



Actes de la conférence internationale

*ENJEUX et PERSPECTIVES ÉCONOMIQUES en AFRIQUE
FRANCOPHONE*

Dakar, 4-5-6 février 2019

Analyse de la gouvernance de l'achat des services de santé et des méthodes de paiement : Comment aller vers un achat stratégique pour la couverture santé universelle en Tunisie ?

Imen JAOUADI

Maitre assistante ISG Bizerte (Université de Carthage) – Carthage,
Tunisie

jaouadiimen2@gmail.com

Inke MATHAUER

Spécialiste Sénior en financement de la santé, département
gouvernance et financement des systèmes de santé OMS-Genève,
Genève, Suisse

mathaueri@who.int

Mohamed MOKDAD

Directeur des structures sanitaires publiques au ministère de la
santé tunisien – Tunis, Tunisie

mohamed.mokdak@icloud.com

RÉSUMÉ

Objectif : Cet article vise à étudier la gouvernance de la fonction d'achat des services de la santé en Tunisie, et ce pour accroître son efficacité et élargir la couverture financière contre le risque maladie. Il s'agit d'apporter une meilleure compréhension des facteurs déterminants de la transition vers l'achat stratégique en mettant l'accent sur les intérêts et incitations des prestataires et le rôle que peuvent jouer les acteurs institutionnels tels que le ministère de la Santé et la caisse nationale d'assurance maladie.

Méthode : Une collecte de données qualitatives a été effectuée par des interviews avec les prestataires de santé et les acteurs institutionnels en suivant le guide (de l'Organisation mondiale de la Santé) d'évaluation de la fonction d'achat.

Résultat : Un mixte des modes de paiement (fragmentation institutionnalisée) associé à une faible incitation des prestataires dans le secteur public et une absence de régulation du secteur privé affectent négativement la gouvernance de la fonction d'achat et empêchent la réalisation des achats stratégiques des services de santé.

Conclusion : le passage vers un achat stratégique devrait se faire moyennant une optimisation des méthodes de paiement (paiements à la performance) et du renforcement de la

gouvernance (création d'une instance de coordination des différents acteurs).

MOTS CLÉS *Financement de la santé ; méthodes de paiement ; gouvernance de l'achat*

Les idées et opinions exprimées dans les textes sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'OFE ou celles de ses partenaires. Aussi, les erreurs et lacunes subsistantes de même que les omissions relèvent de la seule responsabilité des auteurs.

Pour citer ce document :

Jaouadi, I. ; Mathauer, I. ; Mokdad, M. 2019. « Analyse de la gouvernance de l'achat des services de santé et des méthodes de paiement : Comment aller vers un achat stratégique pour la couverture santé universelle en Tunisie ? », dans *Enjeux et perspectives économiques en Afrique francophone* (Dakar, 4 – 6 février 2019). Montréal : Observatoire de la Francophonie économique de l'Université de Montréal, 637-654 pages.

Introduction

L'analyse économique du fonctionnement du système de santé vise à optimiser l'emploi des ressources pour offrir à toute la population des soins de qualité de façon équitable¹. L'économie est mise à contribution pour analyser et comprendre comment les incitations financières, organisationnelles, réglementaires et légales influencent le comportement des acteurs ? (De Pourville et Contandriopoulos, 2000).

De par ses effets sur les incitations des acteurs et la réalisation des objectifs d'efficacité, efficacité, qualité et équité du système de santé, la fonction de financement (en particulier les modes de rémunération² des structures sanitaires et des professionnels de santé), et sa gouvernance s'avèrent déterminantes pour les achats dits stratégiques.

En effet, les différents modes de rémunération des prestataires de soins, à l'acte, salariat ou par capitation³, génèrent des incitations différentes. La rémunération à l'acte (dans le secteur privé) entraîne une multiplication des actes et se traduit par une « sur prestation » et/ou une « sur facturation » ce qui entraîne des revenus plus importants pour le prestataire et des dépenses additionnelles à la charge du patient. Dans le secteur public (où le médecin est salarié) on observe un effet inverse expliqué par une sous-production (manque de motivation des professionnels) et un temps réduit accordé aux patients (à cause de l'encombrement des structures publiques). Finalement, la capitation correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera. Les incitations ressemblent à celles du salariat.

Si nous passons à la rémunération des structures telles que l'hôpital (au forfait, à l'acte et en lignes budgétaires), qui est un centre de coûts colossal, la situation se complique davantage et les problèmes de maîtrise de coûts, d'efficacité, d'efficacité et d'équité seront plus importants.

¹ Ce que l'OMS désigne par la couverture santé universelle (CSU), en cohérence avec les recommandations de l'OMS (Résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la santé de 2005), beaucoup de pays à faible ou moyen revenu cherchent à développer une stratégie claire et cohérente de financement de la santé en vue d'étendre la couverture des services de santé et d'atteindre l'universalité. « *Veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers* » telle est la couverture universelle comme défini par l'Organisation mondiale de la Santé.

² C'est ce que l'OMS appelle la sous fonction d'achat des services de santé.

³ Ce mode de rémunération n'est pas adopté en Tunisie.

Toutefois, « l'achat des services », l'une des trois composantes clés du financement de la santé⁴, traduit l'utilisation des ressources de la santé pour la rémunération des prestataires (OMS. OASIS, 2014). Sachant que le financement de la santé implique toujours un rationnement, les décisions sur l'établissement des priorités et l'allocation des ressources ont de grandes implications, surtout lorsque les ressources sont faibles (Palmer et al. 2004; Roberts et al. 2004a).

L'amélioration de la fonction d'achat est un problème récurrent pour tous les systèmes de santé, vu l'apparition de nouvelles opportunités et de nouveaux défis (par exemple, nouvelles priorités sanitaires, changement de comportement des prestataires) ce qui exige que l'achat de services soit optimisé dans la durée (Mathauer et al, 2017). Ce qui justifie le lien très important entre gouvernance et financement.

I. Objectif et méthode de l'évaluation de l'achat des services de santé en Tunisie

Ce travail vise à évaluer la contribution du mixe des mécanismes de paiement et la gouvernance autour de la fonction de l'achat des services de la santé en Tunisie dans l'objectif d'accroître son efficacité, d'élargir la couverture financière contre le risque maladie (réduire les co-paiements et les paiements directs des ménages et étendre le panier de soins) et la rendre plus effective⁵ en apportant une meilleure compréhension des facteurs qui facilitent et/ou qui empêchent la transition vers l'achat stratégique en mettant l'accent sur les intérêts et incitations des acteurs sachant que les arrangements institutionnels avec une tierce partie telle qu'un organisme d'assurance, pourraient accroître la redevabilité des différents acteurs (et/ou prestataires) en fonction du modèle d'assurance (Criel et al. 2005). Il s'agit donc :

- d'évaluer les mécanismes de paiement et préciser comment ils influencent le comportement des prestataires et la performance du système de santé ;
- évaluer la gouvernance de l'achat des services de soins au niveau du ministère de la santé (MS) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ;
- et proposer des recommandations adaptées au contexte tunisien afin d'optimiser l'achat stratégique.

⁴ Les deux autres composantes sont la collecte de fonds et leurs mises en commun. L'achat constitue la troisième sous fonction du financement.

⁵ Les états des lieux dégagés suite aux travaux du dialogue sociétal en 2014 ainsi que les orientations de la réforme issues de ce même processus témoignent de la défaillance du financement et de la gouvernance du système de santé tunisien (voir les travaux du dialogue sociétal 2014, rapport et livre blanc).

1. Définition et cadre conceptuel

Dans le cadre de ce travail, il s'agit de définir les arguments et des modalités de passage d'un achat passif, basé sur l'allocation des fonds aux prestataires sans sélection, sans monitoring ni connaissance de leur performance pour un panier de soins peu défini, ou sur la base des méthodes de paiement qui offrent peu d'incitatifs, vers un achat stratégique (actif), liant le transfert de fonds aux prestataires sur la base de leurs performances et tenant compte des besoins sanitaires des populations (Mathauer et Dkhimi, 2018). L'achat stratégique a aussi pour objectif de garantir une affectation optimale des ressources entre les niveaux de soins pour assurer leur continuité, et pour les différents prestataires qui sont rémunérés sur la base d'incitatifs financiers ou non financiers. La gouvernance du financement de la santé permettrait de réduire l'effet de la fragmentation du financement dû à la multiplicité des acheteurs et des modalités de paiement, en l'absence de tout mécanisme de coordination, rendant la fonction d'achat fragmentée.

Ce travail dresse la cartographie des différentes parties prenantes de la fonction d'achat en se concentrant sur :

- Les acheteurs « institutionnels »⁶, c'est-à-dire sur les régimes organisés de financement (ou d'achat) des soins et du paiement des prestations ;
- Les différents types de prestataires de services ;
- Les différentes modalités de paiement qui lient ces acteurs ;
- Les modalités de partage des coûts, qui lient les patients aux prestataires.

Dans un système mixte, le manque de cohérence de différents incitatifs créés par un mixe de modalités de paiement peut mener à des comportements non désirés des prestataires (voir le Tableau 1). Ces réactions possibles des prestataires affectent les performances du système de santé tel que présenté dans le tableau ci-dessous.

⁶ Les ménages, même s'ils représentent une part importante dans la dépense totale de santé, ne disposent pas d'une véritable capacité à influencer la fonction de l'achat.

Tableau 1 : Effets potentiels des modalités de paiement sur le comportement des prestataires

	Définition	Effets possibles sur les objectifs du système de santé
Écrémage des patients	<p>Priorité aux patients capables de payer (solvables), permettant aux prestataires de générer plus de revenus.</p> <p>Discrimination envers les patients les moins « profitables ».</p>	<p>Accès non équitable, inefficience, qualité moindre de services pour les patients « non solvables», protection financière diminuée</p>
Transferts des patients	<p>Référencement du patient vers des niveaux supérieurs sans réelle raison médicale et éviter la prestation non attractives financièrement</p>	<p>Inefficience, protection financière diminuée</p>
Transferts des ressources	<p>Surprestation des services pour lesquels le prestataire perçoit une rémunération plus attractive</p>	<p>Effets variables : Accès non équitable, inefficience, pertes de qualité</p> <p>OU, dans le cas d'incitation à l'augmentation de volume de l'activité, efficience et qualité améliorées</p>
Transferts des coûts (à un autre payeur)	<p>Facturation plus importante pour les patients solvables, notamment par la pratique dite du « balance billing » ou « paiement complémentaire » (faire payer la différence entre le prix conventionnel et le prix désiré par le prestataire)</p>	<p>Iniquité d'accès, Protection financière diminuée</p> <p>OU, subventionnement croisé pour permettre le traitement des patients non-couverts ou ne pouvant pas payer.</p>

Source : Mathauer et Dkhimi (2018)

La gouvernance⁷ de l'achat affecte aussi le fonctionnement des méthodes de paiement et le comportement des prestataires.

En matière d'achat stratégique, les questions de gouvernance concernent :

- la coordination de l'ensemble des acheteurs, souvent une multiplicité (État, caisses d'assurance maladie, mutuelles) ;

⁷ La gouvernance est une fonction transversale des systèmes de santé qui vise à « s'assurer que des cadres politiques existent et qu'ils sont couplés à des dispositifs efficaces de contrôle, de création de coalitions, de réglementation, de conception rigoureuse des systèmes et de responsabilité ». L'exercice effectif de la gouvernance au sein du système de santé est critique pour l'achat *stratégique*.

- les mécanismes de contrôle et de supervision permettant de responsabiliser un acheteur (p.ex. une assurance, une agence) ;
- l'encadrement, la régulation et la supervision des prestataires.

2. Collecte de données

Ce travail a été mené en suivant une approche qualitative. Des entretiens avec les principaux acteurs concernés par l'achat des services de santé ont été effectués après une évaluation des dispositifs de l'achat en utilisant le « guide de l'OMS d'évaluation rapide de la fonction d'achat ». Les acteurs interviewés sont :

- Les principaux acheteurs institutionnels qui sont le ministère de la Santé (MS) ; le ministère des Affaires Sociales (MAS) ; la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et le ministère des Finances (MF).
- Les prestataires de soins du secteur public : Établissement Public de Santé (EPS) et du secteur privé : syndicat des cliniques privées et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), afin d'explorer les modalités de paiement.
- Les directions de gestion, du suivi et de la régulation du financement et des activités de prestation des services de santé au MS.

II. Aperçu du système de santé tunisien

Pour mieux comprendre le fonctionnement du système de santé tunisien, il est important de présenter quelques données sur l'évolution des dépenses de santé, l'architecture du financement et le système de couverture contre le risque maladie. En effet, la Tunisie a consacré près de 7,1% de sa richesse nationale aux dépenses de santé en 2014 (selon les comptes nationaux de la santé CNS 2014). Sur la période 2000-2014, les dépenses totales de santé (DTS), en dinars courants ont presque quadruplé, passant de 1485,9 millions de dinars tunisiens (MDT) à 5715,5 MDT en prix courants. Les DTS par habitant en dinar constant n'ont pas cessé de croître atteignant les 437 DT⁸. Les dépenses publiques de santé en 2014 représentent 4.4% du PIB et sont estimées à 3336,5 MDT (contre 2.7% en 2005). Les paiements directs des ménages constituent 36.6% des DTS (38% des dépenses courantes) en 2014 contre 42.5% des DTS en 2005 (Ministère de la santé, 2014 et CNS 2014).

⁸ Comptes Nationaux de la Santé (2014)

1. L'architecture du financement de la santé

Le système de santé tunisien est composé des deux secteurs, public et privé⁹. Le secteur public est composé de trois lignes.

Le secteur public

La 1^{re} ligne comporte les structures de santé primaire : les 2135 centres de santé de base (CSB) et les 110 hôpitaux de circonscription (HC). Ces structures sont les plus nombreuses et les mieux réparties géographiquement, donc les plus accessibles. Ce niveau primaire assure des prestations préventives et curatives ainsi que d'éducation sanitaire. L'activité des CSB est essentiellement ambulatoire. Les hospitalisations et les accouchements sont assurés par les HC.

La 2^e ligne est composée de 35 hôpitaux régionaux (HR). Ils assurent aussi bien les soins de première ligne pour la population de proximité et reçoivent les malades référés par les CSB et les HC qui ont besoin d'une prise en charge spécialisée.

La 3^e ligne assure les soins de référence spécialisés et hyperspécialisés en plus des soins des premier et second niveaux pour la population de proximité. Ce niveau de soins est composé de 23 Établissements Publics de Santé (EPS) et 9 centres et institutions spécialisés, et qui sont situés sur le littoral où se trouvent les 4 facultés de médecine.

Le secteur privé

L'offre privée se montre bien développée, le nombre de cabinets médicaux et de cliniques privés ne cesse d'augmenter. Le nombre des cliniques privées est passé de 72 cliniques avec 3200 lits en 2010 à 95 cliniques avec 5603 lits, en 2017, la majeure part de ces cliniques est installée sur le littoral, soit 89% des cliniques avec 92% du nombre total des lits. Le secteur privé accapare une part importante de ressources humaines (52% des médecins généralistes, 56% des médecins spécialistes, 81% des médecins dentistes et 76% des pharmaciens) et des équipements médicaux (plus que 80% des équipements lourds), ces équipements lourds existent surtout dans le littoral (selon les statistiques de 2017, 83% des scanners, 85% des imageries par résonance magnétique

⁹ Il existe un secteur parapublic composé des hôpitaux militaires, des forces de la sécurité intérieure, des polycliniques de la CNSS (caisse nationale de la sécurité sociale, caisse des employés du secteur privé) et de centres médicaux des entreprises publiques.

(IRM) et 87% des salles de cathétérisme cardiaque sont installés dans les régions côtières), ce qui crée une iniquité d'accès géographique importante entre les régions (Ben Abbes, 2018).

2. Le système de couverture du risque maladie

Le système de financement de la santé en Tunisie est caractérisé par la coexistence de différents mécanismes de couverture du risque maladie¹⁰ fondés sur un régime de base unique caractérisé par la coexistence de deux régimes explicites.

Le premier est le *régime d'assurance maladie obligatoire* couvrant les travailleurs du secteur formel et leurs ayants droit¹¹, par trois filières optionnelles (filière publique, filière privée et filière remboursement). Ce régime est géré par la CNAM qui couvre 68% de la population totale.

La CNAM a adopté un taux de cotisation unique (6,75% du salaire) pour les actifs employés en contrepartie de l'accès à un même panier de soins selon les besoins afin de réaliser l'équité du financement et l'équité de l'accès aux soins¹² (Zouari 2015 ; Zouari et al, 2015).

Le second est le *régime d'assistance* ou à tarification réduite et de gratuité des soins (TRGS) qui couvre les soins dans les structures sanitaires publiques (SSP) pour deux groupes de population (environ 24% de la population totale) : les plus démunis (pauvres) bénéficient d'une gratuité totale des soins (GS) sans paiement de ticket modérateur (TM) et les moins démunis (vulnérables) bénéficient d'un accès aux soins à un tarif réduit (TR) avec le paiement d'un TM (Banque Mondiale, 2016).

Malgré l'existence d'un régime de couverture de base, une bonne proportion de la population (plus que 8%) reste exclue de tout type de couverture¹³.

¹⁰ Pour plus de détails voir le rapport OASIS (OMS, 2014).

¹¹ A l'exception de certains travailleurs indépendants ou salariés notamment dans le secteur agricole et le secteur du bâtiment.

¹² Comme les cotisations ne sont pas liées au risque de santé, il y a une mutualisation des risques entre les assurés sociaux bien- portants et ceux qui connaissent des problèmes de santé. De plus, comme les cotisations sont proportionnelles au revenu, il y a une mutualisation des risques entre différentes classes de revenus.

¹³ Selon les données du MAS 2011.

III. Le mixe de paiement des prestataires et son effet sur la gouvernance de la fonction d'achat

Le MS achète les services en appliquant les règles d'allocation budgétaire en vigueur. Il reçoit des fonds de la part du Ministère des Finances (MF) y compris un transfert de 85 MDT par la CNAM au trésor public au titre du MS pour les soins offerts en 1^{re} ligne¹⁴ (Rapport CNAM, 2016). Le MS se charge ensuite de les allouer à ses structures (aux HC et les groupements de soins de santé de base GSSB).

La CNAM achète les soins de santé au profit des assurés par un mixe de méthodes de paiement, sur la base d'une contractualisation et des conventions négociées avec les prestataires publics ou privés. Au niveau des structures publiques de 2^e et 3^e ligne et des structures privées, il y a un système de facturation. Les procédures d'achats de services par la CNAM aux différentes structures de soins (public et privé) sont caractérisées par une complexité importante et un traitement différencié du remboursement en fonction du type de structure (publique ou privée).

1. Méthodes de paiement dans le secteur public

La 1^{re} ligne : Groupements des soins de santé de base (GSSB) et hôpitaux de circonscription (HC)

La principale méthode de paiement est par l'allocation des lignes budgétaires (en se référant à la subvention de l'année n-1 et de l'année n) sans avoir d'autonomie financière.

Le titre 1 est constitué par les ressources propres (RP), provenant des TM, et des subventions de l'État en lignes budgétaires. Le titre 2 contient le budget d'investissement qui est consacré à l'acquisition de matériel lourd, construction et maintenance des bâtiments. Ce budget est assuré par le MS.

Ce mixe de paiement, associé à l'absence d'autonomie financière de ces structures, crée une faible incitation à augmenter le volume d'activité et à développer les services prodigués. En l'absence de paiement à la performance et avec le risque de la diminution de la subvention de l'État si les recettes propres des HC augmentent, l'achat au niveau des services de santé primaire reste plutôt passif.

¹⁴ La CNAM verse, chaque année, une dotation de 85 MDT au MS sous forme d'un appui budgétaire au trésor sans que ce montant ne soit explicitement affectée aux SSP de première ligne, ni comme budget pour couvrir les dépenses des assurés de la CNAM qui consultent en 1^{ère} ligne.

La 2^e ligne : Hôpitaux régionaux (HR) et la 3^e ligne : Établissements publics de santé (EPS)

Concernant les méthodes de paiement pour la 2^e et 3^e ligne, il s'agit d'un mixe complexe :

La première méthode de paiement est le forfait par pathologie que la CNAM paie pour les affiliés sur la base d'une facturation. La somme des forfaits est plafonnée pour chaque hôpital.

La deuxième méthode de paiement par la CNAM est les paiements à l'acte pour les diagnostics complémentaires (IRM, scanner). Ces paiements sont hors plafond de la CNAM.

Troisièmement, les paiements hors plafond pour les hospitalisations de la chirurgie cardiaque et les actes de transplantations (hépatique, rénale ...).

Ces modalités de financement des hôpitaux souffrent d'inadéquation due au fait que la dotation globale n'est pas liée à l'activité ou aux coûts réels sachant que les montants reçus de la part de la CNAM sont plafonnés.

Les EPS génèrent leurs fonds propres de par leur statut juridique (autonomie qui reste théorique), les ressources de ces structures sont faites essentiellement par les crédits alloués par l'Etat (les salaires des fonctionnaires médicaux, paramédicaux et techniques), les recettes provenant de leur activité, dont la facturation à la CNAM et les TM et autres (idem pour les HR)¹⁵.

Le budget de fonctionnement des HR et EPS sont constitués par des allocations en lignes budgétaires sous forme de crédits délégués pour la rémunération du personnel permanent (médecins, professionnel de santé, gestionnaires..). La rémunération des ouvriers et les primes de gardes ainsi que les frais de fonctionnement restent à la charge de l'hôpital en provenance de leurs ressources propres (RP).

En apparence le financement de ces SSP prend la forme d'un financement à l'activité, mais en réalité il s'agit d'une enveloppe budgétaire préalablement fixée désignée par un plafond de facturation basée sur des tarifs établis de manière arbitraire sans aucune corrélation entre le niveau du financement et les coûts supportés réellement.

¹⁵ Sauf que les HR ne bénéficient pas de l'autonomie financière.

Le plafonnement des forfaits reçu de la part de la CNAM permet une bonne maîtrise des coûts (soucis d'atteindre le plafond avant la fin de l'exercice). Son effet sur le volume d'activités est plutôt ambivalent : d'un côté, il n'encourage pas les prestataires à augmenter leur volume d'activité et en même temps, il laisse ces structures amenées à consommer la totalité de leur enveloppe globale annuelle, sous peine de garder un reliquat et voir leur plafond diminuer pour l'exercice suivant. En revanche, les RP incitent à l'accroissement de l'activité afin d'optimiser l'utilisation des infrastructures et éviter les inefficiences (ex.: bloc opératoire).

2. Méthodes de paiement dans le secteur privé

Les cabinets privés

La principale méthode de paiement est le paiement à l'acte pour les médecins de libre pratique pour les affiliés de la CNAM, des assurances privées et les payants.

Le système de paiement et de couverture/remboursement est très complexe, raison pour laquelle le prestataire et l'affilié doivent être informés lorsque le plafond est atteint.

Les cliniques privées

La principale méthode de paiement des cliniques privées, par la CNAM, est le forfait pour une intervention des 54 actes interventionnels conventionnés. La logique de forfait (montant maximum) pour une pathologie ne reflète pas les coûts réels surtout que la convention établie entre le syndicat des cliniques privées et la CNAM date depuis 2007.

Contrairement au secteur public, les prestataires du privé ne disposent pas de plafonds annuels que ce soit pour les services ambulatoires ou pour les hospitalisations. Donc ils n'ont pas de soucis concernant l'accroissement du nombre de patients (ils seront toujours remboursés par la CNAM).

Du fait de son autonomie financière complète et sa vocation lucrative, le secteur privé se trouve très encouragé à développer son offre de services et d'augmenter ses propres ressources. L'incitation des prestataires dans le secteur privé est tournée vers l'attraction des patients financièrement solvable (payants).

Nonobstant la limitation du panier de soins à 54 interventions conventionnées, ceci n'a pas donné lieu à la limitation des recettes des cliniques. Le gonflement des frais de l'hôtellerie et les autres prestations hors panier font compenser la restriction du panier couvert par la CNAM.

Le secteur privé qui assure une meilleure disponibilité reste plus attractif bien qu'il génère un surcoût injustifié, en grande partie supporté par les patients (Dialogue sociétal, 2018).

3. Effets du mixe des méthodes de paiement sur le système de santé

L'architecture du système de financement de la santé démontre que la fragmentation est institutionnalisée et se prolonge dans la fonction d'achat de services, par un système mixte et non aligné des méthodes de paiement à travers les niveaux et les secteurs.

Tout d'abord, le différentiel entre les tarifs conventionnels et les tarifs pratiqués dans le secteur privé font accroître les profits des prestataires du secteur privé qui recourent à un écrémage de patients en préférant les payants. D'autre part, le secteur privé fait transférer les coûts vers le secteur public afin de réduire ses charges et responsabilités pour les cas compliqués ou pour certains cas, le patient est admis dans la structure privée et puis une fois la facture commence à s'alourdir, on lui demande de trouver une place dans le public.

La différence de modes de paiement entre le secteur privé et le secteur public explique la différence des incitations des prestataires (augmentation du volume, génération des revenus, attraction des patients à travers des aspects de qualité de processus dans le secteur privé) et fait que les patients et le personnel de santé sont fortement attirés par le secteur privé. Pour les patients, il s'agit d'une meilleure qualité perçue et pour les médecins, la rémunération est nettement meilleure, ce qui explique la migration du personnel de santé du secteur public vers le privé.

Le mixe de modalités de paiement contribue à la mise en place d'un système à deux vitesses avec un secteur privé qui continue à croître de façon drastique au détriment du secteur public. Ce système à deux vitesses, aussi dû à la fragmentation de la couverture maladie (les trois filières de la CNAM et le régime des TRGS) affecte l'équité d'accès aux services de santé. D'autant plus, le système de soins se montre hospitalo-centrique, réparti de manière inéquitable, peu coordonnée et segmentée en plusieurs composantes (public, privé, parapublic) dont la première ligne (CSB et les médecins de famille) semble jouer le rôle de recours par défaut et non plus comme un contact privilégié en raison de la proximité et la coordination des soins. En conséquence la plupart des patients n'ont que peu d'incitations à respecter les lignes de soins ce qui laisse la 1^{re} ligne sous-utilisée et la 3^e ligne encombrée.

4. Analyse de la gouvernance de l'achat

Le constat majeur porte sur la fragmentation de la prise de décision et l'attribution des rôles autour de la fonction d'achat. En effet, il y a de multiples acteurs (CNAM, MS, MAS, MF, secteur privé¹⁶) impliqués dans la prise de décision sans qu'il n'y ait de structure de coordination pour la gouvernance de l'ensemble.

L'interdépendance entre les ministères et entre les secteurs n'est pas prise en compte lors de la prise de décision. Chacun des acteurs est en train d'opérer selon sa propre vision et intérêt mettant de côté l'aspect multisectoriel (prestation, financement et prise en charge). C'est pourquoi, en l'absence d'une structure d'intendance pilote pour coordonner la multiplicité des acteurs de l'achat, le pouvoir de négociation de chaque acheteur reste affaibli.

La fragmentation dans la mise en commun¹⁷ continue à travers la fonction d'achat (différences dans la rémunération des soins de santé fournis aux CNAMistes comparés aux bénéficiaires des TRGS, et différences dans la rémunération entre le secteur public et privé) et fait pénaliser les patients dont les paiements directs continuent à augmenter. Avec une couverture différenciée aussi bien en termes de panier de soins que de mécanismes de paiement et de remboursement, les affiliés de la CNAM (public/privé) et les bénéficiaires des TRGS risquent d'être moins protégés contre les risques financiers et de maladies si aucun effort ou mécanisme d'harmonisation de la couverture ou de tarifs entre secteurs public et privé ne sont mis en place.

Concernant les deux grands acheteurs institutionnels, certaines défaillances de gouvernance sont à relever. Le MS se trouve désengagé de la régulation du secteur privé (tarification et offre) et la CNAM, de son côté, soucieuse de son équilibre financier, les questions portant sur les achats stratégiques et l'extension de la couverture ne semblent pas être la priorité de la caisse qui se contente du rôle du gestionnaire limité à l'exécution des tâches de gestion financière et administrative.

Étant donné le rôle important que pourrait jouer la CNAM en tant qu'acheteur stratégique, il serait nécessaire qu'elle ait un pouvoir de négociation avec les différents prestataires et défende les droits de ses affiliés (cotisants) pour les protéger davantage contre les risques maladie, en élargissant le panier de services par exemple, et le risque

¹⁶ Le secteur privé est impliqué directement dans la prise de décision autour des tarifs.

¹⁷ La 2^{ème} sous-fonction du financement.

financier, en réduisant les dépenses directes qui restent importantes (36,6% des DTS) malgré leur baisse depuis 2005 (Ayadi et al, 2017).

La potentialité de négociation de la CNAM ,en tant qu'acheteur stratégique, se trouve affaiblie par le désengagement du MS de la régulation du secteur privé en plus du manque d'information concernant les coûts réels des services.

IV. Conclusion

La complexité du système de financement expliquée par la rareté des ressources, la multiplicité des acteurs, la « divergence » des intérêts des prestataires, l'asymétrie de l'information et la faiblesse de la coordination entre les différents intervenants...etc. traduit la nécessité de la mise en œuvre d'arrangements solides pour améliorer la gouvernance de l'achat et le rendre plus stratégique.

En effet, le financement du système de santé tunisien dispose de certains points positifs qui peuvent constituer des leviers pour un achat plus stratégique. Une part des dépenses totales de la santé en pourcentage du PIB de 7,1%, un système de protection sociale couvrant 92% et une caisse unique pour l'assurance maladie sont des points forts du système de santé et de couverture sociale. L'introduction de la gestion du budget par objectif constitue également un potentiel pour une meilleure gouvernance du système de la santé. D'un autre côté, la multiplicité des acheteurs, l'absence et/ou la faiblesse des mécanismes de régulation, l'inefficience des modes de paiement et le non-respect des tarifs conventionnels sans incitation à la performance des services de santé à travers les mécanismes d'achats stratégiques, de régulation, et de transparence constituent les principaux facteurs sur lesquels il faut agir pour rendre le financement du système de santé plus efficient et plus équitable. Le mode de rémunération des médecins et du personnel de la santé doit changer pour modifier leurs incitations vers un accroissement du volume d'activité et assurer plus de recettes aux HR et EPS.

L'analyse de la gouvernance de la fonction d'achat a démontré qu'il est important de recourir à une optimisation des méthodes de paiement et au renforcement de la gouvernance au niveau du MS et de la CNAM pour aller vers des achats plus stratégiques permettant d'atteindre la CSU.

En effet, le MS doit optimiser ses méthodes de paiements principalement en introduisant un paiement à la performance, remplaçant les allocations en lignes budgétaires rigides pour les CSB, HC et HR et recourir à un financement explicite des

bénéficiaires des TRGS. Pour renforcer sa gouvernance, le MS est amené à créer une instance de pilotage prudentiel pour coordonner l'ensemble des acheteurs et mettre en place des arrangements pour rendre plus flexible la redistribution de plafonds institutionnels entre les différentes structures publiques.

Pour la CNAM, l'optimisation des méthodes de paiements nécessite en premier lieu la révision des forfaits pour les secteurs public et privé, le renforcement du contrôle de la tarification pratiquée dans le secteur privé et la restructuration du paiement en forfait en incluant des aspects cliniques et aussi non cliniques. Réviser les modalités de plafonnement des EPS et HR et étudier la possibilité de plafonnement pour le secteur privé pour limiter la surprestation et surfacturation. Pour renforcer sa gouvernance, la CNAM devrait unifier les filières privées et remboursements (du secteur privé) avec la filière publique en ayant une logique de médecine de famille « gate keeper ». L'introduction d'un contrat de performance optimiserait les dépenses de santé et améliorerait les incitations des prestataires.

Bibliographie

- Ayadi, I. et El Abassi, A. 2017. « Crise de financement de la santé en Tunisie : quelles solutions pour progresser vers la couverture sanitaire universelle », *Working paper*.
- Ben Abbes, R. 2018. « L'accès à des services de santé de qualité : Quels enjeux pour le système de santé tunisien », *Présentation à journée mondiale de la santé*.
- Banque mondiale. 2016. « Assistance technique de la banque mondiale sur le financement de la santé en Tunisie : Etude sur l'assistance médicale gratuite », *Rapport de la Banque Mondiale Tunisie*.
- Criel, B. Diallo, AA. Van der Vennet, J. Waelkens, MP. et Wiegandt, A. 2005. « La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes: le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée-Conakry », *Tropical Medicine and International Health* 10 (5), 450-463.
- CNAM. 2016. « Rapport d'activité CNAM », *CNAM Ministère des affaires sociales*. 92p.
- De Pourvoirville, G. et Contandriopoulos, A.P. 2000. « Les économistes et la santé : questions de recherche et enjeux pour demain », *médecine/sciences*, 16 : 1172-85
- Dialogue Sociétal. 2014. « Pour une meilleure santé en Tunisie : faisons le chemin ensemble », *Livre blanc*, <http://www.hiwarsaha.tn/upload/1409228805.pdf>
- Dialogue Sociétal. 2014. « Santé en Tunisie : Etats des lieux », *Rapport de la phase 1 du Dialogue sociétal*, <http://www.hiwarsaha.tn/upload/1409236122.pdf>
- Dialogue Sociétal. 2018. « Note d'information sur le financement de la santé », *Dialogue sociétal phase 2*, (document interne).
- Mathauer, I. Dale, E. et Meessen, B. 2017. « L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : enjeux et questions politiques clés », *Financement de la santé, document de travail N° 8*, OMS.
- Mathauer, I. Dkhimi, F. 2018. « Cadre conceptuel pour analyser le mix des méthodes de paiement », *Health Governance Financing, Guidance Document*, Geneva, WHO.
- Ministère de la santé. 2014. « Quels chemins vers la couverture sanitaire universelle ? », *Rapport du Ministère de la santé*.

- OMS. OASIS. 2014. « Analyse du système de financement de la santé en Tunisie », *Rapport technique basé sur l'approche OASIS, Tunis (OMS)*.
- Palmer, N. Mueller. DH, Gilson, L. Mills, A. et Haines, A. 2004. « Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? », *Lancet* 364(9442): 1365-1370.
- Roberts, MJ. Hsiao, WC. Berman, P. et Reich, MR. 2004a « Financing », *In Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press : 153-189.
- Zouari, S. et Ayadi, I. 2015. « Modalités de couverture du risque maladie par la caisse nationale d'assurance maladie en Tunisie : pertinence et impact » *Working paper*.
- Zouari, S. 2015. « Evaluation de la pertinence et de l'impact de la coexistence de diverses modalités de couverture du risque maladie pour les assurés sociaux en Tunisie », *Working paper*.