

UNIVERSITÉ A/MIRRA DE BÉJAIA

Faculté de Médecine

6^{ème} année Sciences Médicales

Le financement de la santé en Algérie

M. CHALANE Smail

Bref historique du financement du système de santé algérien

- Depuis l'Indépendance, la **structure de financement** du système de santé a évolué sur cinq (5) périodes distinctes :
 - ✓ **Période 1962 - 1974**
 - ✓ **Période 1974 - 1986**
 - ✓ **Période 1986 - 2000**
 - ✓ **Période 2000 - 2014**
 - ✓ **Période 2014 à nos jour**

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
 - Forte 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 réformes (1986 à ce jour)

- **Grave crise économique (88-98) / application sévère Plan d'Ajustement Structurel (PAS) ==> 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 en hausse, Incidence en hausse de maladies transmissibles éradiquées auparavant)

--> **Nombreuses pénuries** médicaments et autres biens de santé

- Malgré une composante publique qui est resté importante, mais **de plus en plus en compétition avec un dynamique secteur privé** dont les **prestations sont coûteuses et inaccessible pour de larges couches de la population.**

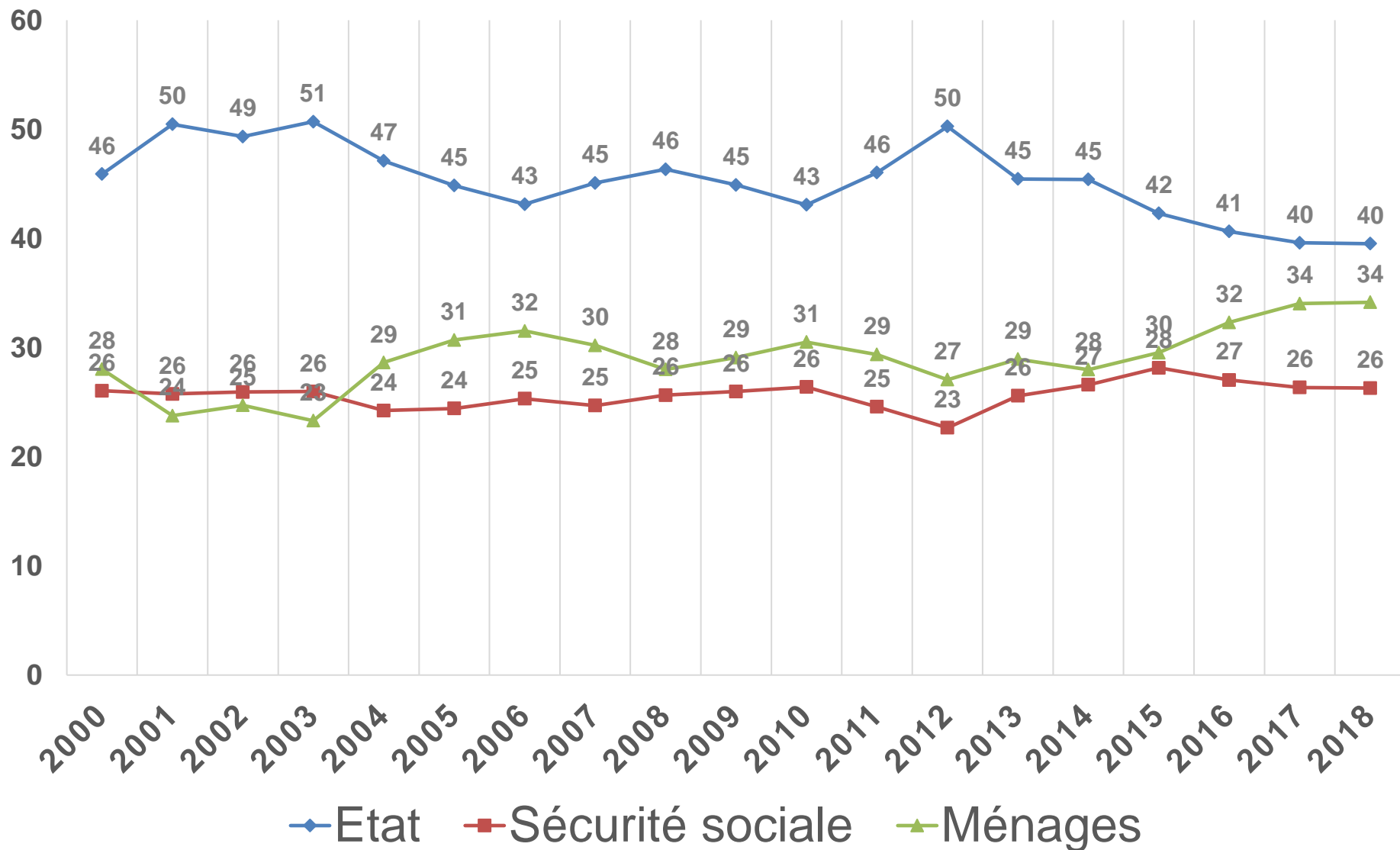
Principaux résultats financiers

1) Réajustement du mode socialisé du financement de la santé : Implication plus importante de la participation financière des usagers + Forte contribution de la Sécurité S

- ==> de **BIPOLARISE**, le financement de la santé est devenu **TRIANGULAIRE: ETAT, SECURITE SOCIALE, MENAGES**

2) 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.

Bref historique du financement du système de santé algérien



Contraintes des financeurs

ETAT

- Contexte économique et financier préoccupant (1988-2000)
 - * Déficits budgétaires successifs
 - * Endettement externe
 - * Volonté politique de désengagement du financement de la santé depuis 1993 (lois de finances successives) par la prise en charge uniquement des sujétions de service public (fonctions classiques)
- Contexte d'aisance financière (2000 -2014)
 - * Rattrapage sur le plan infrastructurel (extensions, rénovations, équipements, formations...)
 - * Renforcement des budgets (revalorisation salariale, médicaments)
 - * ==> Contexte de renforcement du développement du secteur

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...)
 - Élargissement du conventionnement (maladies cardio-vasculaires, dialyse y compris transport, accouchements ...)
- et projet de « médecin de famille » (avorté depuis)

MENAGES

- Contexte économique difficile (1988-2000)
 - * Forte implication dans un 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 2014)
 - 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 de l'État et des organismes d'assurance-maladie
- Retrais en *catimini* de la sécurité sociale dans le financement de la santé.
- Stagnation, voire réduction des revenus des ménages et reprise à la hausse du chômage

La phase « 2015 à nos jours »

- Avec la **crise financière** à la suite de l'effondrement des cours mondiaux de pétrole :
 - ✓ la **balance commerciale** du pays est déficitaire depuis 2015,
 - ✓ et le **déficit budgétaire** devient permanent depuis 2014,
 - ✓ AU FINAL : le **FRR**, prévu à l'origine en tant qu'épargne pour les générations futures, **a été complètement épuisé à fin février 2017** (DGT), soit moins de **3 ans** après le déclenchement de la crise.

La phase « 2015 à nos jours »

- Le gouvernement est alors contraint de mettre en œuvre une **politique de rigueur** :
 - augmentation des **prix des carburants**,
 - limitation des **importations**,
 - abandon de nombreux **projets d'infrastructures** jugés non prioritaires,
 - réduction du **recrutement** dans pratiquement tous les secteurs de la **Fonction publique**.
 - réduction/arrêt des dispositifs d'**aide à l'emploi** et à **la création d'activités pour les jeunes promoteurs** (ANSEJ, ANGEM et CNAC)...
- Ces mesures d'austérité se sont traduites notamment par des **tensions inflationnistes**, une importante **perte de pouvoir d'achat** pour les ménages et une **dégradation de la situation de l'emploi**.
- Le **pandémie de la Covid-19** et ses incertitudes ???

Accroissement de la DNS des ménages: facteurs explicatifs

A1- Inadaptation du mécanisme de l'assurance maladie en matière de remboursement

- Faibles niveaux de remboursement des actes médico-techniques et des analyses médicales.
- Maintien des valeurs monétaires des lettres-clés à leur niveau de 1987 (NGAP de 1987), dépassés entre-temps par l'inflation
- 10 à 20 fois supérieurs aux sommes remboursées.

Accroissement de la DNS des ménages: facteurs explicatifs

A titre d'illustration:

- Consultation de spécialiste payée dans la fourchette [2000-5000 DA] est remboursée pour la modique somme de 80 DA
- Césarienne payée à 90 000 DA est remboursée avec des sommes dérisoires de moins de 10% du débours

==> Afin d'alléger la charge sur les hôpitaux publics au tout début de la pandémie de COVID-19 (avril 2020), il y a eu une extension importante du dispositif de conventionnement entre les caisses de la sécurité sociale (CNAS et CASNOS) et les cliniques privées pour la prise en charge des accouchements dans le cadre du « système du tiers payant ».

- Un scanner payé à 15 000 DA est remboursé à 800 DA...
- Analyses médicales payées en moyenne 5000 DA remboursées à moins de 200 DA

Accroissement de la DNS des ménages: facteurs explicatifs

A2- Autres paiements

- Paiement du ticket modérateur de 20% (ticket de responsabilité) qu'appliquent les caisses publiques sur les médicaments et les actes médico-techniques (sauf pour les malades chroniques remboursés à 100%) ;
- Paiement du tarif de référence (différence entre Prix Public d'Achat des médicaments et du tarif de référence fixé par les organismes de l'assurance-maladie) (incitation médicaments chers)
- Paiement des dépenses engagées pour le transport médical privé qui est, en dehors de l'hémodialyse, non remboursé et y est coûteux à la fois.

Accroissement de la DNS des ménages: facteurs explicatifs

B- Les débours des non affiliés au système de sécurité sociale

B1-Les travailleurs du secteur informel

- Nombreux sont les travailleurs du secteur informel non déclarés et donc ne disposant d'aucune couverture sociale
- Enquête ONS 2012 : 4,7 millions de travailleurs (42,4% de l'ensemble des occupés) ne sont pas déclarés, donc non affiliés à aucune caisse et ne disposent d'aucune couverture sociale, y compris donc l'assurance-maladie et autres en rapport avec la maladie.
- Sous l'hypothèse de 3 personnes à charge pour chaque travailleur dans l'informel, ce sont près de 14,1 millions de personnes ne disposant d'aucune couverture médicale pour leurs débours auprès du secteur privé, soit près d'un tiers de la population.

Accroissement de la DNS des ménages: facteurs explicatifs

- Cette population sans couverture sociale se soigne gratuitement dans le secteur public, mais pour les médicaments, les analyses médicales, les examens, le transport médical et de nombreux autres services de santé (notamment spécialisés) et les accouchements en milieu rural s'adresse au secteur privé avec des débours non compensés par aucune forme d'assurance sociale.
- Les secteurs de l'informel concernés sont notamment l'agriculture, le BTPH, le commerce, les transports et les petites industries manufacturières.
- De nombreuses petites entreprises, artisans et travailleurs de petits métiers ne se déclarent pas à la caisse d'assurance sociale en charge de ces secteurs (CASNOS) et ne s'acquittent pas de leurs cotisations (crainte des impôts).
- Pour leurs soins et biens médicaux, ils les acquièrent soit dans les services publics de santé (gratuits) soit le plus souvent auprès du secteur privé (cabinets, cliniques...) avec des paiements directs sans aucune forme de remboursement.

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.
- Sous l'effet de la crise économique et de la augmentation du chômage (avec chute prix hydrocarbures depuis 2014), la Sécurité Sociale va participer de moins en moins au financement de la santé pour les années à venir.

Tendances futures

- Des caisses d'assurance-maladie complémentaires privées vont probablement voir le jour et vont suppléer au financement de la santé
- Des mutuelles et des assurances économiques offrent déjà une « assurance personne » qui est en fait une "assurance maladie" (qui reste très très coûteuse)
- La création future des hôpitaux privés se traduirait certainement par le développement des caisses d'assurance-maladie complémentaire privées
- Une réforme (restructuration) de la Sécurité Sociale s'impose