

Le financement des soins de santé en Tunisie. Etat actuel des dépenses de soins et perspectives de socialisation, sur le chemin de la Couverture Santé Universelle

Financing health care in Tunisia. Current state of health care expenditure and socialization prospects, on the road to Universal Health Coverage

Ahmed Ben Abdelaziz¹, Sina Haj Amor², Ines Ayadi³, Mohamed Khelil⁴, Chokri Zoghliani⁵, Sami Ben Abdelfattah⁶

1. Professeur de Médecine Préventive et Communautaire à la Faculté de Médecine de Sousse Tunisie. Unité de Recherche UR12SP36: « Mesure de la Performance Hospitalière ». Courriel : ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

2. Médecin chef de circonscription sanitaire Carthage. Direction régionale de Tunis Membre du comité d'élaboration des comptes de la santé

3. Maître assistante à l'Ecole Supérieure de Commerce de Sfax. Université de Sfax Tunisie.

4. Médecin de la Santé Publique. Direction des Systèmes d'Information. CHU Sahloul de Sousse

5. Médecin de la Santé Publique. Direction des Systèmes d'Information. CHU Sahloul de Sousse

6. Médecin Inspecteur Général, chargé de la direction centrale de contrôle médical à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie CNAM. Tunisie

RÉSUMÉ

Contexte: Dans le cadre de sa stratégie de « Couverture Santé Universelle » (CSU), la Tunisie a procédé, après sa révolution, au calcul de ses Comptes de Santé (CS), d'une manière standardisée et interministérielle.

Objectifs : Décrire la structure actuelle du financement des soins en Tunisie, à travers les rapports des CS, de 2012 à 2014, et évaluer sa conformité avec les principes de socialisation de l'assurance sanitaire.

Méthodes : Les données brutes des dépenses de soins ont été collectées par un groupe multi sectoriel chargé du calcul des comptes de santé, à travers une méthodologie développée par l'OMS. Sur la base de ces données, une dizaine d'indicateurs de monitoring du financement des soins ont été déterminés, dont particulièrement la proportion des dépenses de soins publiques (état et assurances), la proportion des paiements directs des ménages dans les dépenses totales des soins et la part des dépenses de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) dans le secteur privé.

Résultats : Au cours de la triennat 2012-2014, les dépenses totales de santé ont été de 7% de PIB. Les dépenses publiques de soins de santé n'ont pas dépassé 57% dépenses totales de santé, soit une proportion de 4% par rapport au PIB. Les ménages ont supporté, directement de leurs poches, 39% des dépenses courantes de soins. Environ la moitié des dépenses de la CNAM, a été débloquée pour le remboursement des consultations, des explorations et des hospitalisations dans les cliniques privées et des biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) dans les officines du secteur libéral.

Conclusion : Le financement du système de soins en Tunisie de la post révolution a été caractérisé par une triade dangereuse pour sa survie, sa performance et son équité: des dépenses excessives par rapport à la croissance du pays, une contribution très élevée des ménages dépassant le seuil des dépenses « catastrophiques », et une dérive marquée de la politique sociale de la CNAM, en faveur du secteur privé. Ce profil témoignant de la faible socialisation du financement des soins, serait un facteur limitant de l'implémentation de la stratégie de CSU en Tunisie.

Mots-clés

Financement des soins de santé - Dépenses de santé - Participation aux coûts- Financement du gouvernement - Financement individuel - Soutien financier à la planification et au développement de la santé - Assurance maladie - Couverture d'assurance - Remboursement par l'assurance maladie - Assurance prestations médicales- Plans de santé de l'État - Tunisie

SUMMARY

Context: As part of its strategy of Universal Health Coverage (UHC), Tunisia has calculated, after its revolution, its Health Accounts (HA), in a standardized and interdepartmental way.

Objectives: Describe the current structure of care financing in Tunisia, through the HA reports, from 2012 to 2014, and assess its compliance with the principles of socialization of health insurance.

Methods: Crude data on health care expenditures were collected by a multi-departmental group that is responsible for calculating health accounts, using a methodology developed by WHO. On the basis of these data, a dozen of indicators that serve to monitor the financing of care, were determined, especially the proportion of public care expenditure (state and insurance), the proportion of direct payments of households in total care expenditure, and the share of expenses of the National Diseases Insurance Fund (CNAM) in the private sector.

Results: During the 2012-2014 trienniums, the total health expenditure represented 7% of GDP. Public expenditure on health care did not exceed 57% of the total health expenditure, which is 4% of GDP. Households paid directly, from their pockets, 39% of current care expenditures. About half of the expenses of the CNAM, was released for the reimbursement of consultations, explorations and hospitalizations in private clinics and medical needs (drugs and medical material) in private pharmacies.

Conclusion: The financing of the post-revolution care system in Tunisia was characterized by a dangerous triad for its survival, performance and equity: excessive spending compared to the country's growth, a very high contribution of households exceeding the cutoff of « catastrophic » spending, and a marked shift in the social policy of the CNAM, in favor of the private sector. This profile, proof of low socialization of healthcare financing, would be a limiting factor in the implementation of the CSU strategy in Tunisia.

Key-words

Healthcare Financing - Health Expenditures - Cost Sharing - Financing, Government - Financing, Personal - Health Planning Support Insurance, Health - Insurance Coverage - Insurance, Health, Reimbursement - Insurance, Physician Services - State Health Plans - Tunisia

تمويل الرعاية الصحية في تونس.

الحالة الراهنة لنفقات الرعاية الصحية وآفاقها الاجتماعية، على طريق التغطية الصحية الشاملة

أحمد بن عبد العزيز، سناء حاج عمر، إيناس عيادي، محمد خليل، شكري الزغلامي، سامي بن عبد الفتاح

الخلفية: كجزء من إستراتيجيتها للتغطية الصحية الشاملة، شرعت تونس بعد ثورتها، في جرد الحسابات الصحية، بطريقة موحدة بين الوزارات. **الأهداف:** وصف الهيكلية الحالية لتمويل الرعاية الصحية في تونس، من خلال تقارير الحسابات الصحي، من 2012 إلى 2014، وتقييم مدى التزامها بمبادئ للتأمين الصحي الاجتماعي.

الطرق: تم جمع البيانات الخام عن نفقات الرعاية الصحية من قبل مجموعة متعددة القطاعات مسؤولة عن جرد الحسابات الصحية، باستخدام منهجية طورتها منظمة الصحة العالمية. بناء على هذه المعطيات، تم تحديد عشرة مؤشرات لرصد تمويل الرعاية الصحية، بما في ذلك على وجه الخصوص نسبة الإنفاق العمومي على الصحة (الدولة والتأمين)، ونسبة الدفعات من قبل الأفراد في مجموع نفقات الرعاية الصحية وحصص نفقات الصندوق الوطني للتأمين على المرض (CNAM) في القطاع الخاص.

النتائج: خلال فترة الثلاث سنوات 2012-2014، بلغ إجمالي الإنفاق على الصحة 7% من الناتج المحلي الإجمالي. الإنفاق العام على الرعاية الصحية لم يتجاوز 57% من إجمالي الإنفاق على الصحة، وهو 4% من الناتج المحلي الإجمالي. الأسر تدفع مباشرة من جيوبها 39% من نفقات الرعاية الصحية الحالية. حوالي نصف نفقات CNAM، تمت لسداد الاستشارات والاستكشافات والاقامة الاستشفائية في العيادات الخاصة والسلع الطبية (الأدوية والأجهزة الطبية) في الصيدليات الخاصة.

الخلاصة: تميز نظام تمويل الرعاية الصحية في تونس ما بعد الثورة بثلاث خصائص ذات تأثير على بقائه، وأدائه وإنصافه: الإسراف النسبي في الإنفاق مقارنة مع نمو البلاد، المساهمة المالية العالية جدا للأسر فوق عتبة الإنفاق «الكارثي»، وتحويل ملحوظ في السياسة الاجتماعية لل CNAM، لصالح القطاع الخاص. هذا النمط التمويلي يشهد على انخفاض الملاءمة الاجتماعية لتمويل الرعاية الصحية، و سيكون عاملا مقيدا في تنفيذ إستراتيجية التغطية الصحية الشاملة في تونس.

كلمات البحث: تمويل الرعاية الصحية - النفقات الصحية - تقاسم التكاليف - التمويل الحكومي - التمويل الفردي - الدعم المالي للتخطيط الصحي والتنمية - التأمين الصحي - التغطية التأمينية - السداد بواسطة التأمين الصحي - التأمين على المستحقات الطبية - خطط التأمين الصحي - صحة الدولة - تونس

Auteur correspondant

Professeur Ahmed Ben Abdelaziz

Direction des Systèmes d'Information du CHU Sahloul de Sousse. 4054. Sousse (Tunisie)

Email : ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

Confits d'intérêt

Tous les auteurs déclarent n'ayant aucun conflit d'intérêt avec la thématique de recherche

INTRODUCTION

La santé est un droit socio-économique, reconnu par les chartes et les déclarations internationales des droits humains (dont celle « santé pour tous » d'Alma Ata en 1946) et les constitutions de la majorité des pays démocratiques et en voie de démocratisation, sous pression de la culture triomphante de l'équité sociale, de la dynamique de la société civile et de la recherche translationnelle sur les systèmes de santé [1]. Ce droit devrait se manifester sur le plan opérationnel, par l'accès de tous les citoyens - indépendamment de leurs statuts (malade ou sain), revenus (élevé ou faible), résidence (urbaine ou rurale), sexe (masculin ou féminin) et catégorie d'âges (nouveau né ou personne âgée) - à un paquet essentiel de soins de santé promotionnels, préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs [2].

D'où la nécessité de la mise en place, du renforcement et de la consolidation des systèmes nationaux de santé, facilitant l'accès, selon un parcours de soins coordonné et prédéfini, aux activités de soins pertinents (par rapport à la charge de morbidité), efficaces (fondés sur les données de la science), efficaces (meilleur rapport qualité prix), adéquats (conformes aux standards internationaux), et dispensés par des structures de proximité (décentralisées, polyvalentes et permanentes). Pour qu'il soit viable et soutenable, un tel système national de santé doit bénéficier à la fois des procédures organisationnelles et managériales assurant la gestion performante et participative, des structures, des équipements, des biens, du personnel de santé, ainsi que des ressources financières mobilisées et dépensées [3].

Au cours des dernières années, en conséquence de la transition épidémiologique et démographique, de la diversification des schémas d'offre de soins et des avancements des technologies médicales diagnostiques et thérapeutiques, la question du financement de soins de santé est devenue une thématique prioritaire de la réforme des systèmes de santé, indissociable des autres dimensions du débat technocratique, politique, ou sociétal sur l'accès aux soins de santé [4]. En Tunisie, dont la nouvelle constitution de 2014 en post révolution, a instauré le droit à la santé, un débat de démocratie sanitaire s'est récemment lancé, sur l'adaptation urgente du système national de santé d'une part avec les attentes de la population (dominées par l'accès aux soins globaux, continus, intégrés et de qualité), et celles des technocrates en sciences médicales, managériales et politico économiques, dont les paradigmes sont centrés respectivement sur la performance clinique, l'équité sociale, et la soutenabilité financière [5].

Tout au long d'un demi siècle de gestion du système de

santé tunisien, suite à la création de l'Etat moderne, la question du financement des soins a été souvent peu étudiée, rarement évoquée et mal ressentie, par un fonctionnement classique de service public centralisé au niveau du Ministère de la tutelle, assurant dans une première étape, la triple mission de prestation, de contrôle et de paiement des soins, et dans une deuxième étape, l'« opacification informationnelle », ayant accompagné le démarrage d'un processus de privatisation discret et déguisé, du secteur de la santé. Les différentes équipes des Ministères de Santé de la post révolution, avec des backgrounds sociopolitiques divergents, ont ressenti le besoin de la comptabilisation des dépenses de santé, et de l'orientation du Système National de Santé, vers le consensus révolutionnaire d'équité, de liberté et de dignité. Or, les données financières de soins de santé, en Tunisie, et durant plus d'un demi-siècle de pratique gestionnaire, ont été éparpillées entre des multiples ministères (Santé, Défense, Intérieur, ..), assurances (CNAM, mutuelles, ...), secteurs (public, semi public, et privé), lignes des soins (première, deuxième et troisième), fonctions (ambulatoire, hospitalisation, ..),..... etc

A partir de l'année 2012, la politique actuelle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de Couverture Santé Universelle (CSU), a encouragé et facilité la conduite, en Tunisie, des calculs des Comptes Nationaux de Santé, dont la publication a été limitée à des rapports de consultation et à des présentations de clôture des missions [6]. Les objectifs de ce travail ont été d'une part, de décrire la structure du financement des soins à travers un tableau de bord stratégique, issu des rapports des « Comptes de Santé » en Tunisie de 2012 à 2014, et d'autre part d'identifier les stratégies de la socialisation du financement du système de santé tunisien, vers plus de solidarité, d'accès et d'équité, selon le modèle de la Couverture Santé Universelle.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'analyse du financement des systèmes de santé, repose sur les données économiques probantes, relatives à la masse des dépenses des soins (combien ?), à leurs sources (Qui ?) et à leur destination (où ?), communément appelées: « comptes de santé ». L'agrégation de ces comptes des soins, constitue une étape préliminaire et indispensable pour la planification stratégique et opérationnelle du système de santé, pour le monitoring de sa gestion et pour l'appui à sa performance. L'étude des caractéristiques financières et des flux financiers circulants, au cours d'une série d'années consécutives, fournit à tous les acteurs du système de santé (décideurs,

managers, professionnels, élus, usagers) des informations utiles sur la politique sanitaire, l'équilibre budgétaire et le fonctionnement structural du système de soins.

En Tunisie, les comptes de santé ne sont pas calculés malheureusement, et à ce jour, d'une manière routinière, standardisée, régulière et actualisée, par une structure autonome, indépendante et spécialisée. Avant la révolution de 2010/2011, l'Institut National de la Santé Publique (INSP), a constitué, à deux reprises, des équipes de recherche pour la conduite de l'exercice des comptes de santé. La première étude a couvert les années 1997 et 1998 et la seconde a porté sur les années 2000, 2004 et 2005. Après la révolution de 2010/2011, un pôle d'économie de la santé a été mis en place au sein du Ministère de la Santé (au cours du mandat du Ministre de la Santé, le Professeur Mohamed Salah Ben Ammar), pour l'élaboration des comptes de santé et l'étude des questions relatives au financement des soins de santé, dans le cadre de l'orientation stratégique de l'OMS plaidant pour la Couverture Santé Universelle. Ce groupe multisectoriel a été initié à l'utilisation de la méthodologie préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires, pour le calcul des comptes de santé des pays et leur comparaison, avec les données régionales et continentales [6].

Ainsi, le groupe des comptes de la santé a eu recours au logiciel HAPT, un logiciel développé par Health System 20/20, financé par l'USAID, communément appelé SHA (System of Health Accounts), pour le calcul automatisé des différents indicateurs et traceurs requis [7]. L'avantage de cette méthodologie est de permettre le croisement des données de différentes sources et à différents niveaux de classification. Pour la constitution des comptes de la santé, le groupe d'étude a agrégé plusieurs types des données provenant des différents départements du Ministère de la Santé (Département de Pharmacie et des Médicaments, Direction des Soins de Santé de Base, Direction Générale des Structures de Santé, ...), des autres Ministères de la Défense et de l'Intérieur, de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), des autres assurances et mutuelles de Santé du secteur privé, de l'Institut National de la Statistique (en ce qui concerne les dépenses des ménages) et de la direction générale des impôts du Ministère des finances et de l'économie.

Au cours de ce travail, les données des comptes de santé des années 2012-2014 (après validation par la commission de pilotage) ont été synthétisées d'une manière didactique et adaptées aux professionnels de santé (peu familiers avec la littérature économique). L'encadré n°1 rappelle les définitions opérationnelles des principaux indicateurs d'étude du financement des soins, selon l'approche de l'OMS pour le calcul des comptes de la santé [6].

Encadré n°1 : Typologie des dépenses et des paiements des soins de santé

Dépenses Totales de Santé (DTS) : Somme des dépenses courantes de santé et de la formation brute du capital (investissement). Elle correspond à la somme des dépenses en santé des administrations publiques en santé et des dépenses privées en santé

Dépenses Publiques de Santé (DPS): Ensemble des versements des administrations centrales (Ministère de la Santé et autres Ministères) et des caisses de sécurité sociale.

Paiements directs des ménages en santé : Ensemble des dépenses supportées directement par les patients lorsque les systèmes d'assurance publics et privés ne couvrent pas en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé.

Formation du Capital : Ensemble des investissements réalisés (équipements médico- techniques) acquis au profil des structures de santé

Dépenses Courantes de Santé (DCS) : Ensemble des dépenses en santé portant sur des activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes tout en réduisant les conséquences de la mauvaise santé.

Au cours de ce travail, la description du financement de soins de santé en Tunisie, a suivi un tableau de bord (encadré 2) avec dix items, permettant de répondre à trois questions essentielles (de **Combien** nous finançons les soins ?, **Qui** financent les soins ?, **Où** nous dépensons ces financements?), pour les trois contributeurs essentiels (Etat, Assurances, Ménages) et relativement aux trois fonctions essentielles (soins ambulatoires, hospitalisation, biens médicaux : médicaments et dispositifs médicaux). Les niveaux de performance des indicateurs de financement des soins de santé ont été comparés par rapport à des valeurs de référence, fixées d'une manière consensuelle par l'équipe cosignataire de ce travail, en se basant sur les données de la littérature et les principes de la Couverture Santé Universelle. Les « gaps » entre les niveaux des indicateurs de financement des soins de santé et les valeurs de référence adoptées ont été visualisés d'une manière graphique en utilisant les couleurs suivantes: jaune (gap < 50%), orange (gap entre 50 et 100%) et rouge (gap > 100%)

Encadré n° 2 : Tableau de bord de dix items essentiels des Comptes de la Santé en Tunisie

Etude préliminaire

Combien ? (de combien nous finançons les soins de santé)

- 1Dépenses par habitant et par année
- 2Proportion des dépenses de santé par rapport au Produit Intérieur Brut (PIB)

Qui ? (qui financent les soins de santé)

- 3Taux de contribution des ménages
- 4Taux de contribution des Caisses par rapport aux dépenses publiques

Où ? (dans quels secteurs, nous utilisons ces financements des soins)

- 5Etude des dépenses totales selon les secteurs
- 6Etude des dépenses totales, selon les fonctions

Etude complémentaire

- 7Etude des dépenses des Ménages selon les fonctions
- 8Etude des dépenses de la CNAM, selon les secteurs
- 9Etude des dépenses des biens médicaux, selon les structures
- 10Etude des soins ambulatoires et d'hospitalisation, selon les prestataires

RÉSULTATS

Le tableau I récapitule les principaux indicateurs globaux du financement des soins de santé en Tunisie de 2012 à 2014, selon les comptes nationaux de santé. Il ressort que les dépenses totales de santé ont représenté, au cours de ce triennat, 7,1% de Produit Intérieur Brut (PIB), soit une consommation moyenne d'environ 500 Dinars Tunisiens, par tête d'habitant et par an. Les dépenses publiques de soins de santé (impôts et cotisations sociales) n'ont pas dépassé 57% des dépenses totales de santé, soit une proportion des dépenses publiques de santé, uniquement de 4% par rapport à la richesse nationale du pays (PIB). La structure du financement de soins est représentée au tableau II qui montre que les ménages ont supporté, au cours des années 2012-2014, des dépenses directes de leurs portefeuilles, de l'ordre de 39% de l'assiette totale des coûts de soins de santé. La contribution de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) n'a pas dépassé, au cours de cette période, 35 % des dépenses totales de

santé, avec une tendance vers la baisse de 1,5 point par an.

D'après le tableau III, plus de la moitié (53%) des dépenses courantes de soins de santé ont été effectuées dans les services de soins du secteur libéral, particulièrement dans les cliniques privées (consultations et hospitalisations) et dans les officines (médicaments et dispositifs médicaux). Entre 2012 et 2014, les dépenses de la rubrique « consultation et hospitalisation » dans le secteur privé, ont enregistré une augmentation considérable avoisinante de 40%.

Le tableau IV détaille la distribution des dépenses de la CNAM de 2012 à 2014, parmi lesquelles, environ la moitié d'entre elles (47%), a été débloquée pour le remboursement des frais des soins dans les cliniques et des biens médicaux dans les officines privées. Quant aux paiements directs des ménages, ils ont été effectués, dans 76% des cas, pour ces mêmes prestations d'hospitalisation, de consultation et d'achat des médicaments et des dispositifs médicaux (tableau V).

Le tableau VI présente la distribution des dépenses en soins ambulatoires, d'hospitalisation et en biens médicaux, selon ses différents prestataires, en Tunisie, du 2012 à 2014. Le secteur privé (cliniques et officines) a consommé, à lui seul, respectivement 42% et 66 % des dépenses de soins de santé.

Il ressort du tableau VII que le financement des hôpitaux publics de troisième ligne de soins (presque égal au financement cumulé de deux premières lignes : hôpitaux de circonscription et hôpitaux régionaux) a régressé entre 2012 et 2014 de 1 point. La contribution relative du Ministère de la Santé dans le financement des hôpitaux universitaires a diminué de 2,5 points, au cours de ce triennat, malgré l'augmentation considérable de 27% de sa prise en charge de la masse salariale de ses professionnels de santé.

Le tableau VIII est un récapitulatif d'une série d'indicateurs sélectionnés pour le monitoring de l'évolution du régime de financement des soins de santé, vers la socialisation du risque de la maladie et des services de santé, selon le modèle de Couverture Santé Universelle. Les indicateurs ayant enregistré des niveaux de performance les plus bas (dépassant 100% par rapport aux valeurs de référence préconisées) ont été en rapport avec les dépenses de santé dans le secteur libéral : proportion des dépenses courantes dans le secteur privé, proportion des dépenses de la CNAM dans le secteur privé, proportion des dépenses des consultations, des hospitalisations et des biens médicaux dans le secteur privé

Tableau 1 : Indicateurs globaux de suivi des Dépenses de Santé en Tunisie de 2012 à 2014

Indicateurs	Année 2012	Année 2013	Année 2014	Moyenne 2012-2014	Evolution 2012/2014 (%)
Dépenses Totales de Santé (DTS) (en Millions des Dinars Tunisiens MDT)	4985,2	5362,7	5715,5	5354,5	14,6
Dépenses Publiques de Santé (DPS) (en % des Dépenses Totales de Santé DTS)	54,6	58,2	57,0	56,6	4,4
Proportion de la Sécurité sociale (en % des Dépenses Publiques de Santé : DPS)	57,8	60,1	56,9	58,3	-1,5
Paiements Directs en Santé (en % des Dépenses Totales de Santé DTS)	38,2	37,5	36,6	37,4	-4,2
Proportion des dépenses d'investissement (Part de la formation du capital en % des DTS)	6	4	3,7	4,6	-38,3
Proportion des DTS/ PIB (en %)	7,1	7,1	7,1	7,1	0,0
Proportion DPS/PIB (en %)	3,87	4,13	4,04	4,01	3,6
Dépenses Totales de Santé DTS par Habitant (en Dinars Tunisiens DT)	463	493	519	491,7	12,1

Tableau 2 : Sources de financement des dépenses courantes de santé en Tunisie de 2012 à 2014 (en%)

	Année 2012	Année 2013	Année 2014	Années 2012-2014	Evolution 2012/2014
Ménages	41,0	39,1	38,0	39,4	-7,32
Caisse Nationale d'Assurance Maladie	33,9	36,4	33,4	34,6	-1,47
Ministère de la Santé	23,9	23,3	25,2	24,1	5,44
Autres (Ministères et Assurances privées)	1,2	1,2	1,4	1,3	16,67

Tableau 3 : Distribution, selon les secteurs et les fonctions des soins, des Dépenses Courantes de Santé (DCS) en Tunisie de 2012 à 2014 (en Millions de dinars)

	Année 2012		Année 2013		Année 2014		Années 2012-2014		Evolution 2012/2014 %
	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses Moyennes	% Moyen	
Secteurs des soins									
<i>Secteur privé</i>	2512,190	54,05	2752,150	53,57	2976,750	52,17	2747,030	53,20	18,49
<i>Secteur public</i>	1565,000	33,67	1710,700	33,30	1984,500	34,78	1753,400	33,95	26,81
<i>Secteur para public</i>	342,520	7,37	427,320	8,32	441,000	7,73	403,610	7,82	28,75
<i>Administration du système de santé</i>	214,310	4,61	236,110	4,60	290,700	5,09	247,040	4,78	35,64
<i>Soins à l'étranger</i>	13,850	0,30	11,530	0,22	13,230	0,23	12,870	0,25	-4,48
Fonctions des soins									
<i>Soins ambulatoires et hospitalisation</i>	2113,228	45,47	2601,290	50,49	2 933,300	53,34	2549,300	49,99	38,81
<i>Biens médicaux (médicaments et dispositifs)</i>	1970,350	42,39	1985,330	38,53	1 675,790	30,47	1877,200	36,81	-14,95
<i>Services auxiliaires (imagerie, radiologie,...)</i>	267,479	5,75	251,200	4,88	407,030	7,40	308,600	6,05	52,17
<i>Administration du système de santé</i>	214,308	4,61	236,113	4,58	290,780	5,29	247,100	4,85	35,68
<i>Réhabilitation</i>	41,730	0,90	47,910	0,93	40,460	0,74	43,370	0,85	-3,04
<i>Prévention (programmes nationaux)</i>	40,790	0,88	30,500	0,59	151,770	2,76	74,350	1,46	272,08

Tableau 4 : Distribution, selon les secteurs et les fonctions des soins, de dépenses de la CNAM en Tunisie de 2012 à 2014 (en Millions de Dinars Tunisiens)

	Année 2012		Année 2013		Année 2014		Années 2012-2014		Evolution 2012/2014 %
	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses Moyennes	% moyen	
Secteurs de soins									
<i>Secteur privé</i>	797,680	45,95	889,400	45,45	861,030	46,90	849,370	46,09	7,94
<i>Secteur public</i>	527,210	30,37	548,380	28,02	474,500	25,85	516,700	28,04	-10,00
<i>Secteur para public</i>	301,640	17,37	397,020	20,29	382,700	20,85	360,450	19,56	26,87
<i>Administration du système de santé</i>	95,740	5,51	110,670	5,66	104,500	5,69	103,640	5,62	9,15
<i>Soins à l'étranger</i>	13,850	0,80	11,530	0,59	13,200	0,72	12,860	0,70	-4,69
Fonctions des soins									
<i>Soins ambulatoires et hospitalisation</i>	942,100	50,23	1228,900	54,46	1238,400	56,66	1136,470	54,02	31,45
<i>Biens médicaux</i>	762,730	40,67	838,470	37,16	669,000	30,61	756,730	35,97	-12,29
<i>Services auxiliaires</i>	63,500	3,39	65,730	2,91	136,290	6,24	88,510	4,21	114,63
<i>Administration du système de santé</i>	95,7400	5,10	110,670	4,90	104,550	4,78	103,650	4,93	9,20
<i>Réhabilitation</i>	11,540	0,62	12,660	0,56	30,980	1,42	18,390	0,87	168,46
<i>Prévention (programmes nationaux)</i>	-	-	-	-	6,620	0,30	-	-	-

Tableau 5 : Distribution, selon les fonctions des soins, des Dépenses directes des ménages dans le secteur privé. Tunisie de 2012 à 2014 (en Millions de dinars)

	Année 2012		Année 2013		Année 2014		Années 2012-2014		Evolution 2012/2014 %
	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses Moyennes	% Moyen	
Pharmacies	599,600	36,92	669,990	36,29	588,420	29,67	619,340	34,81	-1,86
Cliniques multidisciplinaires	380,700	23,44	542,520	29,39	573,770	28,93	499,000	28,04	50,71
Honoraires médecins et dentistes	202,600	12,48	187,890	10,18	331,000	16,69	240,500	13,52	63,38
Autres prestataires des biens médicaux	272,700	16,79	170,300	9,22	330,300	16,65	258,130	14,51	21,17
Laboratoires et radiologie	168,300	10,36	159,200	8,62	159,800	8,06	162,430	9,13	-5,05
Honoraires des autres prestataires privés	-	-	116,300	6,30	-	-	-	-	-

Tableau 6 : Distribution, selon les prestataires, des dépenses en soins ambulatoires et hospitalisation et en biens médicaux, en Tunisie du 2012 à 2014 (en %)

	Année 2012		Année 2013		Année 2014		Années 2012-2014		Evolution 2012/2014 (%)
	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses Moyennes	% Moyen	
Consultations et hospitalisations									
<i>Structures du Ministère de la Santé</i>	773,600	56,46	866,000	50,39	946,040	53,59	861,880	53,27	22,29
<i>Structures privées</i>	521,350	38,05	769,490	44,78	752,090	42,60	680,980	42,09	44,26
<i>Polycliniques de la CNSS</i>	65,930	4,81	71,7100	4,17	45,950	2,60	61,200	3,78	-30,30
<i>Structures des autres Ministères</i>	9,390	0,69	11,280	0,66	21,270	1,20	13,980	0,86	126,52
Biens médicaux									
<i>Officines privées</i>	904,480	67,27	1009,220	65,77	955,700	64,94	956,470	65,96	5,66
<i>Polycliniques CNSS</i>	235,720	17,53	325,850	21,24	291,430	19,80	284,330	19,61	23,63
<i>Structures de soins de (3^{ème} niveau)</i>	122,490	9,11	110,190	7,18	109,890	7,47	114,190	7,87	-10,29
<i>Structures de soins de (2^{ème} niveau)</i>	38,700	2,88	41,520	2,71	51,330	3,49	43,850	3,02	32,64
<i>Structures de soins de (1^{er} niveau)</i>	24,090	1,79	29,180	1,90	31,720	2,16	28,330	1,95	31,67
<i>Autres Ministères</i>	19,040	1,42	18,420	1,20	31,490	2,14	22,980	1,58	65,39

Tableau 7 : Financement des hôpitaux publics en Tunisie de 2012 à 2014

	Année 2012		Année 2013		Année 2014		Années 2012-2014		Evolution 2012/2014 (%)
	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses Moyennes	% Moyen	
Lignes des soins									
<i>1^{ère} ligne des soins (Hôpitaux de Circonscription et GSB)</i>	360,600	24,46	420,600	25,62	445,570	26,19	408,900	25,47	23,56
<i>2^{ème} ligne des soins (Hôpitaux Régionaux)</i>	337,600	22,90	380,600	23,19	487,180	28,63	401,800	25,02	44,31
<i>3^{ème} ligne des soins (EPS)</i>	776,100	52,64	840,200	51,19	768,620	45,18	795,000	49,51	-0,96
Sources de financement de la troisième ligne des soins									
<i>Ministère de la Santé</i>	394,140	50,75	433,850	51,61	384,490	50,02	404,200	50,82	-2,45
<i>Caisse Nationale d'Assurance Maladie</i>	322,460	41,52	342,900	40,79	334,330	43,50	333,200	41,90	3,68
<i>Ménages</i>	59,970	7,72	63,850	7,60	49,810	6,48	57,900	7,28	-16,94
Prestation de soins en troisième ligne									
<i>Salaires et cotisations sociales</i>	359,380	46,31	434,120	51,67	455,820	59,30	416,400	52,38	26,84
<i>Médicaments et produits pharmaceutiques</i>	149,070	19,21	136,280	16,22	137,480	17,89	140,900	17,73	-7,77
<i>Autres frais de fonctionnement</i>	267,630	34,48	269,850	32,12	175,330	22,81	237,600	29,89	-34,49

GSB : Groupements de Santé de Base
 EPS : Etablissements Publics de Soins

Tableau 8 : Tableau de bord des indicateurs de financement des soins de santé en Tunisie de 2012 à 2014

Indicateurs de financement des soins de santé	Valeur moyenne %	Seuil de Référence %	Performance	Niveau du performance
1 Proportion des dépenses publiques de santé par rapport au Produit Intérieur Brut (PIB)	4	5		-20 %
2 Taux de contribution des ménages dans la structure des dépenses totales de soins de santé	39	20		+95%
3 Proportion de la contribution des Caisses d'Assurance Maladies, dans les dépenses publiques des soins de santé	58	80		28%
4 Proportion des dépenses courantes dans le secteur privé	53	20		+165%
5 Proportion des dépenses courantes, en soins préventifs	1	10		-90%
6 Proportion des dépenses des Ménages dans les pharmacies	35	20		+75%
7 Proportion des dépenses de la CNAM, dans le secteur privé	46	20		+130%
8 Proportion des dépenses des consultations et des hospitalisations dans le secteur privé	42	20		+110%
9 Proportion des dépenses des biens médicaux dans le secteur privé	66	20		+230%
10 Proportion de la contribution de la CNAM dans le financement des hôpitaux de troisième ligne des soins	42	60		-30%

DISCUSSION

Le renforcement des systèmes nationaux de santé et l'appui de leur performance reposent sur une stratégie intégrée, fondée sur une série de piliers dont (outre l'organisation des services de santé, la bonne gouvernance, le management participatif, la formation appropriée, et la recherche opérationnelle), le financement socialisé des soins de santé, conformément à la politique de l'OMS de Couverture Santé Universelle [4]. Cette approche d'économie de soins de santé, annoncée par l'OMS, à la veille du nouveau siècle, vise à faciliter l'accès de l'ensemble de la population, aux soins de santé efficaces et de qualité (préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé), avec un coût adapté aux usagers. La marche mondiale des systèmes de santé vers l'application de la Couverture Santé Universelle, est évaluée par une approche tri axiale, mesurant la couverture populationnelle (proportion de la population couverte par un système d'assurance santé), le spectre des services de soins (exhaustivité des services couverts dans le parcours de soins), et de recouvrement des coûts de soins (proportion des coûts de soins couverts).

Ce travail, basé sur les comptes de santé calculés pour une période de trois années, fournit un éclairage sur la structure des dépenses de soins en Tunisie, dans la phase initiale de la post révolution sociale, caractérisée d'une part par l'accentuation paradoxale de la politique de libération du secteur de santé (ayant commencé à partir des années 90 du siècle dernier) et d'autre part

l'émergence des voix consensuelles des technocrates, des partis politiques et de la société civile, pour un accès équitable à des services de soins de qualité, sans aucune discrimination socioéconomique ou géographique, ce qui nécessiterait, par conséquent, la socialisation du régime d'assurance santé [5,6,8-10].

Les données économiques agrégées dans ce travail, à travers les rapports des comptes de santé pour la période étudiée, ont été centrées sur un seul axe de la triade de la Couverture Santé Universelle (couverture des coûts), ne permettant pas d'explorer, ainsi, les deux autres axes de couverture populationnelle et du spectre des services de soins. Cependant, la non socialisation des coûts de soins serait, à elle seule, un traceur prédictif de la non-conformité du système de santé, avec la politique de Couverture Santé Universelle, et un item associé d'une manière colinéaire, aux deux autres axes du trépied conceptuel et structural de la couverture sanitaire (population couverte et paquet de soins). La validité des données fournies dans ce travail et de ses conclusions, sont fortement liées à la validité des comptes de santé eux mêmes, qui malgré la rigueur de leur méthodologie et l'inter sectorialité de leur approche, ont été confrontés à plusieurs facteurs limitants, en rapport avec la non institutionnalisation, à ce jour, d'une structure d'économie de santé au Ministère de la tutelle, et la dispersion des comptabilités des dépenses de soins, entre de multiples ministères, secteurs, organismes et régimes. Ajoutons qu'en Tunisie, le système d'information sanitaire est à ce jour peu médicalisé, non standardisé, parcellaire, désintégré et mal informatisé. Les données

présentées dans ce rapport, seraient sous estimées dans le secteur de santé libéral, pour les activités de soins faiblement déclarées (activité privée complémentaire des universitaires) et non curatifs (soins préventifs et promotionnels).

Il ressort de l'étude des comptes de santé tunisiens, au cours du premier triennat de la post révolution, que le portrait du financement du système de santé a été caractérisé par une triade dangereuse pour sa survie, sa performance et son équité, menaçant les acquis cumulés au cours des dernières décennies: des dépenses chères par rapport à la croissance du pays, une contribution très excessive des ménages et une dérive marquée de la politique sociale de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, en faveur du secteur privé (et au détriment des hôpitaux publics).

A. Des dépenses de soins excessives par rapport à la richesse nationale

Avec une proportion des dépenses de soins par rapport à la richesse nationale, stabilisée au niveau de 7% de 2012 à 2014, la Tunisie a été bien positionnée par rapport aux pays voisins maghrébins, méditerranéens et africains. Cependant, la lecture comptable simpliste de ce taux, ne serait pas concordante avec une lecture managériale basée sur la performance du système de santé. Tous les indicateurs de satisfaction de la population, des usagers et des professionnels de santé, à l'égard des services de soins rendus, ne seraient pas concordants avec un taux des dépenses de soins, jugé « honorable » par les décideurs politiques et les experts comptables. Un tel « gap » entre le volume des dépenses de soins et sa qualité perçue par les acteurs, serait un indice soit d'un mauvais style managérial des structures de santé ou d'un défaut de transparence de leur gestion, ou de deux mécanismes à la fois. La forte médiatisation des nombreuses affaires de corruption du secteur de santé après la révolution tunisienne, témoignerait du croisement de la mauvaise gestion des services de santé avec un polymorphisme de la corruption sanitaire, entraînant un gaspillage énorme des ressources précieuses, pour un pays à revenu limité, comme la Tunisie. La non pertinence des soins dispensés, leur consommation excessive, leur faible conformité aux standards de qualité et de sécurité, la précarité des systèmes d'information sanitaire (opacité, absence de traçabilité, faible interopérabilité,...), l'absence des mécanismes de contrôle et de benchmark,...sont quelques facettes de la mauvaise gestion du système de soins, fournissant un terrain favorable à la corruption sanitaire, et augmentant ainsi, artificiellement, la facture de soins pour les contribuables (sans aucun impact réel

sur l'état de santé de la population).

Pour mieux comprendre la signification de la proportion des dépenses de santé par rapport au Produit Intérieur Brut d'un pays (indice de la richesse nationale), il faut la combiner à des indicateurs complémentaires telles que les dépenses de santé par habitant et par an, la proportion des dépenses socialisées de soins, la vitesse d'évolution des dépenses de soins par rapport à celles de la croissance économique. Avec une dépense annuelle de soins par habitant aux alentours du dixième de son revenu annuel moyen, un taux de dépenses publiques par rapport au PIB (Etat et caisses d'assurance) inférieur à 5 % et une évolution positive des dépenses de soins contrastant avec une tendance négative de la croissance économique ou sa stabilité, on ne peut que relativiser la fausse sécurité d'un tel taux de dépenses de soins et s'orienter vers l'analyse de la part effective (sans gaspillage) des dépenses de santé, ayant un impact réel sur la santé de la population. Dans les deux prochaines décennies, la Tunisie s'attendra à une augmentation exponentielle de ses dépenses de santé, secondaires à son vieillissement démographique, à l'accentuation de sa transition épidémiologique, à l'expansion du réseau des services de santé dans le secteur libéral, à la médicalisation de la population, à la diversification de ses attentes et au développement de la technologie médicale sur tous les plans: diagnostique, thérapeutique, palliatif et même préventif. Sans engagement institutionnel, professionnel et civil dans la lutte globale contre la corruption sanitaire et sans adoption d'une stratégie de rationalisation des soins de santé (en se référant aux données actuelles de la science et en activant des mécanismes d'audit clinique, de benchmark managérial), les dépenses de soins grimperont à un seuil ruinant les caisses d'assurance maladie, appauvrissant la population et éclatant la stabilité de l'Etat.

B. Contribution excessive des ménages

Le deuxième fait dramatique documenté par les comptes tunisiens de santé, durant les trois premières années de la post révolution, a été celui de la contribution excessive des ménages dans les dépenses de santé (concomitante avec la continuité du désengagement de l'Etat à l'égard de la santé et la stagnation des inputs des caisses d'assurance maladie). En effet, en Tunisie, environ 40 % des financements des soins ont été supportés par les familles, directement de leurs poches (out of pocket), soit deux fois plus le seuil toléré pour prévenir les conséquences « catastrophiques » [11] des dépenses de santé, sur l'équilibre financier des ménages. En absence d'une socialisation préalable de la santé (par l'impôt et ou par les cotisations), les soins dispensés par

exemple, à une mère porteuse d'un cancer du sein ou à un père victime d'une fracture du col de fémur, peuvent faire basculer des familles entières vers la pauvreté et condamner des enfants à la famine et à la délinquance. Les paiements directs des frais de soins pourraient constituer un obstacle à l'accès aux structures de santé, freinant ou retardant le recours aux soins et entraînant par conséquent, l'aggravation de l'état de santé (ce qui entraîne une consommation supplémentaire de soins). Cette contribution excessive des ménages dans la charge directe des soins est une véritable menace à la santé de la population générale et à la paix sociale dans les pays fragilisés par les changements sociopolitiques.

Ce taux de paiements directs de soins par les ménages, d'environ 40%, dépassant ceux des pays à revenu similaire (une moyenne de 28%) et de l'ensemble des pays de l'OCDE (environ 20 %), serait la conséquence d'une multitude de facteurs dont essentiellement:

- L'exclusion de certaines couches de la population (environ un tunisien sur cinq) d'un régime d'assurance maladie, les obligeant de payer directement et intégralement les couts de soins, en cas de besoin (des couts effectivement « catastrophiques » en cas de réanimation médicale ou de soins oncologiques)
- Les « déserts » de spécialisation médicale dans les structures publiques, de la grande région de Sud-ouest tunisien, condamnant la population à un « choix forcé » entre deux scénarios financièrement hémorragiques: payer les déplacements des patients et de ses visiteurs aux hôpitaux publics des zones universitaires voisines ou payer des cliniques privées de plus en plus implantées dans les régions défavorisées (fournissant des soins spécialisés de proximité).
- La non satisfaction globale de la population à l'égard de la qualité des services rendus par le secteur public, en ce qui concerne les dimensions relationnelles et logistiques (accueil peu empathique, rendez vous des soins lointains, séjour hospitalier inutilement long, salles d'hospitalisation encombrées, saturation de certains services, grèves prolongées des médecins en formation, ..), témoignant de sa faible attractivité, particulièrement pour la population jeune et citadine.
- Départ massif des cadres de santé spécialisés, vers le secteur privé (ou à l'étranger), après des dizaines d'années de pratique publique, créant une véritable « désertification » des structures de santé publiques (parfois intentionnellement planifiée), orientant, par conséquent, les usagers vers les services de soins privés.
- Le détournement (parfois explicite et programmé)

des patients consultants ou hospitalisés dans les structures publiques, vers le régime de l'Activé Privé Complémentaire, assurant (parfois au sein même des établissements hospitaliers) des délais de soins plus courts, moyennant des paiements directs d'un réseau de professionnels de soins salariés !, créant ainsi, après une révolution sociale !, une médecine hospitalière publique à deux classes!, en pleine floraison !

C. Une « Caisse Nationale d'Assurance Maladie » détournée vers le privé

Le troisième constat paradoxal, documenté par les Comptes de Santé en Tunisie, en post révolution, a été la continuité d'orientation, d'environ 50 % des financements de soins de la CNAM, vers les services de santé du secteur libéral (particulièrement les pharmacies d'officine, les cliniques interventionnelles, essentiellement cardiologiques, et les centres d'exploration radiologique). Cette orientation stratégique a été opérationnalisée par la diversité des régimes d'affiliation à la CNAM, encourageant les pauvres, les ruraux et les seniors à choisir la « filière publique », et les riches, les citadins et les jeunes à préférer la « filière privée ». Cette « multitude » des régimes d'assurance maladie, dans une Caisse « nationale », a abouti à un effet pervers par rapport aux principes de solidarité, de mutualisation et de socialisation des risques, sur lesquels se construisent les concepts des assurances publiques. Les affiliés de faible revenu (plus nombreux et plus nécessiteux) contribuent d'une manière absurde au paiement des soins des affiliés de la catégorie des revenus élevés, dans les structures de santé privées (pour des soins plus couteux, parfois inutiles et souvent mal audités).

Cette orientation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, vers le remboursement des soins dispensés au secteur libéral, a encouragé, aussi bien les usagers que les prestataires, à utiliser des services de soins privés, de plus en plus géographiquement accessibles, techniquement développés et humainement fournis, au détriment des services de soins publics, de plus en plus sinistrés par le manque de compétences spécialisées, des équipements modernes et des procédures managériales requises. La faible attractivité du secteur publique de santé (même des services universitaires !) et la « fuite » des médecins spécialistes (dont les universitaires !) vers le secteur de santé libéral, seraient en grande partie, la conséquence logique d'un mode de financement de soins et de rémunération des soignants, significativement plus favorable pour les structures privées et pour leurs employés. Le « sur » financement des services de santé

du secteur privé, a été associé à un « sous » financement manifeste des services publics, dont essentiellement les hôpitaux universitaires, devenant incapables de remplacer leurs équipements amortis et parfois obsolètes, annulant des programmes de soins, en conséquence de la pénurie des dispositifs médicaux, ou demandant aux familles, de se procurer parfois des médicaments en conséquence de rupture de stocks. Ainsi, les conditions d'exercice hospitalier public, sont devenues difficiles pour les professionnels de santé, aussi bien pour les « seniors », regrettant le bon vieux temps de la santé publique, que pour les « jeunes », aspirant à une pratique médicale plus digne (et plus confortable) par rapport aux données actuelles de la « Science », de la « Technologie » et du « Management ».

Ainsi, en conséquence de ce « paradoxe paradoxal » (sur financement du privé et sous financement du public, par une caisse nationale d'assurance !), un cercle vicieux s'est établi, dans le système de santé tunisien. La CNAM, censée consolider le secteur public des soins (garant de la santé de la population et locomotive de l'excellence sanitaire), renforce la viabilité et le progrès des services de soins privés, améliorant ainsi, sa grande attractivité aussi bien pour les usagers que pour les professionnels. Les « casernes blanches publiques », désertées par les patients et par les médecins, ont été substituées par des cliniques privées, en pleine floraison, ce qui a entraîné par conséquent, plus de dépenses de soins, supportées par la Caisse Nationale d'Assurance (et aussi par les poches des familles).

Ajoutons que le centrage de la CNAM, sur la « maladie », a privé le système national de santé, basé sur le remboursement des soins, de l'investissement dans la construction des nouvelles structures de santé, parfois plus efficaces et économiquement plus rentables. Les dépenses de création d'une salle de cathétérisme cardiaque dans un service public de cardiologie, et l'équipement d'un service hospitalier d'imagerie par résonance magnétique, par exemple, pourraient être amorties, après une seule année de remboursement des frais des soins dans le secteur libéral. Le monopole conceptuel de la « maladie », a réduit les chances de la population générale, de bénéficier des soins préventifs et promotionnels protégeant leur santé et améliorant leur style de vie « healthy ». Il a été prouvé depuis des dizaines d'années que les dépenses de santé dans les activités de soins préventifs (vaccination, dépistage, surveillance épidémiologique, hygiène, éducation pour la santé et éducation thérapeutique), sont non seulement justifiées par le bon sens (il vaut mieux prévenir que guérir), mais aussi elles sont économiquement rentables. Il serait

absurde par exemple de rembourser des soins pour une série de facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie), sans s'intéresser à la promotion du style de vie sain, à travers une campagne de marketing social sur l'activité physique, l'alimentation équilibrée et le sevrage tabagique. La domination du modèle de soins « curatif, libéral, individuel », dans le mode de fonctionnement actuel de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, a non seulement marginalisé les soins préventifs, publics et communautaires, mais aussi, a délaissé la prise en charge du triangle de l'excellence du système national de santé: la formation des professionnels de santé (formation pré et post graduée, développement professionnel continu), la recherche sur le système de santé (épidémiologique, clinique et opérationnelle), et l'appui à la performance des structures de santé (gouvernance, management, benchmark).

Le détournement de la mission sociale de la CNAM, ayant démarré au cours des années sombres de l'avant révolution, sous pression d'un réseau politico-économico-médical, a été orchestré par une série de mesures administratives et législatives, ayant réussi à dissocier les fonctions de « financement », de « prestation » des soins et les fonctions de « dispensation », de création des « capitaux » de soins. La CNAM, a été poussée dans une approche anti sociale, antagoniste au paradigme de l'assurance risque (solidarité sociale face au risque), aboutissant successivement à la ruine des familles (ne supportant plus les paiements directs des soins), à l'agonie du secteur public des soins (actuellement un choix par défaut pour les patients, pour les professionnels de soins, et pour les managers). La survie du secteur public de soins (condition déterminante de la santé de la population tunisienne) est fortement liée à la performance de la Caisse Nationale d'Assurance Santé...La sauvegarde de la CNAM, son appui et son renforcement sont aujourd'hui les premiers chantiers de la Santé Publique et de tous ses militants, depuis l'adoption de la politique des soins de santé de base (santé pour tous) jusqu'à l'article 38 de la constitution de la révolution (droit à la santé).

En conclusion, les premiers exercices des Comptes de Santé, après la révolution tunisienne, nous laissent penser que ce n'est pas la complexité de leur calcul qui a retardé leur déroulement d'une manière systématique, régulière et institutionnelle, surtout après la création de la CNAM, mais ce sont plutôt les informations générées sur les désastres financiers du système national de santé, éventuellement choquantes. De telles données pourraient prédire la mise à genou de l'Assurance maladie, sa faillite et sa substitution par un autre modèle de couverture des risques de santé, profitant de la « maladie », géré par des

assureurs « privés », des « vendeurs » de santé et des « espaces de distribution » des soins, partageant tous le même paradigme de « profit ».

Ainsi, avec une proportion des dépenses de soins dépassant 7%, pour un pays à revenu intermédiaire, en phase des multi crises post révolutionnaires, dont 40 % ont été supportées directement par les poches des ménages, particulièrement dans les officines, les cliniques et les centres diagnostiques privés (un taux deux fois plus élevé que le seuil des dépenses catastrophiques), avec une orientation, seulement de moins de la moitié des ressources de la CNAM, au financement des structures publiques de santé, expliquant les difficultés de gestion des activités de soins, de formation et de recherche, de renouvellement des équipements et de développement des nouvelles infrastructures, nous ne pourrions que sonner les cloches de la faillite du système de financement des soins, et la démolition du système national de santé, si un plan d'urgence du financement des soins ne sera pas immédiatement lancé.

D'une manière globale, le schéma actuel de financement des soins en Tunisie, contrairement au discours officiel des décideurs (politiciens et syndicalistes), est axé sur le secteur libéral des soins, en mobilisant la moitié des ressources de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et en surexploitant les capacités des ménages, dans le paiement direct des soins, pour l'approvisionnement des biens médicaux (médicaments et dispositifs) et lors des hospitalisations dans des cliniques privées de haut standing. En dehors d'une intervention de réajustement, soutenue par une politique fidèle aux valeurs de l'équité, de la solidarité et de justice sociale, par une société civile avertie du désastre de la démolition progressive des structures publiques de santé et par une communauté de professionnels de santé socialement responsable, le système de santé tunisien avancera à pas des géants vers une privatisation sauvage, sous les bruits des discours politiques trompeurs de « Couverture Santé Universelle » et de « droit à la santé », avec le financement absurde de la Caisse Nationale d'Assurance « Maladie » et l'appui d'une population manipulée, pensant bien agir, lorsqu'elle agresse au quotidien, les « blouses blanches » et cassent les équipements médicaux, exclusivement dans les structures de soins publiques !

Afin de prévenir la faillite du secteur public de santé (édifice construit par les sacrifices de nombreuses générations) et le triomphe d'un système de soins sauvagement libéral (finissant par nuire, à moyen et à long termes, à ses acteurs et à leurs familles), et afin de consolider les derniers bastions du système national de santé et ses derniers guerriers, un consensus technocratique,

politique et social devrait s'établir autour d'une feuille de route garantissant un financement socialisé des soins, garant d'un système national de santé, fournissant un accès universel, à un paquet minimum des soins de qualité pour toute la population, indépendamment de son revenu et de sa résidence (encadré n°2). La refonte de la CNAM, démarrant sa deuxième décennie, est une urgence managériale vitale, pour la santé des tunisiens d'aujourd'hui et de demain, selon les experts, les représentants de la société civile et les chercheurs universitaires (annexes 1-5). Les experts de l'ATDDS (8) ont plaidé pour « une réforme majeure de la CNAM visant à mettre en œuvre un système de couverture santé universelle ». Le dialogue sociétal [9] a lancé un appel pour « Instaurer une filière unique qui garantit l'accès universel aux structures sanitaires publiques et gérer ou intégrer l'AMG (Assurance Médicale Gratuite) par/dans la CNAM ». Quant aux académiciens, ils rappellent tous les acteurs que « l'enjeu est au final important, c'est assurer la pérennité du système d'assurance maladie pour la génération actuelle, mais surtout pour les générations futures » [10].

Encadré n° 2 : Feuille de route pour la socialisation du système de financement des soins, et la sauvegarde du système national de santé en Tunisie

1. Consolider les **fonds** publics des ressources financières pour les soins, en améliorant et en diversifiant les paiements préalables: impôts, cotisations et contributions des fondations
2. Orienter la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) actuelle vers la couverture universelle des risques de santé et la promotion du style de vie sain : Caisse Nationale d'Assurance Santé (**CNAS**)
3. Elargir la « **Couverture Santé Universelle** » et **obligatoire, de la population entière, par la « Caisse Nationale d'Assurance Santé », indépendamment** de ses statuts, de ses professions et de leurs résidences.
4. Fusionner la gouvernance des structures de santé (de tous les secteurs: public, semi public et privé) et des caisses d'assurance des risques de santé, au même Ministère de **tutelle**
5. Unifier les filières de soins dans un seul **parcours** de soins: global, intégré, garantissant le paquet minimum des soins efficaces et de qualité, pour tous, et dans les structures publiques
6. Renforcer les capacités des services publics de référence (création, équipement, formation, recrutement, ..) dans les domaines de la dispensation des soins de haute technicité, de formation des cadres de santé et de recherche médico-économique sur le système de santé
7. Développer les soins **préventifs** (vaccination, dépistage, éducation, ..) à tous les niveaux de soins et leur dédier des structures de proximité d'examen périodique de santé et de monitoring des facteurs de risque
8. Institutionnaliser une structure de calcul, de monitoring et de communication des **comptes** nationaux de santé, d'une manière indépendante et transparente
9. Développer le système **d'information** sanitaire afin de permettre, d'une manière instantanée, de suivre le parcours des soins des usagers, leur consommation des soins ainsi que la conformité des prestations de soins par rapport aux bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques
10. Mise en place une agence nationale de développement des référentiels de soins « **evidence based** », de benchmark des prestataires des soins et d'appui à la **performance** des structures de soins

Remerciements

Les auteurs remercient vivement d'une part l'équipe de l'Unité de Recherche UR12SP36, pour sa contribution à la conception, à l'élaboration et à la révision du manuscrit de cette étude et d'autre part *tous les membres de la commission des Comptes de la Santé dont particulièrement messieurs et mesdames HANCHI Zied (Caisse Nationale*

de l'Assurance Maladie) ; ANSI Olfa, HAJ AMOR Sina, HARRABI Henda (Institut National des Statistiques) ; BEN SAID Houda, LADJIMI Raoudha (Direction Générale des Structures Sanitaires Publiques ; BLEL Imen, CHAHED Houda (Centre de Recherches et des Etudes Sociales ; CHTIOUI Mohamed Karim (Ministère de la Défense) ; HSSINE Rim (Direction Générale des Services Communs); LASSOUED Fatma (Institut National de Santé Publique) ; LOUNISSI Atef (Direction des Soins de Santé de Base) ; MRIMED Ismail (Direction de la Pharmacie et du Médicament) ; REJEB Basma (Direction des Etudes et de la Planification) ; SAKKA Nabil (Ministère de l'Economie et des Finances)

ANNEXE 1 [5]:

Les défis du système de santé tunisien à l'aube de la révolution 2011

Source : Achour N. Le système de santé tunisien : état de lieux et défis (2011)

L'analyse des forces et faiblesses du système de santé tunisien le mettent dans l'obligation de se développer dans le but de maintenir ses acquis et faire face aux mutations épidémiologiques, démographiques, sociologiques, et celles liées à l'environnement international et aux contraintes économiques qui pèsent sur lui. Pour ce faire, il doit, à notre avis, s'attacher à relever les défis suivants:

Défi I: Réduire les déséquilibres entre les régions par l'harmonisation de la carte sanitaire et le ciblage des zones de l'Ouest et du Sud. Ce ciblage devrait concerner aussi bien les infrastructures, les équipements que le personnel et les moyens financiers de fonctionnement des structures et des opérateurs publics et privés. ce qui implique la nécessité de procéder à

a) un inventaire exhaustif de l'infrastructure et des équipements existants incluant leurs nombres et leurs fonctionnalités.

b) Elaborer un programme de réhabilitation urgent visant essentiellement les structures de santé de base.

c) Elaborer un programme de rééquilibrage de la carte sanitaire tenant compte des besoins effectifs des régions et basé sur une filière de soins et de normes de fonctionnement consensuelles

Défi II: Mettre en place des outils efficaces de régulation. Cette régulation doit concerner :

a) L'équilibre entre le secteur public et le secteur privé.

Dans ce cadre il y a lieu procéder à l'élaboration de procédures et des incitations pour favoriser l'installation des professionnels libéraux à l'intérieur du pays et à la définition des conditions d'utilisation coordonnée des moyens disponibles dans l'un des secteurs par l'autre.

b) L'équilibre entre l'approche préventive et l'approche axée sur les soins curatifs avec un accent particulier sur la prévention non médicale et la promotion de la santé d'où la nécessité de procéder à une révision en profondeur des programmes nationaux dans l'objectif de consolider les programmes classiques de lutte contre les maladies transmissibles et de renforcer les programmes ciblant les maladies chroniques et dégénératives et les autres périls émergents.

c) L'adéquation entre la formation et l'emploi des professionnels de la santé tenant compte de la capacité réelle du marché de l'emploi et non de la demande sociale ou des capacités de formation. Cet aspect est crucial vu le développement plus au moins contrôlé de la formation dans les structures privées.

Défi III: Améliorer la qualité des prestations ce qui implique de s'attaquer aux problèmes de :

a. La qualité de la formation et de son adaptation aux besoins réels de la population. Dans ce cadre la formation médicale doit être revue en profondeur dans la perspective de favoriser une formation de base polyvalente de qualité aboutissant à la médecine de famille.

b. Elaborer une stratégie nationale en matière d'utilisation des technologies médicales et des moyens coûteux de traitement et de prise en charge des malades, ce qui nécessite la redéfinition de la notion de liberté de prescription.

c. Elaborer une politique de recherche médicale axée sur la recherche épidémiologique et clinique appliquée en concordance avec la situation sanitaire et les capacités financières du pays.

d. L'amélioration des conditions d'accueil et de séjour dans les structures publiques et l'encadrement des tarifs dans les structures privées.

e. La révision des procédures de gestion des structures publiques avec plus d'autonomie et de responsabilisation des différents acteurs du système hospitalier

Défi IV: Sécuriser l'approvisionnement du pays en médicaments et dispositifs médicaux par:

a. le développement de l'industrie locale des médicaments et la coordination entre les industriels publics et privés pour garantir la couverture des besoins en médicaments stratégiques.

b. Le maintien du monopole de la pharmacie centrale de Tunisie en matière d'importation des médicaments et vaccin.

Défi V: Assurer un financement pérenne et équitable ce qui nécessite :

a. L'évaluation des modalités d'intervention de la CNAM en matière de prise en charge des soins ambulatoires et hospitaliers et de son rôle dans le financement de la prévention.

b. L'étude de la question du partage des charges et du niveau des dépenses de santé par rapport au PIB ainsi que des taux de cotisation à l'assurance maladie obligatoire.

c. La révision des modalités d'attribution des cartes de soins gratuits.

d. L'approfondissement de la question du mode de paiement des prestataires en particulier de rémunération des professionnels de la santé et de la motivation des professions de la santé exerçant dans le secteur public.

Défi VI: Répondre à l'exigence démocratique en matière de la participation de la population à la gestion du système de santé ce qui implique une redéfinition et une mise en place effective de :

– La décentralisation de la gestion

– La participation de la population dans la définition des besoins, l'évaluation des programmes ce qui implique une nouvelle vision en matière de processus de planification et du processus de reddition des comptes. – Les modalités de participation les professionnels dans la définition des politiques.

Défi VII: S'intégrer dans son environnement régional et international en matière de commerce des biens et services de santé particulièrement en ce qui concerne l'industrie des médicaments et des biens médicaux, de recherche de sécurité sanitaire et de contrôle de qualité des biens et services de santé.

ANNEXE 2 [8] :

Le droit d'accès aux soins sans difficultés financières pour les usagers

Source : Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé (ATDDS).

Rapport sur le droit à la santé en Tunisie (2016).

Pour assurer le droit d'accès à des soins de qualité, sans difficultés financières pour les usagers, il faut mettre en œuvre dans le cadre d'une réforme globale de la santé, une réforme du financement de la santé basée sur les axes suivants :

1- Augmenter les ressources consacrées à la santé et

diminuer la part des dépenses directes des ménages.

- a. Augmenter les dépenses publiques de santé (État+ CNAM) pour arriver à au moins 5% du PIB.
- b. Réduire la part des dépenses directes des ménages dans les Dépenses totales de Santé à un taux inférieur à 20%.
- c. Améliorer le budget du Ministère de la santé (hors ressources propres des établissements de santé) pour atteindre un niveau de 7% du budget de l'État. Différentes propositions peuvent être envisagées pour mobiliser des ressources additionnelles pour la santé.

2- Procéder à une réforme majeure de la CNAM visant à mettre en œuvre un système de couverture santé universelle.

- a. Mettre en place des mécanismes d'extension de la couverture du risque maladie, dans le cadre de la réforme de la CNAM, aux personnes actuellement non couvertes.
- b. Intégrer l'AMG dans la CNAM pour assurer l'équité entre tous les citoyens. La notion d'indigent et d'AMG doit disparaître et être remplacée par la notion de couverture santé universelle (CSU). Les critères d'attribution de la gratuité des soins évoquée dans l'article 38 de la Constitution « pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes » doivent être précisés et respectés.
- c. Réviser les filières de la CNAM, renforcer la place et le rôle du médecin de famille public et privé et supprimer la filière du remboursement.
- d. Procéder à une évaluation du panier de soins offert par la CNAM et le réviser en fonction des priorités de la stratégie nationale de santé.
- e. Moderniser et rationaliser la gestion de la CNAM pour corriger en particulier les graves insuffisances constatées dans le dernier rapport de la Cour des comptes.

3- Améliorer l'efficacité du système de financement de la santé et rationaliser les dépenses de santé dans le secteur public et le secteur privé.

- a. Rationaliser les investissements dans le secteur de la santé par la mise en place d'une carte sanitaire et de mécanismes de régulation de l'offre de soins publique et privée, en accordant la priorité aux régions défavorisées.
- b. Élaborer et mettre en œuvre une stratégie sectorielle de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé.
- c. Mettre en place une politique du médicament et des technologies de santé et promouvoir une liste de médicaments essentiels.
- d. Augmenter les ressources consacrées au budget de fonctionnement du secteur public et prévoir les allocations nécessaires pour financer les programmes de promotion de la santé.
- e. Introduire des normes de bonnes pratiques et des référentiels de traitement, pour améliorer la qualité

et l'efficacité des services dans le public et dans le privé et en faire la base de la prise en charge par la CNAM.

ANNEXE 3 [9] :

Orientations pour la réforme du système de financement de la santé en Tunisie.

Source : Comité technique du dialogue sociétal
Propositions soumises à la Conférence Nationale de la Santé. Tunis (2014)

O1. Mobiliser des ressources additionnelles pour la santé

Lors des rendez-vous citoyens, les participants ont été unanimes pour reconnaître le sous-financement du secteur et pour proposer diverses formes de mobilisation de ressources additionnelles, surtout de nature fiscale et parafiscale, ainsi qu'une utilisation plus efficace des ressources disponibles. En appelant à la nécessité de réviser la politique fiscale et de lutter contre l'évasion pour mobiliser plus de ressources pour la santé, ils réclament plus d'équité dans la répartition des ressources entre les régions.

O2. Revoir l'allocation des ressources pour mieux l'aligner aux priorités stratégiques entre « niveaux » et « secteurs »

Pour une utilisation plus efficace des ressources disponibles, il est important de veiller à :

- Assurer l'allocation des ressources aux établissements de santé de manière rationnelle en s'appuyant sur des données précises (normes, carte sanitaire réelle et officielle...) pour ne pas aggraver les déséquilibres intra et interrégionaux et ne pas contribuer au flux migratoire régulier du personnel des zones défavorisées vers les zones plus aisées.

- Doter les soins de santé de base, priorité nationale et axe stratégique de la politique sanitaire visant à assurer un accès universel aux soins, des ressources adaptées aux besoins.

- Garantir un partage des financements entre les Etablissements Publics de Santé et les Hôpitaux Régionaux (financés essentiellement par la CNAM) et les hôpitaux de circonscription et les groupements de santé de base (financés par les subventions budgétaires) selon des critères plus efficaces pour éviter les distorsions.

- Réadapter les critères et les mécanismes de remboursement des dépenses de santé par la CNAM pour les secteurs public et privé afin de favoriser une dynamique harmonieuse et complémentaire pour les deux secteurs.

O3. Revoir les mécanismes d'achat des prestataires de services pour inciter à une plus grande performance

(volume, coordination, qualité, efficience)

Pour inciter à plus de performance, il est nécessaire de développer des mécanismes de paiement mixtes et de rémunérer sur la base d'une meilleure connaissance des coûts réels. La révision des modes de paiement des prestataires se fera en parallèle à la révision des rôles et missions des différents « niveaux » de soins et secteurs, et de la définition de normes de bonnes pratiques et des référentiels de traitement, entre autre sur le parcours de soins et autour des trois niveaux de soins (1ère, 2ème et 3ème lignes). En outre, cette révision des modes de rémunération devra aller de pair avec un renforcement de la régulation pour l'application des tarifs conventionnels par tous et pour assurer le suivi des factures par la CNAM.

O4. Instaurer une filière unique qui garantit l'accès universel aux structures sanitaires publiques et gérer ou intégrer l'AMG par/dans la CNAM

Les jurys citoyens du dialogue sociétal se sont montrés unanimes : ils demandent avec force de : « Veiller à l'application du principe de l'égalité de tous les adhérents à la CNAM à travers l'instauration d'une filière unifiée qui garantit l'accès aux structures sanitaires publiques, avec la possibilité d'accéder à une filière privée en contrepartie d'un paiement d'un ticket modérateur » et à « intégrer l'AMG dans la CNAM pour consacrer les principes inscrits dans la constitution que sont la justice sociale et la santé pour tous ». Dans la perspective d'un socle unique de la CNAM, il convient de « mettre en place un système d'assurance complémentaire facultatif (non obligatoire), en contrepartie d'une augmentation de la cotisation de l'assuré social »

O5. Repenser la complémentarité public-privé et les mécanismes d'accès financier au privé de façon à optimiser le rôle du privé tout en établissant un équilibre entre secteurs

Conduire les deux secteurs pour un partenariat nécessite :

- De repenser l'intérêt du patient et éviter les réticences de part et d'autre qui sont basées sur des préjugés et des suspicions, malheureusement renforcés par des pratiques déviantes observées, où chacun voit l'autre comme un concurrent et non comme partenaire.
- D'assurer une bonne gouvernance en levant les obstacles administratifs et législatifs, actuellement dépassés, en s'orientant vers une décentralisation, en accordant une autonomie financière et décisionnelle aux régions qui sont les mieux placées pour définir leurs besoins en ressources humaines, financières et en équipements.
- Mettre en place des mécanismes de suivi et évaluation pour prévenir les conflits d'intérêts, éviter les dérapages faisant participer ministère, ordres, syndicats mais également le citoyen qui reste le meilleur contrôleur.

O6. Définir, sur base de critères objectifs, un panier de services essentiels, qui seront effectivement disponibles et de qualité pour tous Il est donc nécessaire, au préalable, de définir de manière explicite un « panier de services essentiels »

Ces services devront être tous effectivement disponibles et de qualité, dans les institutions publiques adéquates (CSB, HC, HR, et EPS en fonction des rôles et missions de chacune). Le jury citoyen a cependant également mis en avant la nécessité de couvrir des domaines nouveaux (ou actuellement mal couverts) tels que: « Les consultations à domicile pour les personnes âgées et pour ceux qui ont des besoins spécifiques » ; « le renforcement du secteur de la médecine scolaire et universitaire tout en élargissant ses domaines d'interventions particulièrement en matière de santé mentale » ; « Un système d'intervention et de transports urgents performant et permanent (couvrant les 24h) desservant toutes les régions du pays ».

ANNEXE 4 [10]

La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale: l'exemple du système tunisien d'assurance maladie

Source : Karim Chayata. Thèse à l'Université de Renne (2013)

Le système tunisien d'assurance maladie concrétise à sa manière l'idée de solidarité nationale. La réforme de 2004 est à cet égard une avancée importante, par rapport à la situation antérieure. Cependant et au terme de cette recherche une évidence s'impose: l'ambition de départ, exprimée dans la réforme et notamment dans l'article premier de la loi 2004-71 se heurte à un résultat qui laisse tout chercheur dubitatif. Le système ainsi créé, maintient les principales faiblesses de la situation d'avant 2004, en les limitant souvent mais en les aggravant parfois. Les prestations de l'assurance maladie demeurent insuffisantes et les prises en charge ne sont pas uniformes. La médecine à double vitesse, que la mise en chantier de la réforme de 2004 voulait limiter, est non seulement maintenue, mais devient partie intégrante du système d'assurance maladie. Nous avons démontré à travers cette recherche que les trois filières de prise en charge constituent en réalité une modulation de la solidarité nationale en fonction du niveau de vie des assurés sociaux. La mise à niveau de l'hôpital public qui devait, par ailleurs, accompagner la réforme ne s'est toujours pas concrétisée et une bonne partie de la population est toujours exclue du champ d'application du système. C'est que la solidarité nationale ne constitue pas le seul paramètre du système d'assurance maladie,

plus que ne l'est le principe d'égalité exprimé dans l'article premier de la loi 2004-71. Une logique mercantile sous-jacente existe dans tout système d'assurance maladie. L'ouverture de ce système en Tunisie au secteur privé sanitaire nourrit cette logique et met à jour l'antagonisme des intérêts qui gouverne l'assurance maladie. Du côté du prestataire privé de soins, le modeste assuré social, n'est plus & grâce à la réforme- nécessairement insolvable. C'est un patient à attirer consciemment ou inconsciemment car il est désormais mieux assuré et donc bon payeur. Certes, qu'un prestataire privé de santé soit intéressé par la logique mercantile du système est largement compréhensible, cependant cette recherche a démontré que le système d'assurance maladie n'implique pas assez les prestataires privés de soins dans la logique de solidarité. Ces prestataires ont même réussi à orienter une partie de la réforme dans le sens voulu par eux. L'existence d'une filière de remboursement, offrant un niveau de prise en charge identique au tiers payant, tout en laissant aux assurés sociaux la maîtrise de leurs parcours de soins, en est un exemple parmi d'autres. Quant au mécanisme conventionnel régissant les rapports entre la CNAM et ces prestataires de soins, cette recherche a mis en évidence son caractère peu contraignant. Le contrôle médical, pourtant renforcé par la réforme de 2004, n'atténue pas cette faiblesse. Le caractère pas assez contraignant des tarifs conventionnels et surtout l'absence de véritables mesures répressives en cas de leur dépassement est une illustration de cette faiblesse. Les prestataires privés de soins sont pour l'instant les principaux bénéficiaires de la réforme du système tunisien d'assurance maladie. Plus globalement, la réforme de 2004 en refondant la solidarité nationale en matière sanitaire souffre au final d'un déficit d'innovation sur plusieurs niveaux. Le premier est institutionnel avec une CNAM reproduisant le modèle de la caisse sociale éprouvé en Tunisie et ailleurs depuis plus d'un siècle. Repenser ce modèle en allégeant ses structures administratives, en élargissant la représentativité de tous les acteurs de l'assurance maladie et en associant dans sa gestion la collectivité nationale et les membres de la société civile constitue des pistes à explorer. Le deuxième déficit d'innovation est conceptuel puisque la réforme de 2004 aboutit à un système ambigu, difficile à situer. Se voulant affranchie de la sécurité sociale, l'assurance maladie y maintient tout de même des liens forts au niveau de l'affiliation et du contentieux. Partie intégrante de la politique sanitaire du pays, l'assurance maladie à travers la réforme de 2004 est sans impact réel sur le fonctionnement et l'organisation sanitaire du pays. Pourtant nous considérons que les instances de l'assurance maladie ont vocation à réguler

le système de santé du pays ou au moins y participer. Les usagers du service publics de la santé sont dans leur écrasante majorité des affiliés de l'assurance maladie. Cette dernière est en outre incontournable en matière de financement de la santé. Et c'est justement à ce niveau que se situe le troisième déficit d'innovation, puisque la réforme de 2004 a choisit de maintenir un modèle classique de ce financement, à savoir la cotisation se contentant d'augmenter et d'uniformiser ses taux. Pourtant toutes les études le démontrent, ce modèle de financement ne pourra plus dans un avenir très proche assurer les dépenses du système. Envisager des nouvelles formes de financement s'impose dès maintenant d'autant que le vieillissement de la population tunisienne, désormais inéluctable, aggravera la situation avec une population moins cotisante mais plus consommatrice en produits et services de santé. L'effort de maîtrise des dépenses en matière de santé constitue le corollaire indispensable à l'innovation en matière de financement. A ce niveau également il est indispensable d'impliquer la collectivité nationale, les collectivités territoriales et la société civile. L'adéquation entre la solidarité nationale et le système d'assurance maladie, supposé en découlant, aura ainsi des chances d'être réalisé. L'enjeu est au final important, c'est assurer la pérennité du système d'assurance maladie pour la génération actuelle, mais surtout pour les générations futures.

ANNEXE 5 [6]:

Quels chemins vers la couverture sanitaire universelle : Considérations politiques

Source : Ministère de la Santé (2015)

Section 1 : Quels progrès dans la mobilisation des fonds et en particulier des fonds publics (prépayés)?

La transition épidémiologique et démographique observée en Tunisie associée à l'extension de la couverture sanitaire constitue l'un des facteurs qui expliquent l'accroissement des dépenses de la santé. L'accélération de cette transition nécessitera des ressources supplémentaires pour la santé. Deux façons existent pour augmenter les fonds publics nationaux pour la santé: attribuer d'avantage de ressources financières existantes à la santé, à travers la cotisation à la CNAM (plus d'affiliés ou taux de cotisation relevé) ou trouver des mécanismes innovants de collecte de fonds (tels que les taxes sur les produits nocifs pour la santé).

Section 2 : Quels progrès dans la réduction des paiements directs ?

La réduction des paiements directs des ménages à des niveaux cohérents avec des risques financiers acceptables (20% des dépenses totales de santé) ne peut se faire que moyennant une augmentation significative des fonds publics alloués à la santé. Les produits pharmaceutiques constituent le domaine sur lequel il faudra agir si l'on désire faciliter l'accès aux soins et éviter les dépenses dites «catastrophiques» ou le risque de paupérisation... S'il convient de réduire la part à charge des ménages, les tickets modérateurs continuent à jouer un rôle de responsabilisation des citoyens.... Les politiques de participation doivent prévoir cependant des exonérations pour les populations précaires et des maximums à facturer pour tous pour ne pas déboucher sur des situations de renoncement aux soins et de paupérisation.

Section 3 : Quels progrès pour les services couverts? *L'amélioration de l'offre dans les structures publiques de santé peut récupérer une partie de la demande de soins actuellement assurée dans le secteur privé,*

ce qui contribuerait à la rationalisation des dépenses publiques de santé et à un meilleur ciblage en faveur des populations et zones défavorisées, notamment la revalorisation des soins de santé primaires. Les maladies non transmissibles, associées au poids des déterminants sociaux de la santé, représentent le défi majeur auquel est confronté le système de santé. Ces enjeux liés à la prévention de la santé appellent à l'élaboration d'une politique adaptée de promotion de santé et de lutte contre les facteurs de risque de ces maladies, tels que le tabagisme, la sédentarité et les mauvaises habitudes

alimentaires. La santé dans toutes les politiques réalise cet objectif, en encourageant les approches intersectorielles en matière de gestion, de coordination et d'action

Section 4 : Pour aller plus loin: des gains d'efficience allocative et technique

Une meilleure utilisation de la capacité hospitalière de la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne aura un effet positif important sur l'efficience globale des dépenses publiques de santé. L'amélioration des hôpitaux publics se fera par la révision des tarifications des actes dans les structures sanitaires publiques et la mise en œuvre de financement basé sur la performance. La médicalisation du système d'information hospitalier public et la mise en place d'une comptabilité analytique hospitalière sont des pré requis. Les données doivent être étudiées avec l'ensemble des parties prenantes pour mieux comprendre les raisons de ces dépassements budgétaires et envisager ensemble des mesures visant à réduire le coût des médicaments sur le budget de la santé tout en assurant la disponibilité des médicaments nécessaires. Plusieurs pistes peuvent être exploitées :

- Maîtriser le poids des médicaments spécifiques ...
- Promouvoir l'évaluation des technologies de la santé et les études sur le rapport coût-efficacité pour la sélection, l'utilisation et l'évaluation des biens médicaux.
- Promouvoir les bonnes pratiques permettant l'usage rationnel des médicaments et produits pharmaceutiques
- Introduire les principes de régulation des médicaments sur la base de service médical rendu et de l'évaluation médico-économique

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Europe. Déclaration d'Alma Ata. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf?ua=1
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Soins de santé Primaires : maintenant plus que jamais. Genève: OMS ; 2008. URL : http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève: OMS ; 2000. URL : <http://www.who.int/whr/2000/fr/>
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. OMS ; 2000. URL : <http://www.who.int/whr/2010/fr/>
5. Achour N. Le système de santé tunisien : « Etat des lieux et défis ». Septembre 2011 http://www.unfpa-tunisie.org/usp/images/stories/pdfs/m2/Le_syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9_tunisien_NAchour.pdf
6. Ministère de la Santé. Quels chemins vers la couverture sanitaire universelle ? Tunis : Ministère de la Santé ; 2015
7. OECD, Eurostat & WHO. A System of Health Accounts 2011 (revised edition). Paris : OECD publishing ; 2017.
8. Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé (ATDDS). Rapport sur le droit à la santé en Tunisie. Tunis : Octobre 2016. <http://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>
9. Ministère de la Santé. Comité technique du dialogue sociétal. Pour une meilleure santé en Tunisie. Faisons le chemin ensemble. Propositions soumises à la Conférence Nationale de la Santé. Tunis, 2014. <http://www.hiarsaha.tn/upload/1409228805.pdf>
10. Chayata K. La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale : l'exemple du système tunisien d'assurance maladie [thèse]. Université Rennes 1, 2013. URL : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00864973/file/CHAYATA_Karim.pdf
11. K Xu, DB Evans, K Kawabata, et al. (2003): Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. The Lancet 2003 ; 362:111-7.
12. Organisation Mondiale de la Santé (Bureau régional Europe). Santé 2020 : cadre politique et stratégie. Copenhague : OMS Europe ; 2013.