

Tableau 1 Problèmes du système antérieur à la réforme et décisions prises après le changement

Problème 1 : multiplicité et hétérogénéité des régimes d'assurance maladie, et iniquité accrue au niveau de l'accès aux soins		
Solution tracée par la réforme : unifier les régimes obligatoires et assurer une couverture suffisante de tous les risques afin de rendre le système d'assurance maladie plus équitable et faciliter l'accès aux soins		
Théorie du changement	Décisions prises	Évaluation du niveau de réalisation des objectifs
<p>Le plan de sécurité sociale doit comporter une méthode unique de couverture des risques sociaux, une méthode unique de gestion du régime de sécurité sociale et une méthode unique de financement des différents risques pour tous les bénéficiaires (11).</p> <p>Selon l'OMS, plusieurs autres mesures peuvent aussi réduire l'iniquité sociale en matière de santé, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation des mesures prises et le suivi du changement (12), et surtout l'évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité (EESaE) ; • l'amélioration des conditions de vie durant l'enfance, considérées parmi les déterminants les plus importants de l'état de santé même à très long terme (13) ; • l'action intersectorielle, car les inégalités de santé peuvent trouver leurs solutions dans d'autres secteurs que le secteur de la santé (éducation, affaires municipales, transport, environnement et finances) (14). 	<p>Uniformisation des cotisations et des prestations par l'instauration d'un régime de base unique géré par un organisme unique (CNAM).</p> <p>Amélioration de l'accessibilité aux services de santé, notamment dans les zones sous-desservies à l'aide de la promotion de l'offre.</p> <p>Choix offert entre trois filières, selon les besoins de chacun, tout en donnant la possibilité de changer de filière chaque année.</p>	<p>Unification des trois composantes essentielles de tout régime d'assurance maladie : le panier des soins couverts, le taux de cotisation et l'organisme de gestion (CNAM).</p> <p>Compte tenu de l'existence, après la réforme, de trois organismes de gestion de la sécurité sociale au lieu de deux (CNSS et CNRPS), on pourrait dire que cette réforme n'a pas vraiment réussi à unifier l'organisme de gestion.</p> <p>La mise en œuvre d'une politique de santé égalitaire visant à assurer l'accès aux soins à toute la population sans aucune distinction sociale reste limitée. En effet, la réforme a profité à la catégorie favorisée à travers la couverture dans le secteur privé – les dépenses de la CNAM pour le privé passent de 27 % en 2007 à 47 % en 2014, utilisées par seulement 35 % des assurés en 2014 (15-17) – et pas pour autant aux classes moyennes et défavorisées qui utilisent le secteur public encore marginalisé.</p> <p>La naissance de la filière privée (tiers payant) a accordé une nouvelle chance d'activité aux médecins généralistes libéraux après une longue souffrance de la vague de spécialisation.</p>
Problème 2 : exclusion de l'offre de soins privée du champ de couverture de l'assurance maladie alors que la demande pour ce secteur est croissante		
Solution tracée par la réforme : étendre l'assurance aux prestataires de soins privés, ce qui a pour objectifs la baisse des dépenses directes des ménages et l'amélioration de l'offre de soins par une solvabilité de la demande adressée aux offreurs privés		
Théorie du changement	Décisions prises	Niveau de réalisation
<p>Un document de l'OMS explique que la collaboration avec le secteur privé est nécessaire pour réaliser la couverture santé universelle (CSU) (18).</p> <p>Le secteur privé de la santé fournit des services ambulatoires et hospitaliers. Il est impliqué dans le développement des infrastructures, dans la production de médicaments et de technologies de la santé, et dans leur approvisionnement. Le recours aux soins dans le secteur privé est très important dans les pays où les dépenses publiques de santé sont insuffisantes. Donc, il est essentiel de mener des études afin d'obtenir une vue globale des différents aspects du secteur privé de la santé, ce qui permettra d'améliorer l'équité, l'accessibilité financière et la qualité des services fournis par le secteur privé de la santé, de même que d'exploiter ses capacités pour avancer sur la voie de la CSU.</p> <p>Dans ce contexte, l'OMS a proposé un cadre d'action qui permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'élargir et d'améliorer l'accès équitable aux services de santé ; • d'assurer l'amélioration de la qualité des services fournis par le secteur privé de la santé au moyen de normes, de réglementations efficaces, d'incitations convenues et de suivi pour les prestataires de soins du secteur privé ; • de renforcer l'objectif lié à la protection financière de la CSU au moyen d'achats stratégiques auprès du secteur privé de la santé. <p>En France, les hôpitaux publics et les cliniques privées conventionnées ont le même taux de prise en charge par la sécurité sociale, qui est de 80 % pour les frais de séjour et les honoraires médicaux. Les 20 % non pris en charge par l'assurance maladie sont à la charge du patient, de sa mutuelle ou complémentaire santé.</p>	<p>Ouverture sur le secteur privé (services ambulatoires et hospitaliers) permettant la régulation de l'offre et l'amélioration de la qualité des prestations de soins.</p>	<p>Instauration des conventions nécessaires entre l'organisme de gestion (CNAM) et les offreurs de soins privés (cliniques privées pour les actes de chirurgie et d'hospitalisation et prestataires de soins privés : médecins, biologistes, pharmaciens, etc.) et rationalisation des relations entre l'offreur et le demandeur de soins (19). Mais la prise en charge des services hospitaliers dans le secteur privé n'est pas encore appliquée.</p> <p>Maladies ordinaires : couverture selon des taux de prise en charge et dans la limite d'un plafond annuel familial.</p> <p>Pour la prise en charge des soins, il y a un grand décalage entre les tarifs conventionnels (entre la CNAM et les prestataires de soins) et les tarifs réellement requis par les prestataires de soins.</p> <p>L'ouverture sur le secteur privé ne semble pas avoir réduit de manière significative l'encombrement et les méfaits des établissements publics qui reçoivent toujours la plus large proportion de la population (seulement 23 % de la population était couverte dans le secteur privé en 2014).</p> <p>L'accès à l'assurance privée permet de solvabiliser une offre de soins dans le secteur privé mais ne résoudra sans doute pas les inégalités entre régions par manque de médecins libéraux dans les zones défavorisées du pays.</p> <p>En Tunisie, la gamme de services médicaux proposés par le secteur privé s'est considérablement élargie. Même si le ministère de la Santé a adopté des normes législatives et réglementaires bien définies et règlemente de près l'homologation des professionnels de la santé, l'OMS déclare que les systèmes de réglementation du secteur privé de la santé sont absents ou déficients et les mécanismes de suivi de la qualité des services de santé fournis par les prestataires de santé privés sont faibles (20).</p> <p>Les services de diagnostic du secteur privé de la santé sont caractérisés par des prix élevés, des tests inutiles et un manque d'informations sur la qualité.</p> <p>La réticence des prestataires de soins privés à l'idée d'investir dans les soins préventifs défavorise l'implication complète de ce secteur dans les prestations de soins.</p>

Tableau 1 Problèmes du système antérieur à la réforme et décisions prises après le changement (Suite)

Problème 3 : insuffisance au niveau de la prise en charge et de la couverture des maladies chroniques et/ou graves		
Solution tracée par la réforme : améliorer la couverture pour les maladies chroniques afin de faire baisser les dépenses directes et d'améliorer l'accès aux soins		
Théorie du changement	Décisions prises	Niveau de réalisation
<p>Chaque année, 41 millions de personnes meurent de maladies chroniques (71 % des décès dans le monde). Il faut alors lutter contre les maladies chroniques (ou maladies non transmissibles) à l'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de l'investissement dans la prévention et le suivi des maladies chroniques ; • d'une évaluation du progrès à l'échelle régionale, nationale et mondiale ; • de la promotion de la recherche pour prévenir et combattre ces maladies ; • d'interventions destinées à réduire leurs principaux facteurs de risque communs modifiables : tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool ; • de l'élaboration de politiques et de plans nationaux de lutte contre les maladies chroniques (21) ; • d'une prise en charge intégrale d'un certain nombre de maladies chroniques en les distinguant par leur gravité, leur coût élevé et leur caractère chronique nécessitant un long traitement (cas de la France). 	<p>Le nouveau régime d'assurance maladie offre une prise en charge intégrale et hors plafond pour la plupart des maladies chroniques et/ou graves définies sur une liste des affections prises en charge intégralement (APCI) ainsi qu'une meilleure couverture pour une liste d'interventions chirurgicales, pour le suivi de la grossesse et pour l'accouchement.</p>	<p>Selon l'Institut National de la Statistique (2015), seulement 49,3 % des personnes ayant une maladie chronique et affiliées à la CNAM bénéficient d'une prise en charge intégrale pour leur maladie (APCI).</p> <p>L'absence de prise en charge de certaines maladies chroniques peut constituer un obstacle à l'accès aux soins.</p> <p>La grande pénurie de médicaments dans les hôpitaux publics peut entraîner un renoncement pour des raisons financières.</p> <p>Les honoraires des médecins et les tarifs appliqués ne correspondent pas aux tarifs de référence pour la prise en charge de la CNAM.</p> <p>La Tunisie consacre une part insuffisante de ses dépenses de santé aux maladies chroniques (cette part est de 2 % contre 12 % pour les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE]) (22).</p>
Problème 4 : évolution rapide des coûts de santé supportée en grande partie par les ménages (dépenses directes élevées) et engagement insuffisant des caisses de sécurité sociale et des assurances privées		
Solution tracée par la réforme : maîtriser les dépenses de santé et harmoniser les modalités de financement du système d'assurance maladie en engageant beaucoup plus les caisses de sécurité sociale et en développant les assurances privées		
Théorie du changement	Décisions prises	Niveau de réalisation
<p>Le financement des prestations de soins doit réussir à améliorer l'accès aux soins tout en évitant les abus de dépenses, ce qui nécessite un système de gestion développé et efficace (OMS).</p> <p>Selon les notes de l'analyse économique (2013), pour un système de santé plus efficace, trois voies de refonte ont été proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au lieu de limiter les dépenses de la sécurité sociale en baissant le taux de remboursement, il est nécessaire de définir « un panier de soins solidaire » accessible à toute la population sans barrières financières, et aucun traitement hors ce panier ne sera pris en charge, même partiellement ; • afin d'adapter l'offre de soins aux besoins de chaque région et d'optimiser l'utilisation des moyens, la décentralisation du pilotage est nécessaire en accordant le rôle principal aux agences régionales de santé (ARS) ; • favoriser la montée en puissance des systèmes d'information en santé en développant le dossier médical personnel permettant le partage de données de santé de façon sécurisée entre les professionnels de santé afin de coordonner les soins et limiter les examens superflus. 	<p>Meilleure couverture pour les assurés sociaux.</p> <p>Fixation d'un plafond annuel qui a pour objectif la maîtrise du rythme de croissance trop élevé des dépenses de santé.</p> <p>Fixation des honoraires des médecins conventionnés.</p> <p>Prise en charge des médicaments basée sur le prix du générique le moins cher.</p> <p>Contrôle médical à l'aide d'un conseil auprès de la CNAM, composé de médecins (généralistes et spécialistes), de dentistes et de pharmaciens.</p> <p>Simplification des procédures administratives et amélioration des délais pour la prise en charge, le remboursement, etc.</p>	<p>Selon la Banque mondiale, les dépenses de santé non remboursées (dépenses directes) ont baissé et sont passées de 42,9 % à 39,8 % entre 2005 et 2015; la participation de l'État a baissé aussi pendant cette période (28,8 % en 2005 contre 24,0 % en 2015) ; la participation de la CNAM a beaucoup augmenté, passant de 21,8 % à 32,3 % alors que la contribution des assurances privées et celle des mutuelles restent minimales (3,3 % en 2015).</p> <p>Le plafond annuel des frais remboursés est fixé trop bas pour les prestations de soins dans le secteur privé^a contre un prélèvement exagéré sur les salaires (taux de cotisation 6,75 %).</p> <p>Le plafonnement du ticket modérateur pour la filière publique (23) est une bonne initiative mais l'impact du niveau de ce plafond sur l'accès aux soins (ou le renoncement) reste à étudier d'autant plus que le taux du plafonnement (12,5 % des revenus du ménage) se trouve au-dessus du seuil des dépenses catastrophiques de la Banque mondiale qui est de 10 % des dépenses totales du ménage, ce qui n'évite pas le risque de dépenses catastrophiques.</p> <p>Des actes fictifs^b réalisés par certains médecins libéraux et surtout par certaines cliniques privées accentuent les difficultés financières de la CNAM (depuis 2012 la CNAM est déficitaire (15)).</p>

Tableau 1 Problèmes du système antérieur à la réforme et décisions prises après le changement (Fin)

Problème 5 : inefficience de l'offre de prestations de soins de qualité insuffisante		
Solution tracée par la réforme : renforcer l'efficacité du système d'assurance et améliorer la qualité des soins à travers une concurrence public-privé		
Théorie du changement	Décisions prises	Niveau de réalisation
<p>Dans un rapport préparé conjointement par l'OMS, l'OCDE et la Banque mondiale, la qualité a été mise en évidence comme élément fondamental de la couverture santé universelle.</p> <p>La mise en œuvre d'une stratégie nationale de la qualité nécessite l'établissement de priorités entre les différents objectifs nationaux concernant la qualité.</p> <p>Selon le même rapport, sept types d'orientations sont en général pris en compte par les acteurs de la qualité, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire évoluer les pratiques cliniques au niveau des soins de première ligne ; • établir des normes ; • favoriser la participation et la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales ; • former et éduquer le personnel de santé, les gestionnaires d'établissements de soins et les décideurs ; • introduire des programmes et des méthodes d'amélioration continue de la qualité ; • mettre en place des incitations (financières ou non) basées sur les performances ; • recourir à la législation et à la réglementation. <p>Il est très important de sélectionner les mesures les mieux aptes à promouvoir la qualité suivant des éléments tels que l'infrastructure, le contexte, la culture et les traditions existant dans le pays en question et un niveau de ressources adéquat doit être assuré pour ces systèmes de mesure (24,25).</p> <p>Il est indispensable de recueillir des données et de fournir l'information aux acteurs concernés afin de connaître le type d'intervention qui permet de réaliser les résultats escomptés. Ceci nécessite la production et la diffusion des informations sur la qualité des soins dans les hôpitaux publics ainsi que des indicateurs comparables des performances des régions en matière de santé publique et des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins afin de favoriser la concurrence en qualité et de promouvoir l'égalité dans l'accès à des soins de qualité (26).</p> <p>Le Comité consultatif de la recherche en santé pour la Méditerranée orientale a recommandé aussi de renforcer le développement de la recherche et de l'innovation et d'utiliser la recherche pour informer les décideurs politiques de la santé de la situation réelle du secteur (18). Un exemple concret de régulation est celui de la régulation réalisée en Ontario au Canada par la création de comités de la qualité au sein des organismes de soins de santé et par la réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des patients, des familles et des employés des organismes de soins afin d'élaborer un plan d'amélioration de la qualité (18).</p>	<p>Mise en concurrence des diverses catégories de prestataires de soins pour une meilleure efficacité.</p> <p>Introduction d'une nouvelle stratégie d'assurance continue de la qualité au niveau des prestataires de soins du point de vue de l'organisation et de la gestion des services et de la formation des professionnels de santé ainsi que le développement de la recherche sur le système de santé.</p>	<p>Mise en place d'un pôle de l'économie de la santé en 2014, qui toutefois n'a pas encore entamé son travail.</p> <p>Mise en œuvre du Programme d'appui au développement des zones défavorisées (PAZD II) dont la convention a été signée entre la Tunisie et l'Union européenne en 2012 (27).</p> <p>Mais la baisse de la qualité des soins et des services du secteur public est notable, entraînant la régression de son attraction au profit du secteur privé.</p> <p>Les patients des classes défavorisées (et même moyennes) sont les plus touchés. En effet, leur situation financière ne leur permet pas de supporter les frais de la médecine privée (malgré la contribution de la CNAM) et les oblige à se résigner à la médecine publique (19). Notre système de santé devient ainsi un générateur d'inégalité au lieu de la réduire (28).</p> <p>Le secteur privé de la santé souffre aussi parfois d'un surnombre qui affecte la qualité des soins en termes de délai d'attente ou de durée réduite des consultations.</p> <p>L'amélioration de la qualité des soins est un objectif très important d'autant plus que la Tunisie cherche à exporter les services de santé (15), mais jusqu'à présent, on ne voit que le secteur privé qui joue ce rôle.</p> <p>Les délais de remboursement des frais de soins par la CNAM sont encore très longs (délai mensuel moyen de 26 jours en 2018). Dans ce cadre, la carte de soins électronique « Labess » a été créée et mise en place en juin 2019 (mais non encore utilisée) pour simplifier les procédures administratives, suivre les dossiers des assurés à distance et réduire ce délai à moins d'une semaine.</p>

²⁰⁰ dinars tunisiens (TND) (USD 66,6) si l'assuré est seul et TND 50 (USD 16,6) pour chaque personne à charge supplémentaire mais limité à TND 400 (USD 133,3) par carnet. Ce plafond a connu une augmentation de 50 % depuis janvier 2021. Le taux de change utilisé pour la conversion du dinar tunisien (TND) au dollar des États-Unis (USD) était le cours USD/TND du 14 avril 2022 : 1 USD = 3,00 TND.

¹⁸Visites médicales non réellement effectuées dans les cabinets privés.