

## UN PAQUET DE SERVICES ESSENTIELS POUR TOUS

### Développer un paquet de services essentiels pour tous<sup>1</sup>

Permettant de répondre aux besoins de santé durant tout le cycle de vie de la personne, le paquet de services essentiels (PSE) comprendra des services préventifs, curatifs, de réadaptation, de promotion de la santé ainsi que les référentiels de bonnes pratiques pour l'utilisation de ses prestations. Il devra être délivré, dans le cadre d'un parcours défini, à travers l'ensemble du système de soins, tant public que privé, dans ses différentes lignes. Les compétences des professionnels et l'utilisation judicieuse des produits médicaux et plus généralement des moyens biotechnologiques ainsi que de leur bonne gestion et maintenance<sup>2</sup>, permettront d'assurer des prestations adéquates selon les besoins de chacun. Les services, centrés sur la personne, seront de qualité suffisante, pour être efficaces. Son coût sera supportable pour les citoyens et soutenable pour le système. Il rendra clair et explicite ce que le citoyen est en droit d'attendre. Le processus de définition et de revue périodique du contenu et de l'utilisation du PSE devra être participatif, transparent et basé sur des données probantes et des référentiels de bonnes pratiques. Les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et la santé mentale<sup>3</sup> bénéficieront de la priorité requise dans la définition de son contenu. Les valeurs de droit, de respect de la dignité, de solidarité, d'équité et d'éthique<sup>4</sup> doivent encadrer le processus dans sa définition et ses revues périodiques.

Le PSE permet de répondre à la *problématique* liée à la dualité, à la complexité et à l'iniquité de l'offre de services actuelle : (i) une dualité de droit d'accès aux services de santé selon la couverture de protection financière contre le risque maladie et le prestataire de service<sup>5</sup> ; (ii) une grande complexité et une opacité entourent les conditions d'utilisation du PSE ouvrant ainsi des espaces à la corruption; (iii) l'absence de référentiels de bonnes pratiques agréés a favorisé le développement de sous et sur médicalisation contribuant indûment à l'augmentation des dépenses publiques (en particulier celles de la CNAM<sup>6</sup>) au niveau des prestataires privés et à un niveau élevé des paiements directs des poches des ménages. Le

---

<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 cloisonnées et ou insuffisamment coordonnées risque de ne pas aboutir à la réalisation des changements attendus de la PNS.

<sup>2</sup> La bonne gestion, la qualité ainsi que l'usage adéquat (efficacité, sécurité, efficience) des médicaments et des biotechnologies doit reposer sur les recommandations des instances nationales habilitées (normatives, évaluation, régulation et contrôle).

<sup>3</sup> En raison de leur poids considérable dans la morbidité et les dépenses pour la santé.

<sup>4</sup> Les décisions d'inclusion/exclusion dans le PSE de certaines prises en charge excessivement onéreuses et sans preuves satisfaisantes sur leur efficacité doivent suivre un processus de délibération publique considérant leur dimension sociétale.

<sup>5</sup> Les assurés sociaux ont le droit à un panier explicite sous forme de listes positives incluant des prestations curatives, dont la prise en charge est limitée par un plafond, tandis que les personnes ayant droit aux services gratuits (AMG1) et aux tarifs réduits (AMG2) ont droit à tous les soins préventifs et curatifs dans la limite de la disponibilité dans les structures sanitaires publiques.

<sup>6</sup> En 2014, 57% des dépenses de la CNAM (hors médicaments spécifiques) sont réalisées au niveau des prestataires privés auxquels seulement 38% de ses affiliés et ayants droits peuvent accéder (filiale privée et système de remboursement).

## Choix stratégique PSE (PNS 2030)

système actuel génère et entretient l'iniquité avec une médecine à plusieurs vitesses et un impact négatif sur la santé de la population.

### **IMPLICATIONS**

- Mise en place d'un mécanisme de définition du PSE et de sa révision impliquant l'ensemble des parties concernées.
- Production et disponibilité d'une information stratégique fiable (ex. études et évaluation des produits médicaux et des technologies de santé, utilisation, études d'impact, expertises indépendantes, dossier médical unique).
- Promotion du paiement par stratégie de prise en charge.
- Un cahier des charges pour les prestataires publics et privés dans le cadre d'une dynamique volontaire et progressive de généralisation, supportées par des incitations pour considérer les soins centrés sur la personne ainsi que la prise en compte de la promotion.

### **LEVIERS/FACTEURS DE REUSSITE**

- Révision des rôles de chaque ligne de soins et un renforcement de la communication entre elles.
- Alignement des ressources aux différentes lignes compte tenu de la disponibilité requise et de l'utilisation du PSE.
- Stratégie d'achat des services dans les deux secteurs, soutenue par la convergence des financements publics (fiscale et cotisations sociales).
- Le PSE se fait en synergie avec la mise en œuvre des choix stratégiques « régime de base unifié pour tous » et « santé familiale et de proximité » dans une logique d'intérêt général et pour la réalisation de la CSU

### **POUR DEMARRER AVEC CREDIBILITE**

Porte d'entrée possible	Exemples de dispositions importantes
Revue critique de l'existant et considération des parcours et des référentiels de bonnes pratiques produits par l'INEAS.	<i>Mise en place d'un mécanisme de définition du PSE et de sa révision.</i>
	<i>Les missions par ligne revues au terme de la 2<sup>ème</sup> année (loi 91-63)</i> <i>Des dispositions pour aligner les ressources en conséquence sont prises.</i>
	<i>Opérationnalisation du mécanisme de veille et d'alerte.</i>

### **CHANGEMENTS ATTENDUS**

Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
Dispose d'un droit explicite et opposable, lui permettant d'avoir accès à un paquet de services harmonisés entre les prestataires publics et privés. Bénéficie ainsi d'une offre de services plus équitable et basée sur des données probantes.	Sont plus en confiance en disposant de référentiels de bonnes pratiques.	Mieux encadré pour la qualité, la sécurité des soins.  Plus équitable.  Plus efficient.	<i>Le PSE progressivement défini, devient opposable pour chaque de ses parties validées.</i>  <i>Il le sera entièrement au terme de la 5<sup>ème</sup> année de mise en œuvre et sera révisité périodiquement.</i>

**CIBLES**

Le choix stratégique PSE contribue aux cibles communes de la PNS et plus spécialement celles relatives à l'accessibilité aux soins de qualité :

Cible	Baseline	2025	2030
% Population à moins de 30 minutes d'un centre assurant les prestations de première ligne accrédité	A calculer <sup>7</sup>	25%	Plus de 60%
% Population à moins d'une heure d'un hôpital général <sup>8</sup> ou universitaire accrédité	A calculer <sup>9</sup>	30%	75%
% Population ayant accès aux pôles inter régionaux fonctionnels	0% (Pas de pôles interrégionaux actuellement)	30%	90%

---

<sup>7</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>8</sup> L'hôpital général dispose d'un plateau technique assurant au moins toutes les spécialités dites essentielles.

<sup>9</sup> A calculer par région avec l'appui des circonscriptions sanitaires dans le cadre du processus de la planification stratégique.

Choix stratégique PSE (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.

Choix stratégique PSE (PNS 2030)