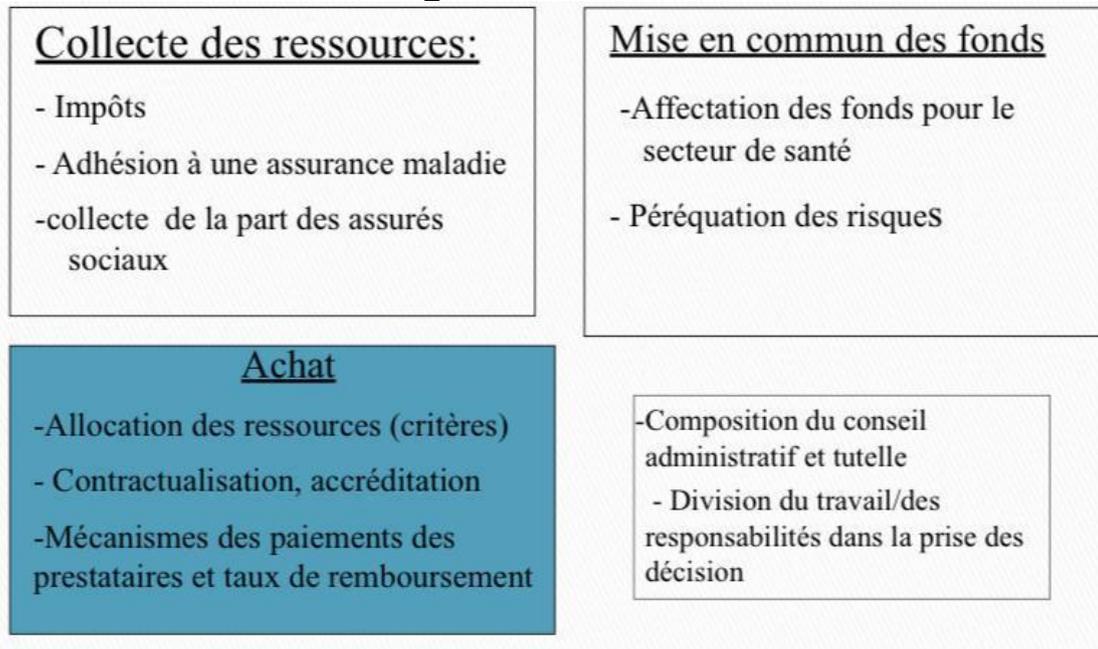
Comment adapter et réorganiser le système de financement de la santé pour atteindre la couverture nationale?

Les éléments clés sont l'organisation sanitaire et la réglementation sanitaire

La performance d'un système de financement de la santé dépend de la réglementation et des organisations opérant dans ce système du financement de la santé.

Gouvernance

Lois et règlements concernant :



Couverture universelle

L'OMS définit la couverture universelle à travers deux éléments:

- ◆ S'assurer que tout le monde a accès aux services de santé nécessaires et de qualité suffisante pour produire l'effet voulu;
- ◆ S'assurer que personne ne subit des problèmes financiers (des coûts catastrophiques) dus aux paiements pour les soins

Modalités de financement

1) Le secteur public :

prédominant, les soins y sont quasiment gratuits, une contribution financière symbolique depuis 1995 est exigée des citoyens pour les consultations et les frais de séjour en milieu hospitalier .

2) Les établissements publics de santé :

Le budget de fonctionnement provient, essentiellement, de deux sources :

- l'Etat ,dont la part représente 81% en 2013
- la sécurité sociale (CNAS) 16% pour la même année

Les rubriques des dépenses de personnel et de médicaments représentent environ 80% de la dotation budgétaire.

- Le budget d'équipement (investissements lourds) est entièrement à la charge de l'Etat.

3) Le secteur privé :

Expansion rapides depuis 1990 à touchée toute la pyramide des soins:

Du soins au diagnostic radiologique et biologique à la prise en charge de l'oncologie en passant par toutes les chirurgies et l'hémodialyse

Les soins y sont payants; tarification fixée en 1987 sans jamais été actualisé.

FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

1) 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)

- 2) **3 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 ?

- 3) Sources possibles :** - financement sur ressources propres
- financement sur ressources extérieures

-financement sur ressources propres **Etat

**assurances, mutuelles...

**paiement par le malade

-financement/ressources extérieures **dons (multilatéraux, bilatéraux)

**subventions

**prêts à taux bonifié ou à taux commercial

- 4) critères d 'analyse** - équité
- efficacité
- pérennité

- **équité** : 2 interprétations:

**offrir les prestations nécessaires à ceux qui en ont besoin

**prélever en fonction du niveau des ressources de chacun

- **efficacité** : 2 interprétations

**permet d 'atteindre les objectifs définis

**permet de gérer de manière rationnelle les ressources

- **pérennité** : 2 interprétations

**durable dans le temps

**peut être reproduit avec les ressources locales

5) les mécanismes de rémunération

- rémunération à l 'acte
- rémunération au cas (à l 'épisode)
- forfait journalier (journée d ' hospitalis.
- taux forfaitaire (paiement par primes)
- capitation
- salaire
- budget

6) mécanismes de rémunération et efficacité

- 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)

7) 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)

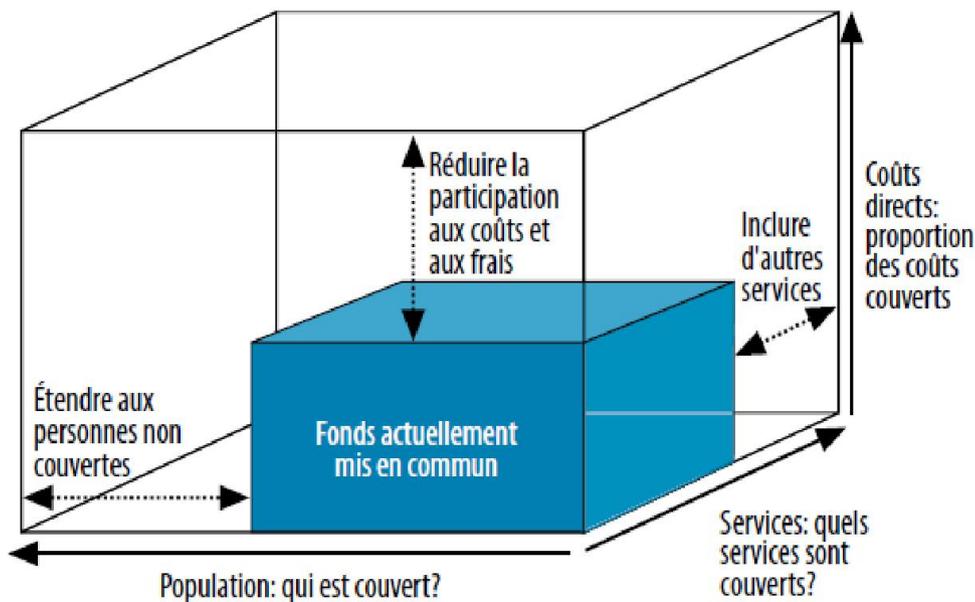
Utilisation inefficace des ressources

Des inefficiences existent dans tous les pays.

Les causes les plus courantes sont:

- Des dépenses trop élevées pour les médicaments et les technologies médicales, et leur utilisation inappropriée et ineffective
- Des pertes, fuites et gaspillages – souvent dans le domaine des médicaments
- Des inefficiences dans les hôpitaux – particulièrement en surcapacité
- Des personnels de santé non motivés, parfois avec des compétences inappropriées et à la mauvaise place
- Un équilibre inadéquat entre prévention, promotion, traitement et réhabilitation
- Les mécanismes de paiement des prestataires et les incitations liées sont des possibles causes d'inefficience

Vers la Couverture (Universelle)



conclusion

Malgré les contraintes et les difficultés rencontrées, le processus mérite d'être poursuivi, approfondi et mieux coordonné. Certains aspects doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- le partage des informations entre les différents partenaires.
- l'actualisation de la tarification des actes.

Pour les établissements publics de santé :

- l'amélioration de l'organisation et de la gestion.
- l'évaluation systématique des activités et des coûts.
- les contrats d'objectifs et de moyens (ou de performance).

La révision des modalités de financement du système de santé devra être, nécessairement, adossée :

- aux avancées du processus de contractualisation.
- à l'institution des comptes nationaux de la santé.

Résumé

- Une grande partie de la population peut utiliser les services de santé nécessaires avec un risque de difficultés financières et d'un appauvrissement .
- Même les pays les plus riches ont du mal à lever les fonds suffisants et à protéger les pauvres et les personnes vulnérables face au vieillissement de la population et à une multiplication des options pour améliorer et conserver la santé.
- La **communauté mondiale** peut faire plus pour lever des fonds nécessaires pour les pays les plus pauvres, pour augmenter l'efficacité de l'architecture mondiale, et assurer que les fonds canalisés aux pays renforcent les capacités et institutions nationales.
- **Tous les pays** peuvent faire quelque chose de plus pour développer leurs systèmes de financement de la santé afin de s'approcher de la Couverture Universelle ou de la garder une fois atteinte

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

Avantages

Approche globale examinant le montant total des dépenses de santé au niveau national, y compris les contributions du secteur public, du secteur privé et des bailleurs de fonds.

Ils incorporent des tableaux standard classant l'information économique et financière d'une manière facile à comprendre.

Ils présentent les informations sur les dépenses sanitaires dans un format facilement compréhensible.

A- BREF HISTORIQUE DU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN

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 (lutte contre les maladies endemo- épidémiques)

Période de contribution des ménages et des réformes (1986 à ce jour)

- 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 de 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

a- 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**

b- 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	31,7	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: SECURITE SOCIALE

III: MENAGES

IV: AUTRES (Mutuelles, entreprises économiques, coopération étrangère...)

Contraintes des financeurs

1) 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

2) SECURITE 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 chiffa, 5 grands centres régionaux d'explorations fonctionnelles)
 - * Élargissement du conventionnement (maladies cardio vasculaires, dialyse y compris transport...)
- et projet de « médecin de famille »

3) MENAGES

- 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

BIBLIOGRAPHIE

PR LAMRI
ECONOMISTE DE LA SANTE