

## UN REGIME DE BASE UNIFIE POUR TOUS

### Assurer un régime de base unifié pour tous<sup>1</sup>

Volet important du socle national de protection sociale, le régime de base unifié (RBU) doit assurer, pour toute la population, une protection financière inclusive pour l'accès aux services de santé de qualité.

Il doit regrouper les non couverts, les assurés sociaux et les bénéficiaires des gratuités et des tarifs réduits. Il permettra l'utilisation d'un paquet de services essentiels (PSE) selon les besoins de chacun à travers des structures de santé accessibles dans le temps et dans l'espace. Il bénéficiera des financements publics, adéquats et soutenables, incluant à la fois l'impôt et les cotisations sociales. A côté de ce régime de base, des assurances complémentaires<sup>2</sup> pourront se développer pour la prise en charge des services hors RBU, mais sans préjudice au régime de base.

Le RBU répond à la *problématique* liée à l'insuffisance de la protection financière et sa complexité : (i) près de 2 millions de tunisiens ne sont pas couverts<sup>3</sup> ; (ii) une fragmentation des régimes de protection financière donnant un accès<sup>4</sup> différent selon le régime et la filière d'appartenance; (iii) diverses limitations sont liées au rationnement et à la pénurie dans les structures publiques, au plafond et aux listes de services couverts dans le secteur privé; (iv) une contribution élevée<sup>5</sup>, non remboursable, des poches des ménages, avec une incidence significative des dépenses catastrophiques, d'appauvrissement et de non recours aux soins affectant particulièrement les populations vulnérables. Les conséquences en sont une entorse à la solidarité, une complexité des procédures pour les administrateurs et pour les citoyens favorisant la corruption, des prestations à plusieurs vitesses rendant le système inefficace et inéquitable avec un impact négatif pour la santé de la population.

---

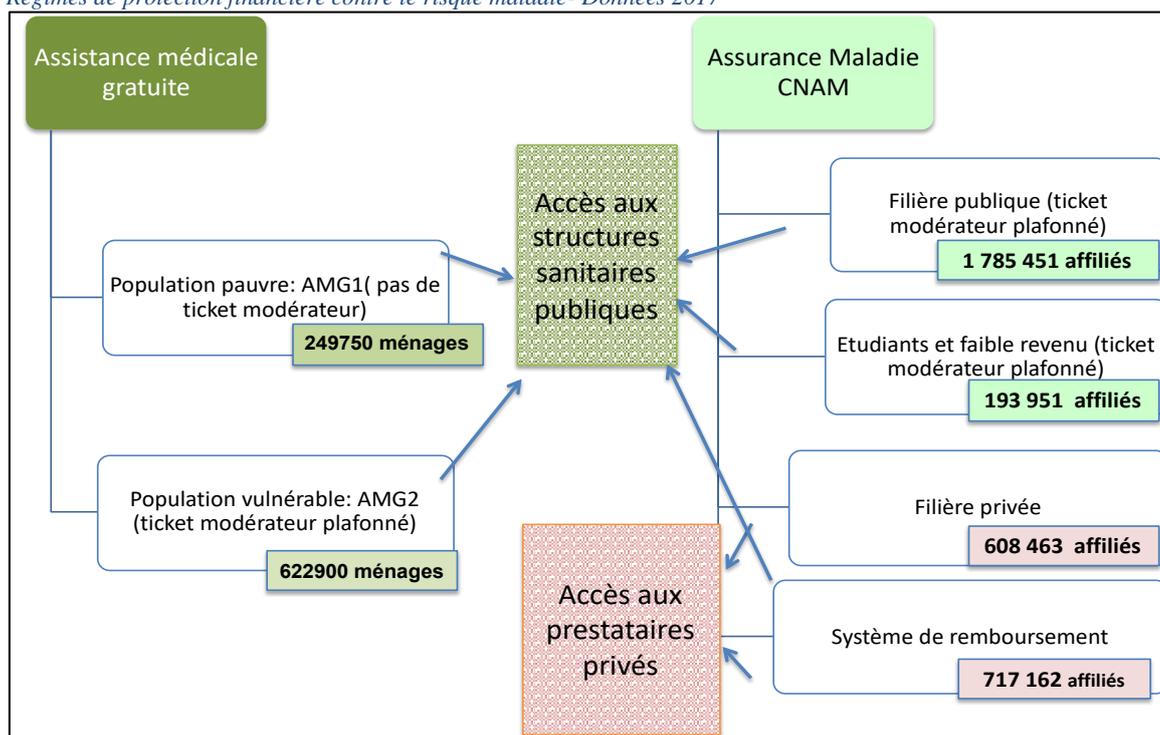
<sup>1</sup> Les choix stratégiques et les clés pour la réussite sont fortement inter-liés et complémentaires. La mise en œuvre réussie de chacun est tributaire de la bonne progression dans les autres. Toute approche cloisonnée et ou insuffisamment coordonnée risque de ne pas aboutir à la réalisation des changements attendus de la PNS.

<sup>2</sup> Prévue par la loi 2004-71 dans les articles 19 et 20.

<sup>3</sup> L'INS estime à 16.7% la population ne bénéficiant d'aucune protection sociale contre les maladies (volume 3 de l'enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages 2015). Il s'agit essentiellement des chômeurs, des travailleurs saisonniers et occasionnels, des petits métiers du secteur informel, des inactifs.

<sup>4</sup> Les bénéficiaires de la gratuité (AMG1) et des tarifs réduits (AMG2), ainsi que les affiliés à la filière publique, les étudiants et les faibles revenus ont accès seulement aux structures sanitaires publiques. Tandis que les assurés sociaux de la filière privée et du système de remboursement ont un accès aux prestataires privés et publics.

<sup>5</sup> Les ménages contribuent à 38% des dépenses courantes de santé en 2014.



### IMPLICATIONS

- Intégration des bénéficiaires de la gratuité et des tarifs réduits des soins à la CNAM<sup>6</sup>.
- Renforcement du fonds de soutien de la santé publique<sup>7</sup> et le transfert de sa gestion à la CNAM.
- Production et disponibilité de l'information stratégique fiable<sup>8</sup>.
- Accélération de la mise en place de l'identifiant unique.
- Mise en place rapide de mécanismes permettant de corriger les abus et les déficiences en relation avec la fragmentation actuelle.
- Amélioration cruciale de la qualité et l'efficacité des prestations du secteur public pour bien se positionner dans le contexte d'émulation avec le secteur privé
- Renforcement du rôle régulateur de l'État en particulier à travers la réactivation du conseil national de l'assurance maladie.

### LEVIERS/FACTEURS DE REUSSITE

- Des ressources financières adéquates et durables à travers l'élargissement de l'assiette des cotisants et l'augmentation des contributions fiscales en relation avec la prise en charge des gratuités et les missions publiques (équité, formation et recherche).
- Offre de services (publique et privée) harmonisée par le PSE et considérant la santé familiale et de proximité comme pivot et porte d'entrée privilégiée du système de soins.
- Développement des mécanismes d'incitations ou de contraintes favorisant l'utilisation de la santé familiale et de proximité ainsi que le respect des référentiels de bonnes pratiques.

<sup>6</sup> Les ajustements financiers entre la contribution fiscale pour les salaires des professionnels de la santé des structures publiques et en exercice et celle de la CNAM pour assurer la prise en charge des AMG se font chaque année selon des modalités à définir.

<sup>7</sup> Un Fonds de soutien à la santé publique a été créé en vertu de la loi de finances pour l'année 2017. Il est alimenté par un pourcentage, non défini, du rendement de la contribution sur la vente du tabac. En outre, ses ressources fiscales pourront être étendues à l'alcool et à de nouvelles taxes sur les produits alimentaires nocifs pour la santé (sodas etc.), sur la publicité de ces produits, sur les industries polluantes, sur les PV de la voie publique, etc.

<sup>8</sup> Ex : études et évaluation des technologies de santé, utilisation, dossier médical unique, acceptabilité sociale, revue des dépenses de santé, revue des dépenses directes des ménages...).

**POUR DEMARRER AVEC CREDIBILITE**

Porte d'entrée possible	Exemples de dispositions importantes
Mise en place de mécanismes permettant de corriger les abus et les déficiences en relation avec la fragmentation actuelle.	<i>L'intégration des bénéficiaires de la gratuité et des tarifs réduits des soins à la CNAM.</i>
Accélération de la mise en place de l'identifiant unique.	<i>Développement des mécanismes d'incitations ou de contraintes favorisant l'utilisation adéquate du PSE pour tous et considérant la santé familiale et de proximité comme pivot et porte d'entrée du système.</i>

**CHANGEMENTS ATTENDUS**

Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
<p>La protection financière est effective pour chacun selon ses besoins grâce à la solidarité entre les différentes catégories de la population et les générations.</p> <p>Sa contribution directe dans les dépenses de santé reste modérée et supportable, il est protégé contre le risque de dépenses catastrophiques.</p> <p>Il est moins exposé au risque de corruption grâce à la simplification et la transparence des procédures.</p>	<p>Sont moins exposés aux procédures complexes de gestion et ont des relations plus transparentes avec les patients.</p> <p>Les tentations de corruption sont marginalisées.</p>	<p>Deviens plus équitable et inclusif.</p> <p>Son efficacité est renforcée.</p> <p>Progression vers la couverture santé universelle facilitée.</p>	<p><i>Transfert de gestion du fonds de soutien de la santé publique à la CNAM au bout de la 2<sup>ème</sup> année de mise en œuvre.</i></p> <p><i>Les filières publique et privée (médecine de famille) sont devenues plus attractives au terme de la 2<sup>ème</sup> année de mise en œuvre.</i></p> <p><i>A l'échéance de la 5<sup>ème</sup> année, le régime de base unifié est opérationnel.</i></p> <p><i>La filière Système de remboursement est sans préjudice pour le RBU.</i></p>

**CIBLES**

Le choix stratégique PSE contribue aux cibles communes de la PNS et plus spécialement celles relatives à la protection financière :

<b>Cible</b>	<b>Baseline</b>	<b>2025</b>	<b>2030</b>
Population couverte par le régime de base unifié	16.8 % de la population ne dispose d'aucune couverture	95%	Près de 100 %
Niveau des dépenses publiques de la santé en % du PIB	4.4% en 2014	5.5%	6%
Niveau des paiements directs des ménages de leurs poches	38% des dépenses courantes en 2014	30%	Moins de 25%
Incidence des dépenses catastrophiques (des ménages)	9.7 % (en 2016 <sup>9</sup> )	4%	2.4 %

---

<sup>9</sup> Calculé au seuil de 25% des dépenses totales des ménages.

Choix stratégique RBU (PNS 2030)

Dimension	Cible	Baseline	2025	2030
<b>Mortalité et morbidité</b>	Mortalité maternelle	44.8 p. 100000 naissances vivantes (2008)	NA	18.7 p. 100000 naissances vivantes
	Mortalité néonatale	8.3 p. 1000 naissances vivantes (2017) et 9 selon MICS6, INS 2019)	NA	5 p. 1000 naissances vivantes
	Mortalité des moins de 5 ans	14.2 p. 1000 naissances vivantes (2017) et 17 p. 1000 selon MICS6, INS 2019	NA	8.9 p. 1000 naissances vivantes
	Mortalité par les accidents de la voie publique	12.8 p. 100 000 hab. en 2015 22.8% en 2016 selon l'OMS	moins de 10 pour 100 000 habitants	7.5 p. 100 000 hab. 11.4 p 100 000 pour base line OMS
	Prévalence du diabète pour la population adulte moins de 60 ans <sup>10</sup>	12.3% des personnes âgées de plus de 18 ans et moins de 60 ans	11,3%	10%
	Proportion des hypertendus équilibrés (des hypertendus connus) <sup>11</sup>	24.3% (THES 2016)	30%	40%
<b>Facteurs de risques biologiques et comportementaux</b>	Prévalence de l'obésité chez l'adulte et l'adolescent (population > 15 ans)	26.2	moins de 23%	20%
	Prévalence du tabagisme (chez > 15 ans)	25%	<20%	< 17.5%
	% des élèves ayant acquis des compétences de vie à la fin de chaque cycle d'études (primaire, collège et lycée) <sup>12</sup>	Enquête pour la déterminer	A calculer	A calculer
<b>Accessibilité aux soins de qualité</b>	% Population à moins de 30 minutes d'un centre assurant les prestations de première ligne accrédité	A calculer <sup>13</sup>	25%	Plus de 60%
	% Population à moins d'une heure d'un hôpital général <sup>14</sup> ou universitaire accrédité	A calculer <sup>15</sup>	30%	75%
	% Population ayant accès aux pôles inter régionaux fonctionnels	0% (Pas de pôles interrégionaux actuellement)	30%	90%
<b>Protection financière</b>	Population couverte par le régime de base unifié	16.8 % de la population ne dispose d'aucune couverture	95%	Près de 100 %
	Niveau des dépenses publiques de la santé en % du PIB	4.4% en 2014	5.5%	6%
	Niveau des paiements directs des ménages de leurs poches	38% des dépenses courantes en 2014	30%	Moins de 25%
	Incidence des dépenses catastrophiques (des ménages)	9.7 % (en 2016 <sup>16</sup> )	4%	2.4 %

<sup>10</sup>Indicateur choisi pour réduire l'effet âge sur la population générale et mieux cerner l'effet imputable à la promotion de la santé

<sup>11</sup>Indicateur choisi pour la performance du système de soins

<sup>12</sup> En relation avec les connaissances et compétences considérées par le curricula.

<sup>13</sup> Dans le cadre de la planification stratégique, chaque Direction régionale avec l'appui des circonscriptions sanitaires calcule le nombre de la population vivant à moins d'une demi-heure d'un CSB sur la base du recensement le plus récent. Le cumul et le ratio final se faisant au niveau régional pour servir de Baseline.

<sup>14</sup> L'hôpital général dispose d'un plateau technique assurant au moins toutes les spécialités dites essentielles.

<sup>15</sup> A calculer par région avec l'appui des circonscriptions sanitaires dans le cadre du processus de la planification stratégique.

<sup>16</sup> Calculé au seuil de 25% des dépenses totales des ménages.