

## Financement du système de santé Algérien

Dr. BOULAHRIK Mohand \*

### Résumé :

Le financement du système de santé algérien est assuré principalement par l'Etat, les organismes de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) et les usagers ou ménages. Avant 1974, le financement de la santé provient pour 60% de l'Etat pour la prise en charge les plus démunis de la population, 30% par la caisse de sécurité sociale pour leurs affiliés et 10% par les usagers eux-mêmes. Après 1974, les financeurs du système de santé, sont l'Etat, les collectivités locales de 1970 à 1979, la sécurité sociale, la Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) de 1980 à 1981 et les usagers qui contribuent depuis 1975, d'une manière symbolique au financement des frais de consultation et de séjour en milieu hospitalier. D'autres organismes nationaux participent au financement de la santé, notamment les départements ministériels participant aux activités de préventions générales, les mutuelles sociales fournissant à leurs adhérents des prestations de santé et les entreprises nationales par la création de leurs centres médicaux sociaux au profit de leur personnel. Concernant le secteur privé de santé, les soins y sont payants, les assurés sociaux et leurs ayants-droits bénéficient du remboursement de la sécurité sociale sur la base d'une tarification de 1987.

Sur la base des informations suscitées, la dépense nationale de santé regroupe les dépenses de fonctionnement et d'investissement destinées au secteur de la santé et qui sont à la charge de l'Etat, des organismes de sécurité sociale, des usagers, des entreprises privées et des mutuelles sociales. Avec une dépense nationale de santé de 6.6% du Produit Intérieur Brut au titre de l'année 2014, l'Algérie se situe au-dessous des taux des pays européens et nettement au-dessous des ressources allouées à la santé dans les pays sous-développés. Le montant de la dépense nationale de santé de l'Algérie va en s'accroissant dans les années à venir, compte tenu de la transition sanitaire, du poids des nouvelles technologies de soins et des besoins sanitaires nouveaux de la population. En plus des agents de financement actuel, il est urgent de faire contribuer d'autres financeurs potentiels comme les collectivités territoriales, les entreprises relevant du secteur de la santé (SAIDAL), les entreprises polluantes et les assurances économiques.

**Mots clés :** (Produit intérieur brut, tarification, transition sanitaire, financeurs, assurances économiques)

\* Maître de conférences-Université d'Alger 3.

**الملخص:** إن تمويل المنظمة الوطنية للصحة مضمون من طرف الدولة، وصناديق الضمان الاجتماعي والمستخدمين الآخرين أو العائلات. قبل سنة 1974 كانت الدولة تساهم ب 60% للتكفل بأفقر السكان وصندوق الضمان الاجتماعي ب 30% للتكفل بالأشخاص المؤمنين اجتماعيا و 10% من المستخدمين الآخرين. وبعد سنة 1974 فإن الممولين للصحة هم الدولة والجماعات المحلية من سنة 1974 إلى سنة 1979 والصيدلية المركزية الجزائرية من سنة 1980 إلى 1981. وقد تم تحديد مساهمة رمزية الأشخاص الآخرين أو العائلات سنة 1995 في مصاريف العلاج و الإقامة في المستشفيات. هناك بعض المنظمات الوطنية الأخرى تساهم في تمويل الصحة خاصة الدوائر الوزارية التي تشارك في الوقاية العامة والتعاضديات الاجتماعية الى تقدم للمنخرطين فيها، خدمات صحية والمؤسسات الوطنية التي تقوم بإنشاء مراكز الطب الاجتماعي لفائدة مستخدميها. وفيما يخص قطاع الطب الخاص فإن العلاج فيه ليس مجانا وان المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق يستفيدون من تعويضات الضمان الاجتماعي على أساس نظام التسعير لسنة 1987.

وبالاعتماد على المعلومات المشار إليها أعلاه، فإن النفقة الوطنية للصحة تشمل جميع مصاريف التسيير والاستثمار التي تتكفل بها الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي والأشخاص الآخرين أو العائلات والمؤسسات الخاصة والتعاضديات الاجتماعية. إن النفقة الوطنية للصحة التي بلغت سنة 2014، 6.6% من الناتج الوطني الخام، تبين أن الجزائر توجد تحت معدلات الدول الأوربية وفوق مستوى الموارد المالية المخصصة للصحة في البلدان المتخلفة. إن مبلغ النفقة الوطنية للصحة سيرفع ارتفاعا في السنوات المقبلة لأسباب عديدة منها التحول الصحي ووزن تكنولوجيات العلاج الجديدة والاحتياجات الصحية الجديدة للسكان، بالإضافة للممولين الحاليين، فمن الضروري إشراك الممولين المحتملين كالجماعات الإقليمية والمؤسسات المرتبطة بقطاع الصحة (صيدال) والمؤسسات المسببة للتلوث والتأمينات الاقتصادية.

**الكلمات المفتاحية:** المنتج الداخلي الخام، التسعيرة، التحول الصحي، الممولون، التأمينات الاقتصادية.

## **INTRODUCTION**

Le financement du système national de santé est basé principalement sur des dotations budgétaires de l'Etat, d'une contribution forfaitaire des organismes de sécurité sociale et d'une participation de plus en plus importante des usagers ou ménages, à cause des dépassements généralisés des tarifs dans le secteur privé et l'augmentation des prix des médicaments. Aucune mobilisation des ressources additionnelles n'est venue améliorer le financement de la santé, même si depuis 1991, il est recommandé, que la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit se faire sur la base des relations contractuelles. Pour faire face aux nouveaux besoins sanitaires de la population à l'horizon 2030, faut-il mobiliser d'autres sources de financement supplémentaires ou plutôt gérer d'une manière rationnelle celles

déjà existantes. Avant de répondre à cette question, il paraît indispensable de définir et de revoir l'évolution de la dépense nationale de santé de l'Algérie.

Par définition, La dépense nationale de santé regroupe l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement qui concourent à la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de santé de la population et qui sont en grande partie à la charge du secteur public, du secteur privé national, des organismes de sécurité sociale et des usagers ou ménages (1).

Avant 1974, le financement de la santé provenait pour 60% de l'Etat destinés à prendre en charge les plus démunis de la population, 30% de la sécurité sociale et 10% des paiements directs par les usagers eux-mêmes et d'autres professions libérales. A partir de 1974, les agents de financement du secteur de la santé sont les suivants :

- l'Etat
- les Collectivités Locales de 1974 à 1979
- la Sécurité Sociale, participation forfaitaire dont le recouvrement incombe au Trésor
- la Pharmacie Centrale Algérienne de 1980 à 1981
- les ressources propres provenant du remboursement par les entreprises nationales et organismes publics des rémunérations des praticiens affectés dans leurs Centres Médicaux Sociaux (CMS), de la participation du personnel aux dépenses d'alimentation et du produit de la vente de divers objets et matériels réformés.

D'après la loi de finances 2016, la Santé occupe le 4<sup>e</sup> poste de dépenses après celui de la défense nationale, de l'éducation nationale et de l'intérieur avec un budget de fonctionnement de 380 milliards de DA prévu au titre de l'année 2016, soit 7.9% du budget de fonctionnement de l'Etat.

### **1)-Dépenses publiques de santé**

D'une manière générale, les dépenses publiques de santé représentent l'ensemble des dépenses consacrées à la santé telles que les dépenses de santé financées par l'impôt, les dépenses de sécurité sociale et les dépenses financées par des ressources extérieures. Elles incluent la rémunération des personnels des hôpitaux et des dispensaires, les dépenses d'administration du système de santé, les investissements en faveur des établissements médicaux, le financement de la plupart des systèmes extrabudgétaires, les subventions

destinées à couvrir une partie des dépenses de fonctionnement des établissements médicaux et/ou à combler des déficits budgétaires de ces établissements.

Pour ce qui est des dépenses publiques de santé en Algérie, celles-ci concernent les dépenses du Ministère de la santé, des assurances sociales et des autres départements ministériels

#### **a)-Les dépenses du Ministère de la santé**

Deux principales sources de financement qui alimentent le budget de fonctionnement du Ministère de la santé, l'impôt et la sécurité sociale (2)

En ce qui concerne les dépenses de santé financées par l'impôt, celles-ci représentent toutes les dépenses publiques engagées par les pouvoirs publics à l'échelon central, régional ou local, destinées aux interventions de santé à l'exclusion des transferts entre administrations y compris les subventions aux producteurs de biens et de services médicaux, les investissements en faveur des établissements publics de santé, les paiements de transfert aux ménages en compensation des dépenses de soins médicaux et des fonds extrabudgétaires.

Pour ce qui est des dépenses de santé financées par la sécurité sociale, celles-ci sont financées par les primes payées par les salariés et les employeurs au titre des régimes obligatoires, de prise en charge des soins et des biens médicaux pour une fraction importante de la population et, lorsque celles-ci ne sont pas incluses dans les dépenses financées par l'impôt, par les contributions complémentaires de l'Etat. Ces ressources sont centralisées et budgétisées annuellement dans le cadre de la loi de finances et font l'objet de dispositions spécifiques permettant d'identifier les sources de financement

Les sources provenant de l'Etat sont, conformément aux lois en vigueur destinées à la prise en charge des dépenses de prévention, aux soins dispensés aux démunis non assurés sociaux, à la formation et à la recherche scientifique.

Les investissements lourds (construction d'hôpitaux et acquisition d'équipements) sont également à la charge de l'Etat selon les procédures en vigueur relatives à l'inscription, au financement et au suivi des dépenses d'équipement public.

La participation de la sécurité sociale également appelée " forfait hôpitaux" est destinée à la prise en charge des soins dispensés aux assurés sociaux et leurs ayants-droits, dans les structures publiques de soins, sont aussi à la charge de la sécurité sociale, d'autres dépenses telles que les transferts pour soins à

l'étranger et les dotations financières de services hospitaliers de haut niveau pour la prise en charge des pathologies lourdes et ce, des objectifs de réduire les transferts pour soins à l'étranger. Les dépenses financées par l'impôt concernent les dépenses de fonctionnement et les dépenses d'investissement ou d'équipement.

#### **b)-Les dépenses de fonctionnement**

Le budget de fonctionnement du MSPRH comprend les postes suivants :

- le personnel
- la formation
- l'alimentation
- les médicaments et autres produits à usage médical
- l'entretien des infrastructures sanitaires
- les autres dépenses de fonctionnement
- les matériels et les outillages médicaux
- la prévention
- les œuvres sociales
- les dépenses de recherche médicale créées depuis 1990

La participation de l'Etat au finance de la santé (budget de fonctionnement) a connu une augmentation en dinars constants passant de 111400000000 DA en 1990 à 44901923000 DA en 2000, à 61695031000 DA en 2005 et à 30779647600 DA en 2014. Toutefois, cette participation n'a pas cessé de diminuer par rapport au budget global de l'Etat passant de 7.2% en 1991, à 4.62% en 2001 et a connu une augmentation de 5.05 % en 2002, à 5.42% en 2005, à 6.87 % en 2010 , 7.76 % en 2014 et 6.35% en 2015 (3).

Le financement par l'Etat est consacré à 93.43% aux établissements de santé publique, le reste est destiné à couvrir les dépenses de fonctionnement des services déconcentrés (48 Directions de santé de wilaya), des établissements nationaux sous-tutelle, des écoles de formation paramédicale et des services de l'administration centrale. (3').

Les dépenses des structures non hospitalières précitées sont consacrées essentiellement aux salaires et ne sont pas très importantes par rapport aux

dépenses des établissements publics de santé. L'évolution des dépenses de fonctionnement de 2001 à 2015 est donnée par le tableau suivant :

**Tableau n°01 : Evolution du budget de fonctionnement (Unité :10<sup>6</sup> DA)**

Année	Montant annuel du budget
2000	3390.07
2001	45747615.615 y compris l'initial
2002	49117.107
2003	55430.565
2004	63770.452
2005	63460.953
2006	70315.276
2007	93552.966
2008	129201.251
2009	178322.829
2010	227859.541
2011	227859.541
2012	404945348
2013	306925.642
2014	365946.753
2015	396217,178

Source ; MSPRH : Année 2016

D'après ce tableau et contrairement aux embellies financières des années 70 dont nos hôpitaux ont été dotés d'équipements sophistiqués, l'embellie financière qu'a connu notre pays durant la période 2002 -2015 générée par les recettes provenant de l'exportation des hydrocarbures a permis d'augmenter d'une manière conséquente le budget de la santé, rien de nouveau n'a été réalisé en ce qui concerne l'utilisation rationnelle de ce budget notamment, la prise en charge des malades présentant des pathologies lourdes tels que les cancéreux.

### **c)-Les dépenses d'investissements ou opérations en capital**

Le budget d'équipement de la santé est assuré par l'Etat pour ce qui du secteur public et comporte deux catégories de dépenses :

- les dépenses relatives aux opérations d'équipement public centralisées appelées "programmes sectoriels centralisés" (PSC).
- les dépenses d'Équipement effectuées aux niveaux déconcentrés constituées par les programmes sectoriels déconcentrés "PSD", par les plans communaux de développement (PCD) pour les niveaux décentralisés.
- les opérations centralisées ont concerné notamment l'acquisition d'équipements médicaux (imagerie médicale, fauteuils dentaires, scanner...) et le lancement de la réalisation de nouveaux CHU.
- Les programmes sectoriels déconcentrés ont porté sur des réalisations moyennes d'aménagement d'infrastructures et l'acquisition de matériel médical.
- Depuis 2001, des ressources financières importantes ont été mobilisées pour réhabiliter les infrastructures hospitalières existantes, achever les ouvrages en cours de réalisation et réalisation de nouvelles infrastructures sanitaires à travers le territoire national.

### **d)-Dépenses de santé du Ministère de la santé financées par la sécurité sociale**

Il s'agit de la contribution des organismes de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) au financement des établissements publics de santé (forfait hôpitaux) destinée à la prise en charge des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits. Cette participation au financement de la santé passe de 9700000000 DA en 1991 à 35000000000 DA en 2005, à 57818524000 DA en 2014 et à 65219092000 DA en 2015.

La CNAS intervient également par la prise en charge des soins de haut niveau dans le cadre de conventions signées avec les établissements publics de santé.

Les structures concernées sont liées à la CNAS par un contrat spécifique qui prévoit les activités et programmes à réaliser ainsi que les modalités de financement.

#### **e)-Dépenses de santé financées par des ressources accessoires**

Il s'agit des ressources provenant notamment des ménages, des activités de médecine du travail et des taxes parafiscales.

La contribution des ménages aux dépenses des établissements publics de santé est très modique et remonte à 1974, elle concernait déjà à cette époque, la participation aux frais de médicaments et aux actes médicaux. En 1984, la gratuité des soins a été remise en cause partiellement, un certain nombre d'actes et de soins médicaux à titre ambulatoire redeviennent payante en partie, c'est donc le rétablissement du ticket modérateur dans les structures publiques de santé.

En application de la loi de finances pour 1995, un arrêté interministériel a été pris fixant la nature et le montant des ressources propres provenant des activités des établissements de santé et prévoyant une participation des ménages. Ne sont concernées par le paiement les personnes démunies au sens de la réglementation en vigueur, les personnes atteintes de certaines maladies chroniques, les populations concernées par des programmes nationaux de santé et certaines catégories sociales protégées.

Cette participation au budget de fonctionnement de la santé reste symbolique et représente 0.28% en 2015. Parmi les ressources propres figure également le revenu provenant des activités de la médecine de travail organisées dans le cadre d'un système de conventionnement mis en place depuis 1995.

Ce revenu très marginal représente environ 6% de l'ensemble des ressources propres mobilisées annuellement. L'augmentation de ces ressources à partir de 1995 fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé.

D'après la loi de finances pour l'année 2000, une redevance a été instituée au profit du fonds spécial des urgences médicales "créé en 1999. Cette taxe est prélevée sur les droits liés à l'exercice de certaines activités pharmaceutiques. Les recettes de ce fonds proviennent également de dotations budgétaires. Ce fonds est destiné aux dépenses médicales induites par des événements exceptionnels : Ces dépenses peuvent concerner l'achat de médicaments ou



d'équipements d'urgence. L'évolution des dépenses de santé prises en charge par l'Etat, les Organismes de sécurité sociale et les ménages (ressources accessoires) de 2005 à 2015 se présente comme suit :

Tableau n°02 : Dépenses nationales de santé par sources de financement (en 10<sup>3</sup> DA)

Année	Etat	CNAS	Remboursement CNAS	Autres Ressources	Reliquat	TOTAL
2005	61695031	35000000	407500	800000	2810720	100713251
(%)	61.26	34.74	0.4	0.8	2.8	100
2006	73468310	35000000	300000	800000	1793520	111361830
(%)	65.97	31.43	0.27	0.72	1.61	100
2007	106660946	35000000	300000	800000	1177980	143938026
(%)	74.1	24.31	0.21	0.55	0.82	100
2008	151471267	38000000	300000	800000	3319520	193890787
(%)	78.12	19.61	0.15	0.41	1.71	100
2009	173220480	38000000	300000	800000	143520	212464000
(%)	81.52	17.9	0.14	0.37	0.07	100
2010	197232583	38000000	300000	800000	614379	236946962
(%)	83.24	16.03	0.13	0.34	0.26	100.00
2011	363948093	38000000	300000	800000	5442320	408490413
(%)	89.10	9.30	0.07	0.20	1.33	100.00
2012	360340296	48129410	300000	800000	26700000	436269706
(%)	82.60	11.03	0.07	0.18	6.12	100.00
2013	308411172	49629410	-	1100000	14660000	373800582
(%)	82.51	13.28	-	0.29	3.92	100.00

2014	307796476	57818524	-	1100000	8000000	374715000
(%)	82.14	15.43	-	0.3	2.13	100
2015	315898086	65219092	-	1100000	14000000	396217178
(%)	79.73	16.46	-	0.28	3.53	100.00

Source : MSPRH (les pourcentages ont été réalisés par nos soins)

## **2)-Les dépenses des autres départements ministériels financées par l'Etat**

La plupart des autres départements ministériels développent un dispositif destiné à des actions de prévention générale, d'éducation sanitaire et d'écoute psychologique au profit des jeunes et participent activement aux actions de lutte contre le SIDA et le tabagisme, la consolidation de la santé scolaire en investissement dans la construction d'unités de dépistage et de suivi. Certains ministères disposent de structures de soins pour la prise en charge de populations particulières à titre préventif et curatif

## **3)-les dépenses de santé des caisses de sécurité sociale**

Deux caisses de sécurité sociale sont concernées par les dépenses de santé : la Caisse Nationale des Assurances sociales (CNAS) et la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale des Non-Salariés (CASNOS) dont Les recettes proviennent des cotisations obligatoires (patronales et salariés), selon des taux différenciés, fixés par la législation et la réglementation en vigueur.

Les risques santé couverts par ces caisses d'assurance sociale sont la maladie, la maternité, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles. La CNAS assure des prestations en nature et en espèces, la CASNOS n'assure que des prestations en nature.

Les prestations en nature (CNAS et CASNOS) concernent le remboursement des frais médicaux et des médicaments, notamment:

- les frais pharmaceutiques
- les frais médicaux
- les frais d'hospitalisation
- les frais d'optique médicale
- les frais d'appareillage et de prothèse

- les frais de rééducation fonctionnelle
- les frais de réadaptation professionnelle
- les frais de transport par ambulance
- et autres prestations

Alors que les prestations en espèces notamment le remboursement de maladie, la prise de la maternité et l'invalidité concernent exclusivement le paiement d'indemnités journalières. Le remboursement des médicaments se fait au taux de 80%, les 20% restants représentent le ticket modérateur. Toutefois, le taux de 100% est appliqué lorsqu'il s'agit du traitement de certaines maladies chroniques et de certaines catégories de la population. Pour les indemnités en espèces, le taux de remboursement est selon les situations prévues par la réglementation de 50% et 100% du salaire de poste. Pour les indemnités en espèces, le taux de remboursement est selon les situations prévues par la réglementation de 50% et 100% du salaire de poste journalier net.

La CNAS développe également des activités sanitaires et peut conformément aux textes qui la régissent engager des dépenses d'investissement dans le cadre de la réalisation d'infrastructures sanitaires. Elle gère par ailleurs, le fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les dépenses des caisses de sécurité sociale sont présentées selon la classification fonctionnelle suivante :

- Dépenses relatives aux assurances sociales (prestations en nature et en espèces)
- Dépenses relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles
- Dépenses liées à l'action sanitaire
- Contribution au financement des établissements de santé, ou "forfait hôpitaux" et conventionnement
- Financement des transferts pour soins à l'étranger
- Dépenses de fonctionnement

**4)-Evolution des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB**

Le total comprend les dépenses consolidées directes et indirectes y compris les dépenses en capital des différents échelons administratifs des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et autres fonds extrabudgétaires. Il comprend aussi les dotations destinées à améliorer l'état de santé de la population et/ou à dispenser des biens, des services et des soins médicaux à la population. D'autres dépenses, comme des subventions versées aux producteurs ou aux ménages, entrent également dans le calcul, les dépenses en santé publique sont évaluées ici en pourcentage du PIB, soit l'ensemble des valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays. L'évolution des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB est donnée par le tableau suivant.

Tableau n°03 : Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB

Année	Dépenses publiques en (%) du PIB
1995	2.67
1996	2.50
1997	2.55
1998	3.00
1999	2.38
2000	2.56
2001	2.97
2002	2.85
2003	2.80
2004	2.57
2005	2.28
2006	2.33
2007	2.71
2008	3.06
2009	3.65
2010	3.30
2011	3.62
2012	4.41
2013	4.92
2014*	5.46
2015 *	6.04
2016*	6.61
2017*	7.17

Source : Banque mondiale. Perspectives Monde. Année 2015

D'après le tableau ci-dessus, on constate que les dépenses publiques de santé (4) en pourcentage du PIB ont cru de 84% en 18 ans ; Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 2.98. C'est en 2013 qu'on enregistre le plus haut niveau (4.92) et c'est en 2005 qu'on enregistre le plus bas niveau (2.28). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 84%. D'où  $[(Y_{13}-Y_{95})/Y_{95}] \times 100=84\%$ .

### **5)-La coopération internationale**

L'Algérie finance intégralement son système de santé. Les financements extérieurs des Agences Onusiennes et les aides des ONG viennent en soutien à des programmes nationaux, notamment, l'OMS, le FINUAP et l'UNICEF.

### **6)-Dépenses privées de santé**

Elles comprennent les dépenses des assurances et des tiers payants autres que la sécurité sociale, les services de santé obligatoires ou non, dispensés par les employeurs et les entreprises, les soins de santé financés par des organismes sans but lucratif et des organisations non gouvernementales, les investissements privés en faveur d'établissements de soins et les dépenses directes des ménages. En Algérie, elles concernent, les dépenses des mutuelles sociales, des entreprises économiques du secteur privé en investissement et des ménages ;

#### **a)-Les dépenses des mutuelles sociales**

Les mutuelles sociales sont régies par la loi 90-31 du 04/12/1990 relative aux associations et la loi 90-33 du 05/12/1990 relatives aux mutuelles sociales, modifiée et complétée. Ces mutuelles au nombre de 35 sont des associations à but non lucratif ayant pour objet d'assurer à leurs membres et à leurs ayants-droits des prestations sociales notamment en matière de santé. Ces mêmes mutuelles sociales assurent les prestations suivantes en nature et en espèces.

- les prestations en nature (remboursement des frais) en complément des prestations servies par la CNAS dans la limite de 100% du tarif réglementaire.

- les indemnités journalières (prestations en espèces)

#### **b)-Les dépenses des entreprises économiques**

Trois grandes entreprises nationales, la SONATRACH, la SONELGAZ et la Cie Air Algérie participent au financement de la santé. Pour les autres entreprises, il a été tenu compte du nombre de CMS et CMT (centres médicaux du travail) agréés par le Ministère de la santé. Une estimation de leurs dépenses en personnel a été effectuée à partir des normes en matière d'effectifs autorisés.

### **c)-Dépenses du secteur privé en investissement**

Ces dépenses ont été évaluées sur la base des données disponibles au niveau du Ministère de la santé (Fichier des établissements privés et des installations à titre privé et des informations communiquées par des promoteurs et praticiens exerçant à titre privé. Ces dépenses concernent les projets en cours de réalisation et les réalisations (structures achevées l'année considérée) au titre des années retenues.

Pour l'estimation des dépenses en infrastructures (construction), il a été tenu compte du coût global de la construction et de l'importance de la structure (classement par niveaux) et du délai de réalisation (3 à 2 ans selon le type de structure). Le coût a été réparti selon un pourcentage qui tient compte de la pratique en vigueur (40% pour la 1<sup>ère</sup> année et 30% pour chacune de deux dernières années).

Pour les dépenses en équipements, il a été tenu compte des acquisitions de l'année considérée et seulement pour la dotation de nouvelles structures. Les dépenses liées au renouvellement d'équipements n'ont pas été comptabilisées. Ces estimations ont été effectuées sur la base des normes minimales en équipements.

### **d)-Les dépenses des ménages**

Sur la base des résultats des enquêtes de consommations menées par l'ONS, la consommation annuelle des ménages pour la rubrique "santé et hygiène corporelle" représente en 2001 6.3% des dépenses annuelles totales des ménages. Les soins médicaux estimés aux 2/3 de la rubrique santé et hygiène corporelle représentent les dépenses de santé des ménages y compris les remboursements des caisses d'assurances sociales qui ont porté sur les frais pharmaceutiques et les actes médicaux regroupés sous la rubrique "prestations en nature".

### **6.1)-Evolution des dépenses privées de santé en pourcentage du PIB**

Selon l'OMS(5), les dépenses en santé dans le secteur privé incluent les systèmes de prépaiement et de répartition des risques (ex régimes d'assurances privées), les dépenses de santé des entreprises, les institutions de santé sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages ainsi que les dépenses directes des ménages. Ces dépenses présentées dans le tableau ci-dessous comme un pourcentage du PIB, soit l'ensemble des valeurs ajoutées

dégagées par les entreprises du pays. L'évolution de ces dépenses est donnée par le tableau suivant :

Tableau n°04 : Dépenses privées de santé en pourcentage du PIB

Année	Dépenses en pourcentage du PIB
1995	1.03
1996	0.85
1997	1.04
1998	1.07
1999	1.05
2000	0.93
2001	0.87
2002	0.88
2003	0.80
2004	0.98
2005	0.95
2006	1.02
2007	1.12
2008	1.14
2009	1.52
2010	1.52
2011	1.52
2012	1.59
2013	1.71
2014*	1.75
2015*	1.81
2016*	1.88
2017*	1.94

Source : Banque mondiale

D'après ce tableau, on remarque que les dépenses privées de santé en question (6) ont connu une croissance de 67% en 18ans. Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 114. C'est en 2013 qu'on enregistre le plus haut niveau (1.71) et c'est en 2003 qu'on enregistre le plus bas niveau (0.8). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 67%. D'où  $[(Y_{13}-Y_{95})/Y_{95}] \times 100=67\%$ .(6')

**7)-Evolution des dépenses de santé globale en pourcentage du PIB**

Le total des dépenses de santé représente la somme des dépenses de santé des secteurs public et privé en relation avec le PIB. Cette somme comprend les services de santé préventifs et curatifs tels que les activités de planification familiale et de nutrition, ainsi que l'aide d'urgence relative à la santé. Les dépenses totales en santé sont évaluées en pourcentage du PIB. Soit l'ensemble des valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays. L'évolution de l'ensemble de ces dépenses est donnée par le tableau suivant :

Tableau n°05 : Dépenses globales de santé en pourcentage du PIB

Année	Dépenses en pourcentage du PIB
1995	3.70
1996	3.35
1997	3.59
1998	3.59
1999	3.49
2000	3.49
2001	3.84
2002	3.73
2003	3.60
2004	3.54
2005	3.24
2006	3.36
2007	3.82
2008	4.20
2009	5.18
2010	4.82
2011	5.14
2012	6.01
2013	6.64
2014*	7.23
2015*	7.86
2016*	8.49
2017*	9.12

Source : Banque mondiale – Perspectives monde 2015

D'après ce tableau, on remarque que les dépenses globales de santé en question (7) ont connu une croissance de 79% en 18ans. Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 4.12 C'est en 2013 qu'on enregistre le plus haut niveau (6.64) et c'est en 2005 qu'on enregistre le



plus bas niveau (3.24). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 79%.D'où  $[(Y_{13}-Y_{95})/Y_{95}] \times 100=79\%$ .

### **7)-Dépenses en santé par habitant en dollars US courant**

Il s'agit des dépenses totales en santé, dans les secteurs public et privé, en relation avec la population totale. La somme comprend les services de santé préventive et curative, comme les activités de planification familiale et de nutrition, ainsi que l'aide d'urgence relative à la santé. Les dépenses totales en santé d'un pays sont calculées ici en relation avec sa population globale. L'évolution de ces dépenses de santé par habitant est donnée comme suit :

Tableau n°06 : Dépenses en santé par habitant en dollars US courant

Année	Dépenses en santé par habitant
1995	53.12
1996	52.68
1997	57.07
1998	53.40
1999	65.35
2000	65.00
2001	74.05
2002	90.38
2003	98.31
2004	113.78
2005	146.97
2006	201.13
2007	140.85
2008	201.13
2009	195.21
2010	209.83
2011	270.77
2012	318.98
2013	313.52
2014*	368.09
2015*	404.02
2016*	439.94
2017*	475.87

Source : Banque mondiale – Perspectives Monde. Année 2015

D'après ce tableau, on remarque que les dépenses de santé par habitant(8) ont connu une croissance de 4.90% en 18 ans. Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 131.37. C'est en 2012 qu'on enregistre le plus haut niveau (318.98) et c'est en 1996 qu'on enregistre le plus bas niveau (52.68). Le changement enregistré entre la première année et la dernière année est de 490%. D'où  $[(Y_{13}-Y_{95})/Y_{95}] \times 100=490\%$ .

### **8)-Analyse de l'évolution de la Dépense nationale de santé**

Dans les années 70 et après la promulgation de la médecine gratuite, le financement de la santé était assuré à 75 % par l'état et 25 % par la sécurité sociale. A partir des années 80 et suite à la chute des prix du pétrole sur le marché mondial, l'Etat s'est progressivement désengagé de ce secteur en obligeant la sécurité sociale à prendre le relais et les ménages à contribuer d'une façon symbolique. La part des ménages a connu une progression importante de 1980 à 2005 et commence à diminuer à partir de l'année 2009 pour atteindre 3% en 2014 L'évolution par sources de financement en pourcentage est donnée par le tableau suivant :

**Tableau n°07 : Sources de financement en pourcentage**

Année	Etat	Sécurité sociale	Ménages
<b>1974</b>	<b>75</b>	<b>25</b>	<b>00</b>
1980	36	64	02
1988	27	51	26
1998	34	39	26
2000	47	26	27
2005	51	23	27
2009	55	31	13
2010	83.24	16.03	0.34
2011	89.1	9.3	0.2
2012	82.60	11.03	0.18
2013	82.51	13.28	0.29
2014	82.14	15.43	0.3

Source : De 1974 à 2009 Réflexion sur le système de santé Algérie. GHEDIAAziz 8juillet 2013. De 2010 à 2015. MSPRH

Durant la période 1974-1989, la dépense nationale de santé par rapport au PIB est multipliée par trois en 16 ans (1.6 % en 1973 à 5.5% en 1988) Pendant la

période 90 et sur le plan économique, la DNS par rapport au PIB passe de 6% en 1990 à 3.6 % en 2001, depuis l'année 2000, on note une amélioration des indices économiques de la santé, la DNS/PIB est passée de 3.5 % en 2005 à 5.3 % en 2013. L'évolution de la DNS en pourcentage du PIB dont les données ont été tirées dans différents ouvrages nationaux se présente comme suit :

**Tableau n°08 : Evolution de la DNS par rapport au PIB**

Années	DNS/PIB x100
1973	1.6
1980	6
1983	4.2
1986	5.2
1987	3.6
1988	5.5
1993	4.6
1996	3.8
1999	1.81
2000	3.3
2001	3.6
2004	3.6
2005	4.38
2006	4.64
2007	6.77
2009	5.8
2010	4.2*
2012	5.2
2013	5.3*
2014	7,23

**Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de différents ouvrages + OMS**

Depuis la fin des années 80 liée au contexte de la mondialisation et de la dépréciation de la monnaie nationale, la part consacrée dans les budgets de l'Etat a chuté régulièrement de 3.6% en 1987 à 1.3% en 2000. Cette tendance s'est inversée, grâce à la reprise relative de la croissance nationale, le budget du ministère de la santé qui était de 53 milliards de dinars en 2000 (soit environ 600 millions de dollars US) est passé à 80 milliards de dinars en 2003 (soit un milliard de dollars US) et à 379 milliards de dinars au titre des dépenses de santé de l'année 2016.

La dépense annuelle de santé par habitant, estimée à 165 USD en 1990 est réduite à 58 USD en 2004. Elle a atteint 77 USD en 2005, 177 USD en 2007, 279 USD en 2012 et à 314 en 2014. Il est à noter que la banque mondiale recommandait déjà en 1993, une dépense de 62 USD/Habitant pour les pays en voie de développement et que l'ensemble des institutions internationales proposent une DNS d'au moins 5% du PIB.

Malgré la relance économique entamée à partir de l'année 2000, l'évolution du PIB par habitant en 2014 est actuellement inférieure à ce que dépensent les pays européens et nord-américains uniquement pour leur santé.

Tableau n°09 : Dépenses de santé pour la région MENA en 2014 en USD courant

Pays	Pib/Habitant	Dépenses de Santé /Habitant	Dépense de santé en % du PIB	Part publique dans les dépenses de santé
Algérie	5484.15	314	6.6	74.2
Arabie Saoudite	-	808	3.2	64.2
Bahreïn	24855.2	1067	4.9	70.2
Egypte	3198.7	151	3.2	40.7
Emirat	43962.75	1569	3.2	70.3
Erythrée	-	17	3	45.5
Djibouti	1813.6	137	8.9	60
Jordanie	5422.6	336	7.2	66
Koweït	43593.7	1507	2.9	82.6
Liban	10057.9	631	7.2	50.7
Lybie	6573.4	433	3.9	70.3
Maroc	3190.3	189	6	33.9
Mauritanie	1275	48	4.3	49
Oman	19309.6	678	2.6	80
Qatar	96732.4	2037	2.2	83.8
Soudan	1875	115	6.5	21.1
Soudan Sud	15.111	18	2.2	35.3
Somalie	542.6	-	--	-
Tunisie	4420	309	7.1	59.3
Yémen	-	74	5.4	24.9
Moyenne de la région MENA	16018.94	549.36	4.3	56.94

Source : Banque mondiale " Indicateurs du développement dans le monde " Année 2015

A l'exception de la Somalie, d'Israël et de la Palestine, la dépense moyenne de santé, pour les 19 pays de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA) est d'environ 549.36 USD en 2014. Ces chiffres sont très loin de 2000 USD/Habitant consacrées en moyenne par les pays européens. Les dépenses de santé comparatives dans certains pays industrialisés et/ou de même niveau socio-économique que l'Algérie sont montrées dans le tableau suivant :

Tableau n°10 : Dépenses nationales de santé de certains pays en 2014

Pays	Dépenses de s par habitant	Dépenses de santé en pourcentage du	Part publique dan dépense de santé
Algérie	314	6.6	74.2
Allemagne	5006	11.3	76.8
Canada	5718	10.9	69.8
Cuba	6035	8.8	93
Espagne	2581	8.9	70.4
France	4864	11.7	77.5
Italie	3155	9.2	78.
Portugal	2037	9.4	64.7

Source : Banque Mondiale et OMS\* 2015

La situation du financement de la santé, ainsi que la non maîtrise des dépenses de santé ont eu des répercussions négatives sur la qualité et la quantité des prestations fournies par le secteur public de santé en Algérie. Contrairement à la situation économique de l'Algérie durant les années 1990 écoulées qui a induit une dégradation des conditions de vie et un accroissement de la pauvreté entraînant par la suite une diminution de l'accès aux soins. Or, les besoins de santé de la population ont connu à la fois depuis 2000, une augmentation et une diversification, liées aux transitions démographique et épidémiologique. En

outre, l'amélioration de l'information ont rendu la population plus exigeante en matière de soins modernes et de qualité.

Avec une Dépense Nationale de Santé estimée par la Banque mondiale à 6.6% du PIB pour l'année 2014, l'Algérie se situe au-dessous des taux des pays européens et nettement au-dessus du niveau des ressources allouées à la santé dans la plupart des pays sous-développés. Le montant de la DNS va en s'accroissant dans les années à venir (9), compte tenu de l'évolution démographique, de la place importante des soins curatifs hospitalo-centrés, du poids des nouvelles technologies, du développement socio-économique (espérances de vie).

### **8)-Participation de nouveaux agents économiques au financement de la santé**

En plus des agents économiques participant actuellement au financement de la santé, l'Etat, la sécurité sociale, les usagers ou ménages et autres, certains agents peuvent être identifiés comme financeurs potentiels, dans la mesure où ils entretiennent avec le système de santé des rapports particuliers :

- soit qu'ils contribuent à l'aggravation de la situation sanitaire (cas des entreprises polluantes) ;
- soit qu'ils génèrent des besoins spécifiques de santé (entreprises pharmaceutiques)
- soit qu'ils bénéficient d'une partie du produit de la couverture de certains risques (cas des assurances économiques en relation avec la couverture des accidents de circulation, des risques domestiques et d'autres sinistres) ;
- soit qu'ils aient une compétence territoriale et une responsabilité directe en matière de santé, de salubrité, d'hygiène publique (cas des collectivités locales).

Aussi, l'exigence de plus en plus croissante des soins de qualité de la part des citoyens, l'évolution économique, sociale et culturelle du pays nécessitent de faire appel aux agents indiqués ci-dessus pour contribuer dans l'avenir, au financement des dépenses de santé. A savoir :

- les collectivités locales au titre de la médecine préventive et scolaire dont la participation a cessé en 1979
- les entreprises de production et de services du secteur de la santé, privées ou publiques (SAIDAL)

- les taxes locales sanctionnant les atteintes à l'hygiène du milieu et à la santé de la population (production ou consommation de produits périmés, multiples, toxiques)

- l'instauration d'un bonus ou d'un malus (à définir) au profit des entreprises développant des efforts de prévention

- favoriser le développement des structures de santé des mutuelles sociales par l'affectation de praticiens spécialisés, d'équipements et d'infrastructures à l'effet d'alléger les investissements de l'Etat

- pour les entreprises polluantes, une taxe parafiscale à la santé pourra être instituée à leur encontre et aura probablement un effort incitatif en direction d'une réduction des nuisances industrielles.

- les assurances économiques et les assurances privées devraient contribuer, selon les modalités à définir en collaboration avec leur Ministère de tutelle, à la couverture des frais occasionnés par la prise en charge médicale des dommages corporels des risques qu'elles assurent.

### **Conclusion**

L'analyse des différentes valeurs évoquées précédemment relatives à la Dépense nationale de santé de Algérie exprimées en pourcentage du PIB et par habitant, fournies par la Banque mondiale, l'OMS, le ministère de la santé, l'ONS et les autres chercheurs Algériens du domaine obtenues par des méthodes de calcul différentes montrent bien que depuis l'année 2000 à 2014 et grâce à l'embellie financière qu'a connue notre pays durant la période sus indiquée, les indicateurs de financement du système de santé Algérien ont connu une évolution positive à l'exception des dépenses privées de santé fournies par la banque mondiale. Pour avoir des données fiables, il a été recommandé en 2001 de mettre en place des mécanismes pérennes et des procédures adéquates pour l'élaboration annuelle des comptes nationaux de la santé.

### **BIBLIOGRAPHIE**

1. Rapport de la banque mondiale sur la santé .Année 2013
2. Rapport sur la santé dans le monde OMS. Année 2013
3. Réflexion sur le système de santé Algérien. Ghédia Aziz. Année 2013
4. Le système de santé en Algérie .Abdelkader REMAL. Année 2013
5. Statistiques mondiales. Perspectives monde. Université de Sherbrooke. Année 2015
6. Lois de finances de l'année 2000 à 2016

7. Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb. Mémoire de Magister Ben Mansour Sonia. Année 2012
8. Bilan et perspectives du système national de santé. Mohamed Brahim Farouk. Année 2012
9. Politique nationale de santé. Bilan et perspectives. MSPRH. Année 2008
10. Projection du développement du secteur de la santé. MSPRH. Année 2003
11. Comptes nationaux de la santé de l'Algérie pour 2000 et 2001. MSPRH. Année 2003
12. Développement du système national de santé. Stratégies et perspectives. MSPRH. Année 2001.