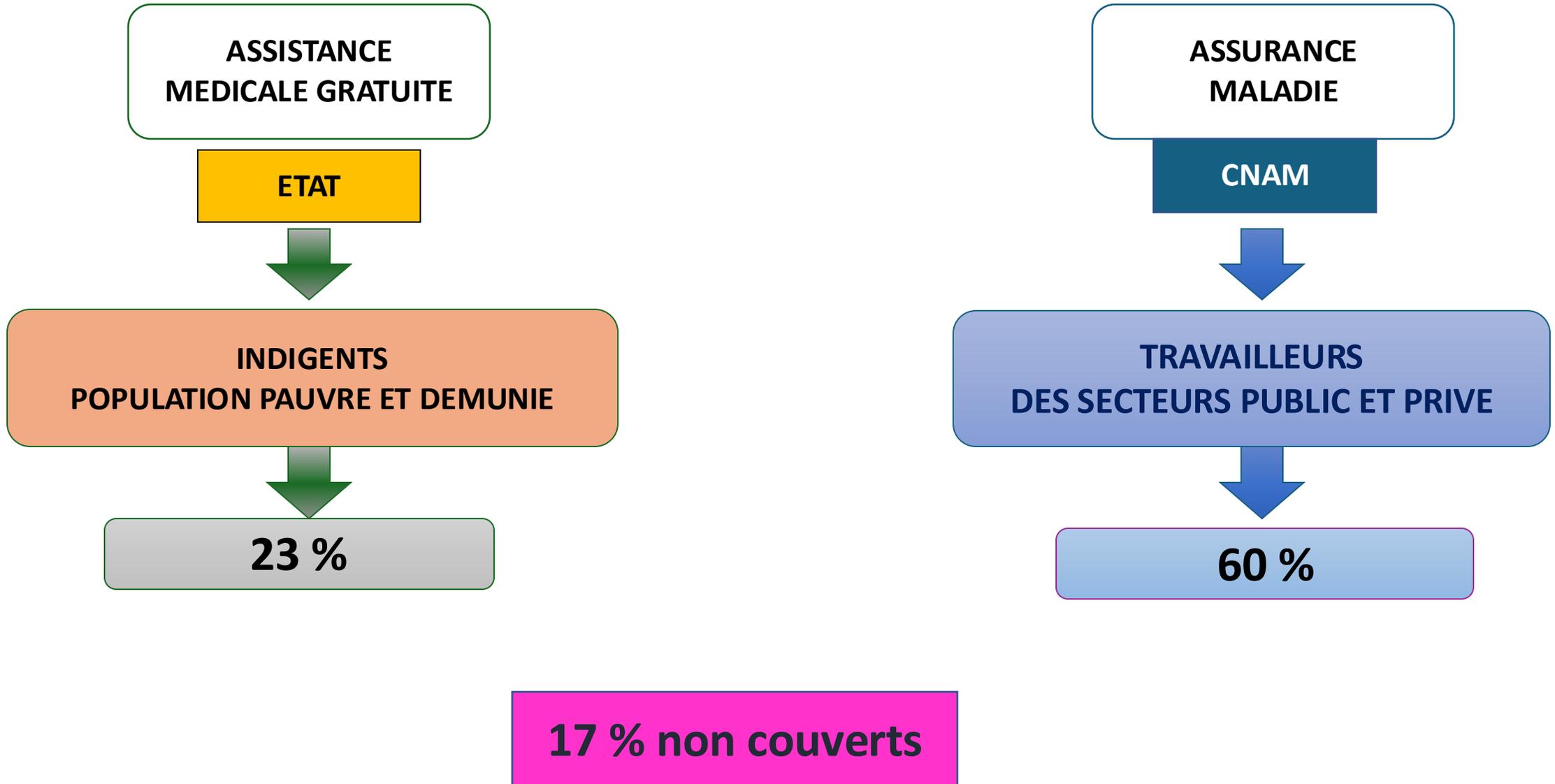


CSU: leçons tirées du parcours tunisien

SITUATION ACTUELLE DE LA COUVERTURE MALADIE

SYSTEMES DE COUVERTURE MALADIE



Sources de financement

**ASSISTANCE MEDICALE
GRATUITE**

ETAT

Ressources Fiscales

ASSURANCE MALADIE

CNAM

**Cotisations
sociales**

- 6,75% → actifs
- 4% → pensionnés

**Contribution sociale
de solidarité (2017)**

- taxe
 - 1% PPH
 - 3% Sociétés

OFFRE DE SOINS

SECTEUR PUBLIC

169 Hôpitaux +
2000 Centres de santé de Base

SECTEUR PRIVE

114 Cliniques

Public	Pour 10 000 habitants	Privé
75%	2,6 Lits d'hospitalisation	25%
40%	13 médecins (60% spéc)	60%
20%	3,8 Médecins dentistes	80%
20%	2,48 Pharmaciens	80%



Secteur public
riche en
infrastructures



Secteur privé
riche en RH et en
équipements médicaux lourds

Panier de soins

PANIER DE SOINS

**ASSISTANCE
MEDICALE
GRATUITE**

**Accès aux soins et
hospitalisations
dispensés par les SSP**

Art. 35-36 Loi 91-63

IMPLICITE

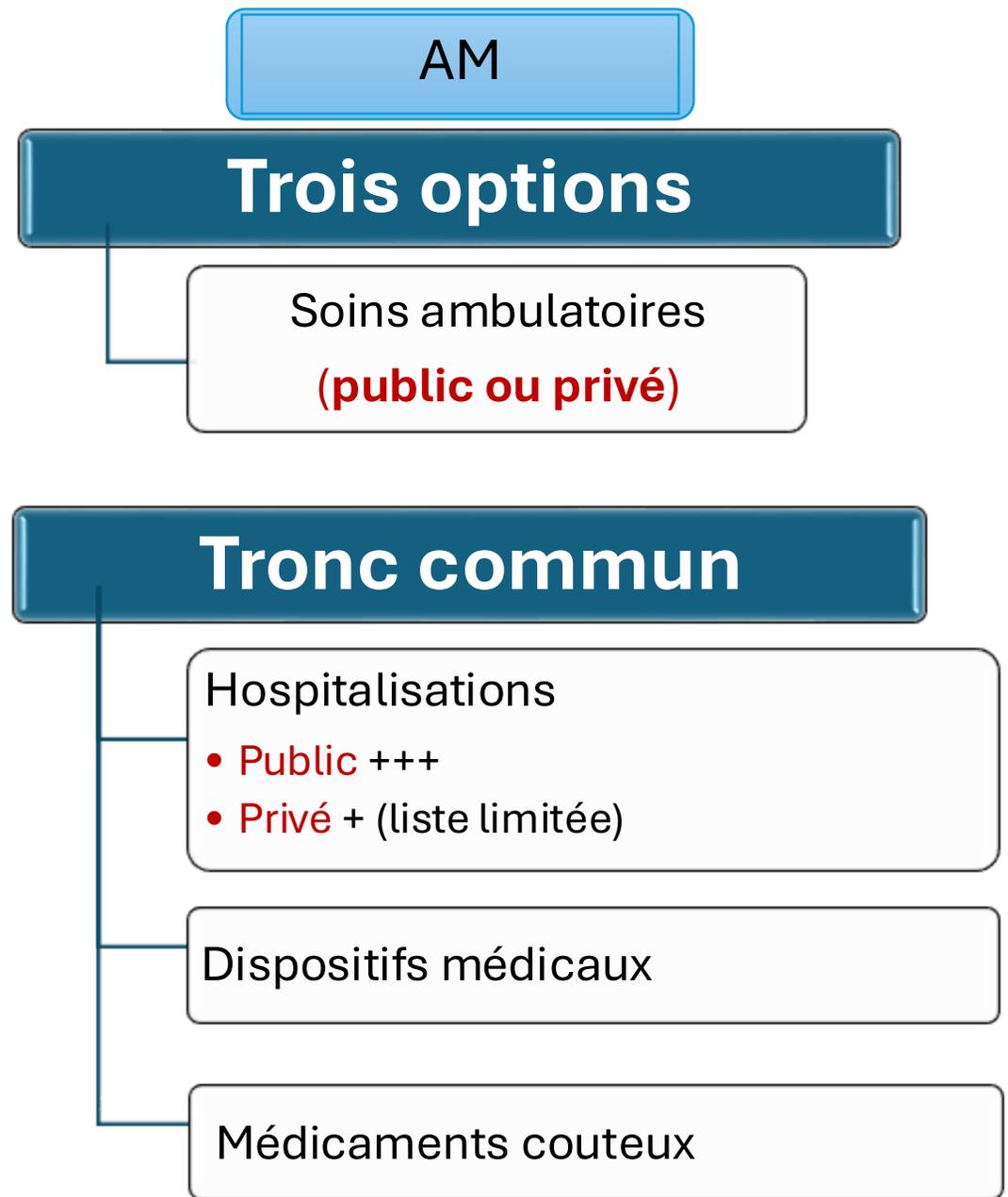
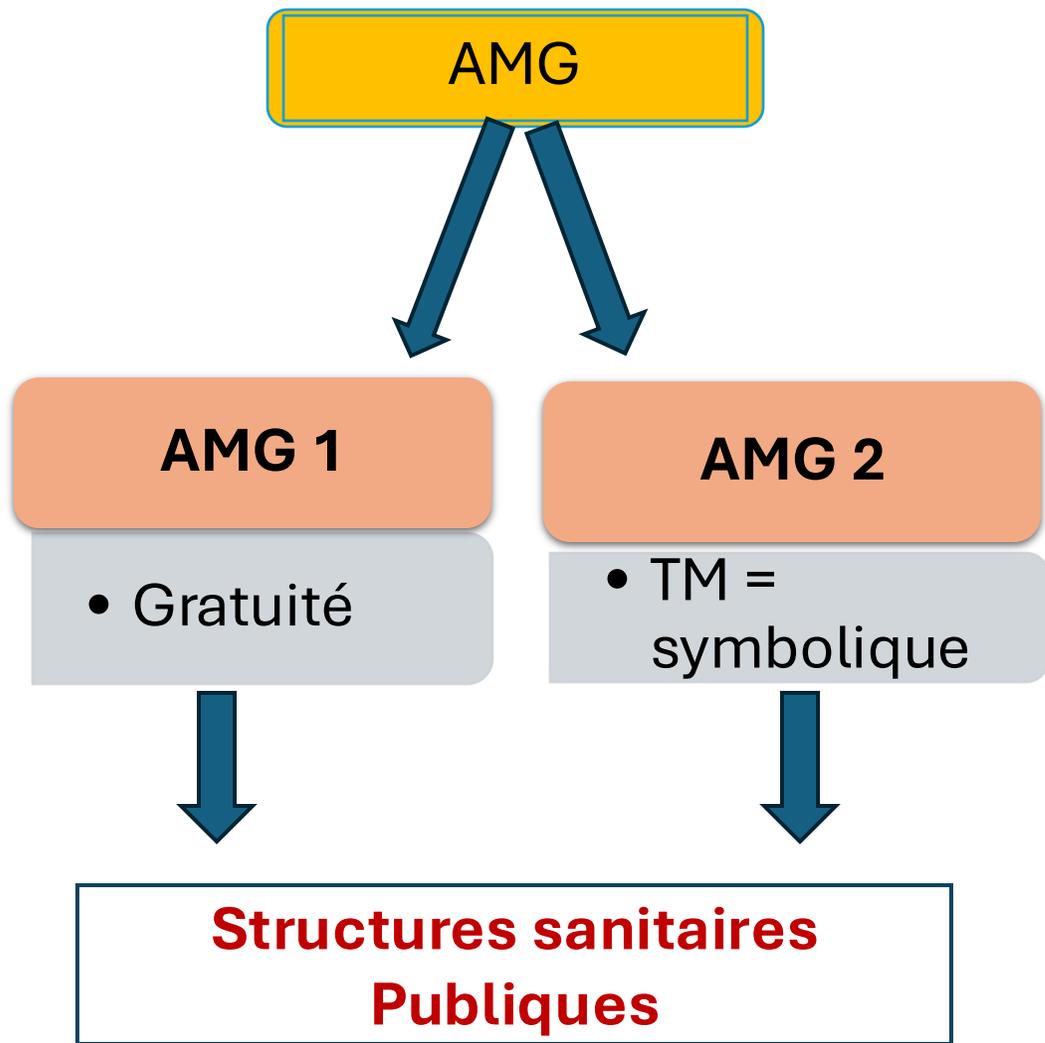
**ASSURANCE
MALADIE**

**Listes des prestations
couvertes fixées par
arrêté conjoint MS + MAS**

Art. 6 Loi 2004-71

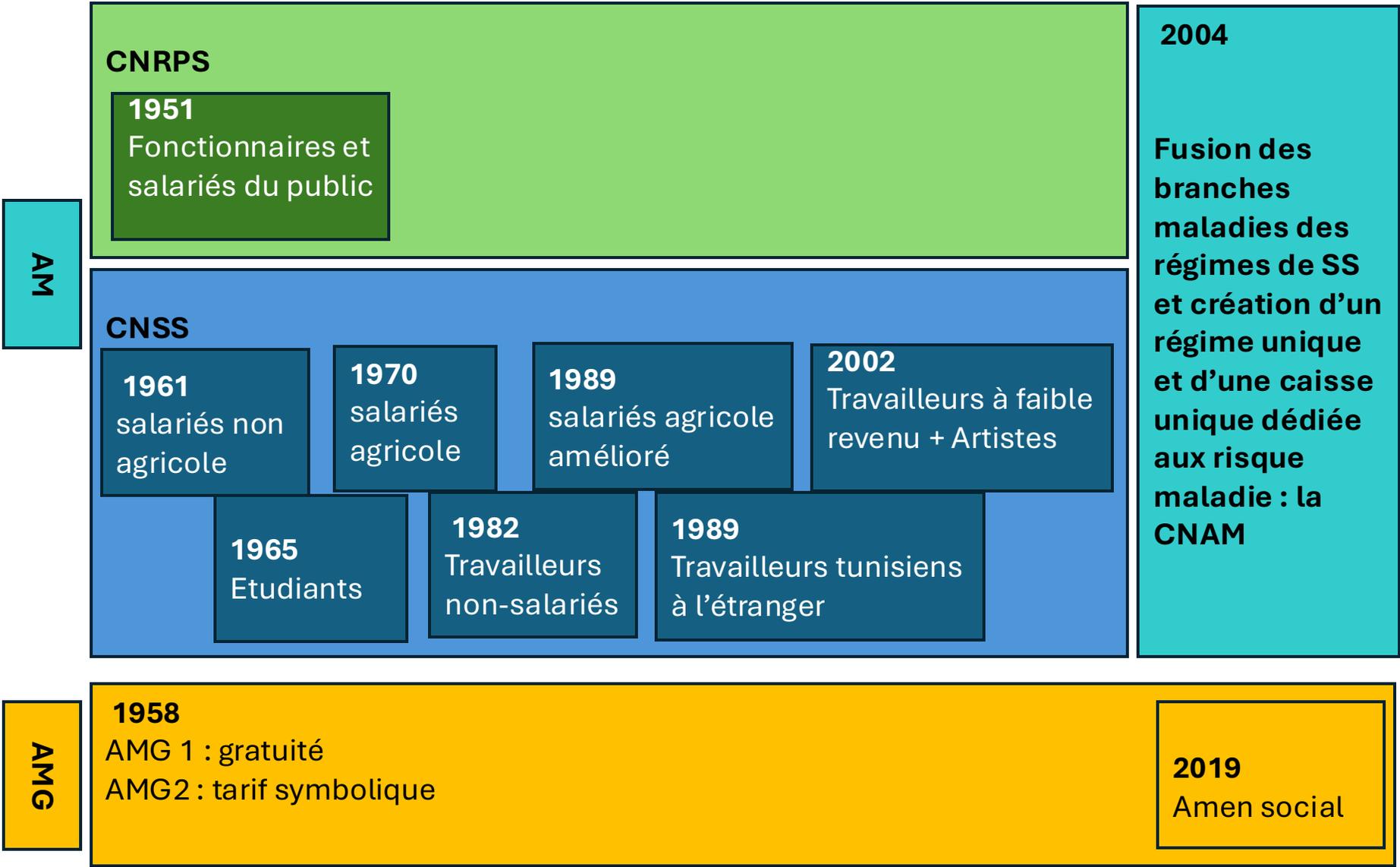
EXPLICITE

Modalités d'accès aux soins



CONSTRUCTION PROGRESSIVE SUR LE CHEMIN DE LA CSU

PROGRESSION DE LA COUVERTURE MALADIE



Leçons tirées

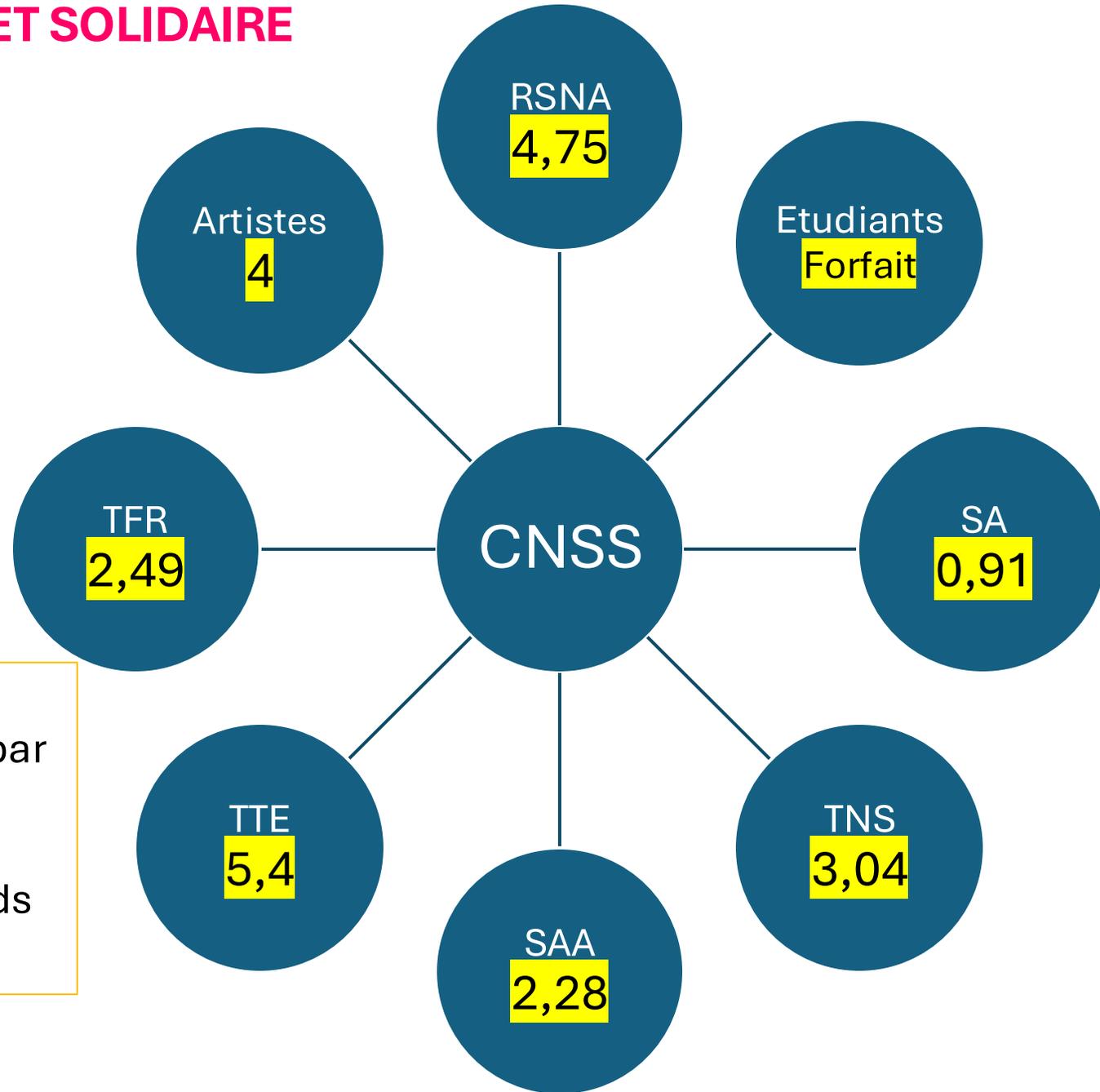
-

Les facteurs favorables

GOUVERNANCE

- **Engagement politique** fort et soutenu
- **Participation formelle des partenaires sociaux** (les CA des caisses)
- **Processus participatifs** et concertation élargie des acteurs
 - Part. Sociaux, professionnels de la santé (public et privé), conseils de l'ordre, société civile, etc.
 - Partenaires incontournables dans toutes les réformes
 - RAM 2004 = 8 années de concertation/négociation
 - Dialogue sociétal/PNS = 2012 – 2017

DEMARCHE PROGRESSIVE ET SOLIDAIRE



- **Privilégier :**

- l'extension de la couverture par rapport à l'augmentation des fonds collectés
- Mise en en commun des fonds et des risques

PANIER DE SOINS GENEREUX - ATTRACTIF

- **Accès à toutes les prestations** fournies par les structures sanitaires publiques (TM : Symbolique)
- À partir des années 80 : (émergence MNT , nouvelles technologies)

Procédure **de prise en charge totale des prestations onéreuses**

- Dialyse
- Transplantations d'organes
- Chirurgie cardiovasculaire
- Scanner et IRM
- Médicaments onéreux (cancers)
- Dispositifs et implants médicaux
- Etc.

CULTURE DE SECURITE SOCIALE

- Efforts de **communication** par l'Etat et des partenaires sociaux, notamment sur les droits des travailleurs.
- **Intransigeance** appuyée par la réglementation (Système de contrôle et de sanctions).
- **Expériences vécues** :
 - Positives = Bénéfices des prestations
 - Négatives = Sanctions

Leçons tirées

-

Les erreurs / les facteurs entravants

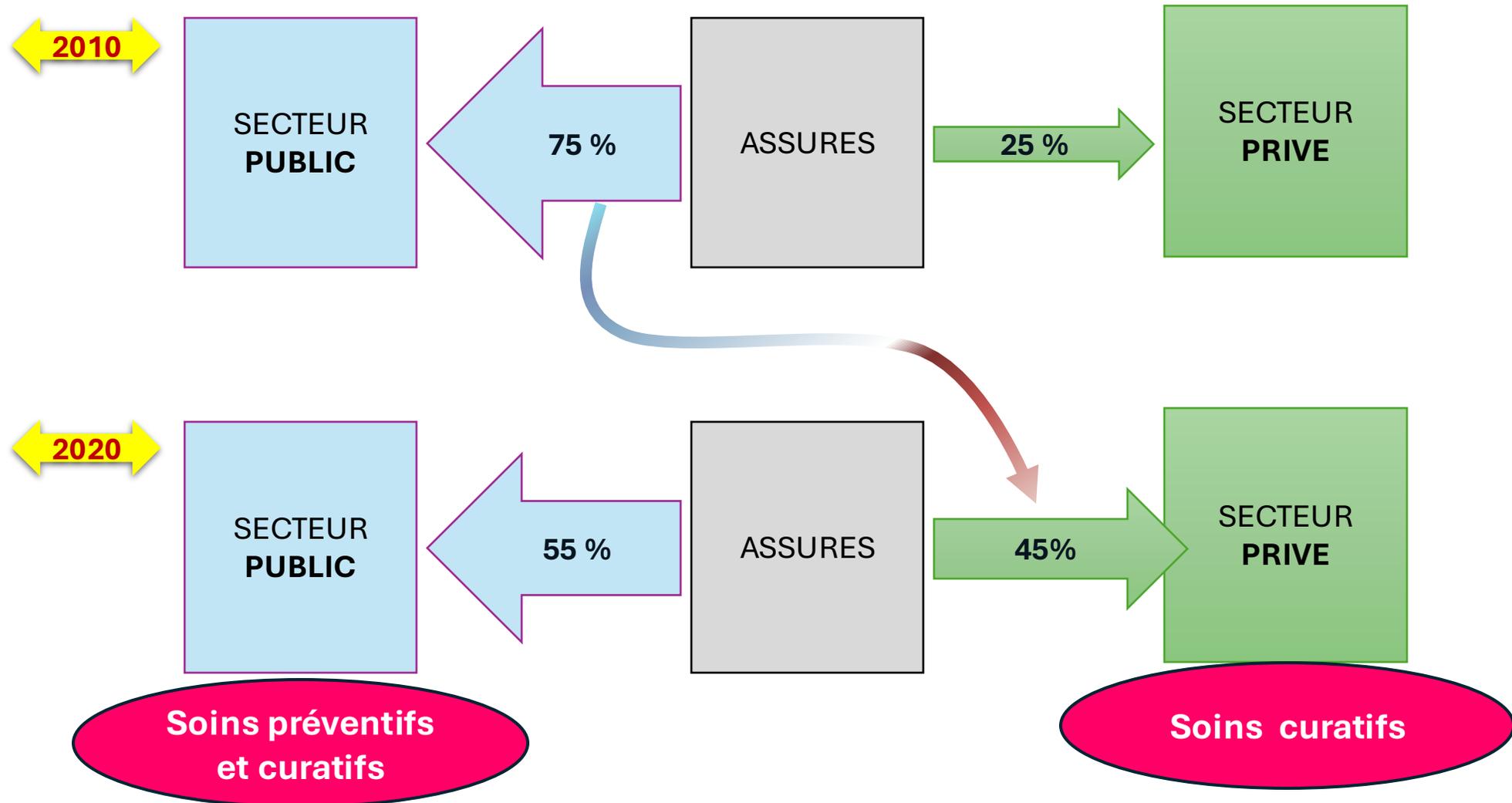
ERREURS STRATEGIQUES (1)

- Secteur public affaibli par
 - un appauvrissement en RH qualifiées
 - Productivité en baisse
 - Un financement sous contraintes budgétaires

- Secteur privé
 - de plus en plus dominant en RH qualifiées
 - structuré : syndicats
 - logique commerciale
 - Exclu des programmes à visée préventive et de promotion de la santé
 - Soins curatifs

- l'ouverture de l'AM sur le secteur privé non précédée par une réforme de l'OS : Conséquences négatives
 - Affaiblissement de l'impact des programmes de prévention et de promotion de la santé
 - Compromis avec le privé de plus en plus difficiles

ASSURANCE MALADIE/ SOINS AMBULATOIRES/FLUX DES ASSURES



ERREURS **STRATEGIQUES** (2)

- **CONTRACTUALISATION AVEC LE PRIVE**
 - Faible opposabilité des dispositions conventionnelles
 - Mécanismes de contrôle et de sanctions très complexes et peu efficaces

- **Conséquences inflationnistes**
 - Abus et excès de consommations
 - Non respects des tarifs conventionnels

ERREURS **STRATEGIQUES** (3)

- **Modalités d'accès aux soins**

- Trois options selon le choix de l'assuré
 - Une option pour le public
 - Deux options dans le privé
- Association : paiement à l'acte + tiers payant

- **Conséquences négatives**

- Fragmentation et complexité de gestion
- Choix conditionné par les capacités financières des AS
- Iniquité
- Abus et excès de consommation

ERREURS **TACTIQUES**

- **Négociation sous contrainte**

- Décision politique fixant la date de l'application du nouveau régime AM prise avant la négociation

- **Conséquences :**

- Concessions sur des dispositions conventionnelles clés
- Acceptation de tarifs élevés

PERSPECTIVES CSU



LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE
A L'HORIZON 2035

L'engagement politique pour la CSU

- Dialogue sociétal 2012 – 2017 (**légitimité**)
- PNS approuvée par le gouvernement en mai 2021 (**formalisation**)
- Le MS chargé de l'opérationnalisation de la PNS (**redevabilité**)
- La stratégie de mise en œuvre de la CSU en cours de validation (**rationalité et réalisme**)

PNS = REFORME EN VUE D'INSTAURER LA CSU EN 2035
5 Choix stratégiques

Un régime de couverture maladie unifié pour tous

Un paquet de services essentiels pour tous

Le renforcement du secteur public

Promouvoir la santé familiale et de proximité

Les mécanismes de protection de la santé des citoyens - intersectorialité

PROGRESSION DE LA COUVERTURE MALADIE

AM

CNRPS

1951

Fonctionnaires et
salariés du public

CNSS

1961

salariés non
agricole

1970

salariés
agricole

1989

salariés agricole
amélioré

2002

Travailleurs à faible
revenu + Artistes

1965

Etudiants

1982

Travailleurs
non-salariés

1989

Travailleurs tunisiens
à l'étranger

2004

Fusion des
branches
maladies des
régimes de SS
et création d'un
régime unique
et d'une caisse
unique : la
CNAM

avant 2035

Unification
des deux
régimes
AM + AMG

2035

CSU
Extension
du régime
unifié aux
NC

AMG

1958

AMG 1 : gratuité
AMG2 : tarif symbolique

2019

Amen social

Non couverts



Les défis

- **Gérer les conflits des Tutelles MS-MAS (arbitrage politique au sommet)**
 - RAM 2004 : ouverture sur le privé / réticence du MS
 - PNS : MS –CSU / MAS-Socle de protection sociale
- **Intégration du secteur privé dans la mission de santé publique (un encadrement nécessaire)**
 - Contractualisation sur la base des exigences du service public avec rôle prépondérant des pouvoirs publics dans l'arbitrage et l'opposabilité
- **Modernisation des SI (chantier prioritaire)**
 - Pilotage, contrôle et évaluation de la performance
 - IU, interopérabilité, échanges électroniques des données et DMI

Couverture de la population non couverte

Mesures récentes

Secteur informel

2019 – programme « **Ahmini** » destiné à faciliter l’inclusion des femmes travaillant dans le secteur agricole

2019 – programme d’inclusion des travailleurs du secteur informel (taxe forfaitaire unique)

Indigents

2019 – programme « **Amen social** » révision des critères de ciblage et extension à toute la population éligible

Evasion sociale

2022 – amnistie sociale

De nouvelles sources de financement

- **2017** création d'un **fond d'appui à la santé** dédié au financement des soins dispensés aux indigents dans les hôpitaux publics
 - **fond du trésor** est financé par une taxe dédiée
 - certains produits de consommation (tabac),
 - secteurs polluants et comportant des risques pour la santé
 - les revenus des cliniques privées,
- **2018** CSS (**contribution sociale de solidarité**) pour soutenir les régimes de sécurité sociale
 - CSS financée par une taxe
 - 1% sur les revenus des personnes physiques
 - 3% des entreprises.

Recentrer le système sur la prévention et la promotion de la santé

- **une migration du concept du droit aux soins vers le droit à la santé** (du droit des malades vers le droit des citoyens)
 - une valorisation et un repositionnement des **soins primaires (OMS)**
 - **L'intégration du privé** dans les missions de santé publique
 - **un financement adéquat et dédié** des missions préventives et de promotion de la santé

Intégrer la qualité dans toutes ses dimensions

Instance Nationale de l'Evaluation et de l'Accréditation en Santé (2012)



- Accréditation des établissements
- Recommandation des bonnes pratiques
- Parcours de soins
- Accréditation des programmes de DPC
- Evaluation des technologies en santé

MERCI