

---

*La fragmentation: un défi dans la marche vers la CSU:*

*Une évaluation de l'impact de la coexistence de plusieurs modalités de couverture au sein de la CNAM en Tunisie.*

---

**Ines AYADI**

ESC - Université de Sfax

**Salma ZOUARI**

URECA- Université de Sfax

IHEC - Université de Carthage

**Benoit MATHIVET**

OMS Tunisie

*4th AfHEA International Scientific Conference – 26th-29th September 2016, Rabat, Morocco*

1

---

Cette présentation est extraite d'une étude réalisée pour le compte du Ministère de la santé et financée par le Partenariat UE-OMS pour la CSU

---

2

## Contexte et justification

- La **constitution de 2014** dans son article 38 reconnaît le droit à la santé
- **Le Livre Blanc de 2014** préconise comme axe stratégique n°7 la réforme du financement de la santé et suggère pour la couverture maladie par la CNAM une unification des filières.
- Les trois modalités de couverture du risque maladie en vigueur depuis juillet 2007 sont soupçonnées de poser des problèmes d'efficacité et d'équité. **Cette fragmentation est-elle pertinente et quel en est l'impact ?**

3

## Sommaire

- Méthodologie
- Les trois modalités en vigueur : leurs caractéristiques
- Pertinence et enjeux de la coexistence des 3 modalités
- Impact en termes d'efficacité
- Impact en termes d'équité
- Conclusion

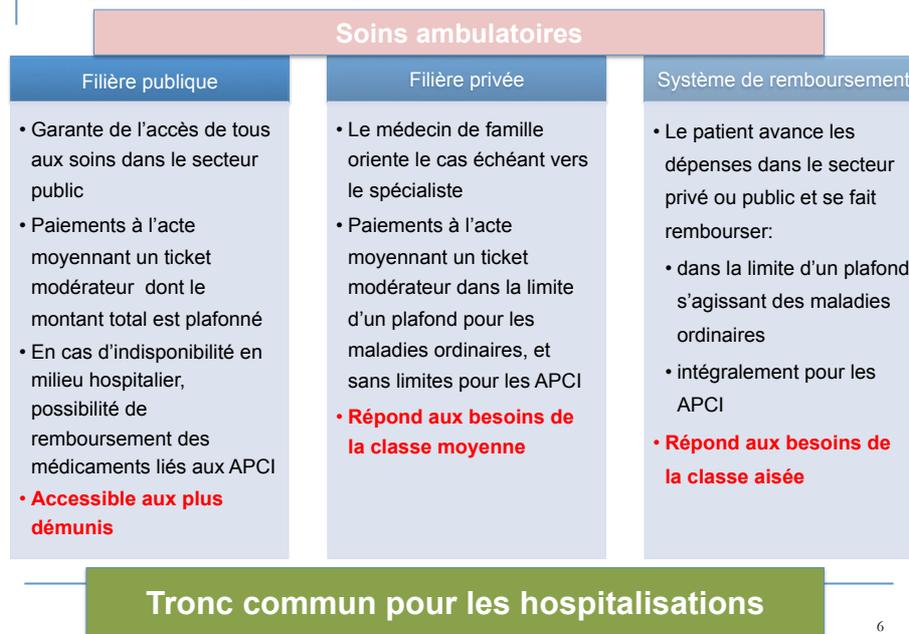
4

## Méthodologie

- Pour répondre à notre question de recherche et pour mieux l'affiner nous avons :
  - Effectué des entretiens avec des responsables de la CNAM
  - Procédé à une analyse documentaire notamment à l'étude des comptes rendus du dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et plans nationaux de santé (2012-2014)
  - Interrogé la théorie sur l'assurance maladie
  - Analysé les données statistiques de la CNAM
  - Utilisé les données individuelles de l'enquête nationale sur le budget et la consommation des ménages réalisée par l'INS en 2010

5

## Les 3 modalités



6

## Pertinence des 3 modalités et enjeux

- Liberté de choix entre les trois modalités pour la prise en charge des soins ambulatoires
- Différenciation du service d'assurance selon le pouvoir d'achat:
  - Taux de **contribution** unique (6.75% pour les actifs et 4% pour les pensionnés) : les plus riches cotisent plus que les pauvres et les bien portants financent les malades.
  - Panier des soins offert **identique** et théoriquement généreux, mais en réalité rationnement au niveau des services publics (files d'attente, déficit de médicaments, qualité de d'hôtellerie...)

7

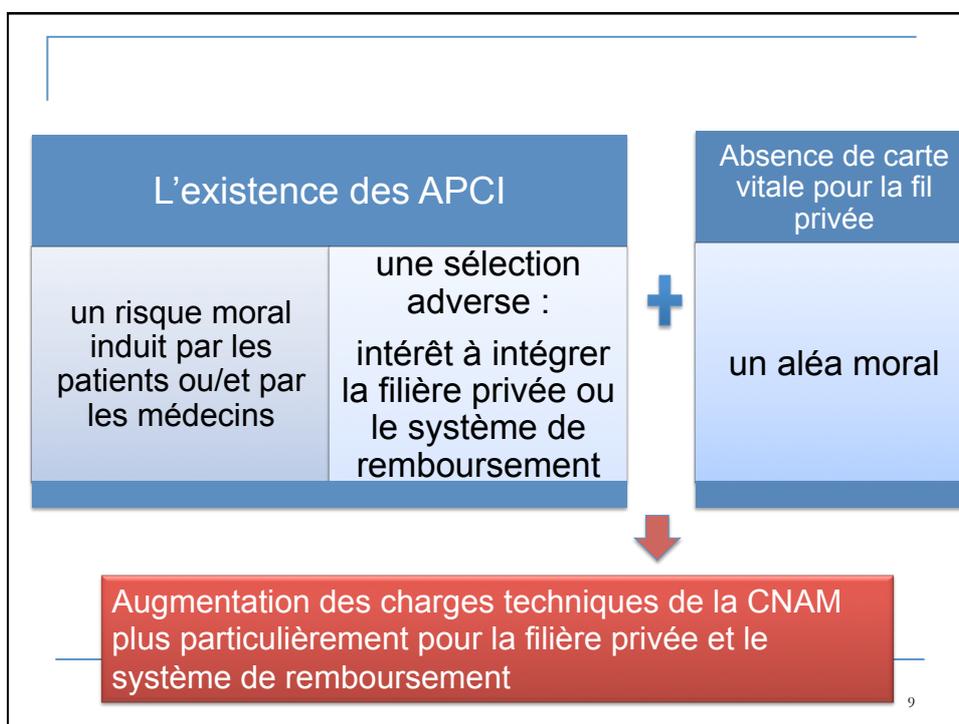
Volonté de limiter le risque moral lié à l'assurance maladie

- Les plafonds de remboursements
- Les tickets modérateurs

Volonté de limiter les dépenses catastrophiques pour les ménages

- Les tickets modérateurs sont plafonnés dans la filière publique
- Les APCI ne sont pas soumises au plafond

8



## Impact de la coexistence de 3 modalités en termes d'efficacité

- Comment ont évolué les dépenses de santé à charge de la CNAM?
- Y a-t-il sélection adverse c'est à dire surreprésentation des hauts risques dans le système de remboursement et dans la filière privée?
- Un risque moral (ou surconsommation) est-il associé aux APCI?
- Un risque moral est-il associé aux maladies ordinaires de la filière privée ?

## Comment ont évolué les dépenses de santé à charge de la CNAM?

### Evolution des charges techniques au titre des maladies chroniques et des maladies ordinaires

	2008	2013	2013/2008
Dépenses en MDT	788,653	1699,223	115,5%
Bénéficiaires	5716056	6364732	11,3%
Dépense/bénéficiaire en DT	138	267	93,5%

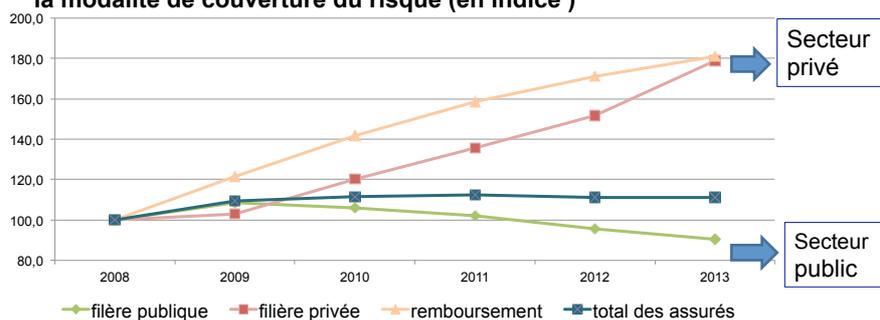
### Fuite en avant des dépenses de santé.

Qui bénéficie de cette augmentation?

11

## Y a-t-il sélection adverse?

### Evolution du nombre des bénéficiaires de l'assurance maladie selon la modalité de couverture du risque (en indice)



Les choix vont de plus en plus vers le système de remboursement et la filière privée (donc vers le secteur privé) au détriment de la filière publique (donc du secteur public)

12

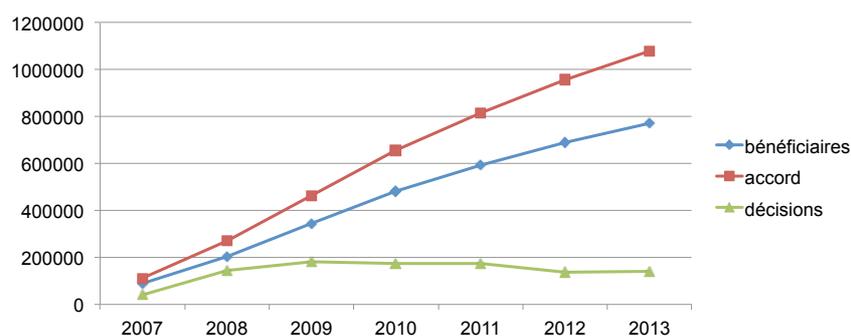
### Charges techniques de la CNAM selon le régime de couverture du risque (hormis les médicaments spécifiques)

		2009	2013	variation en %	
SECTEUR PUBLIC	Dépenses en MDT	419,271	572,665	37%	42% des dépenses
	Nombre de bénéficiaires	4755256	3948313	-17%	62% des bénéficiaires
	Dépense/bénéficiaire en DT	88,2	145,0	65%	
SECTEUR PRIVE	Dépenses en MDT	426,442	794,924	86%	58% des dépenses
	Nombre de bénéficiaires	1503576	2416419	61%	48% des bénéficiaires
	Dépense/bénéficiaire en DT	283,6	329,0	16%	
TOTAL	Dépenses en MDT	845713	1367589	61,7%	
	Nombre de bénéficiaires	6258832	6364732	1,7%	
	Dépense/bénéficiaire en DT	135	215	59%	

Il y aurait un sérieux problème d'équité si les trois modalités de CR correspondent à une différenciation des assurés par niveau de revenu. Dans ce cas, les pauvres financeraient les riches.

13

### Evolution des indicateurs relatifs aux APCI (en unités)



L'évolution s'explique notamment par la très forte croissance des APCI en raison d'un effet d'apprentissage progressif du système et de migration progressive vers la filière privée

14

### Y a-t-il RISQUE MORAL?

**Evolution en % du nombre de consultations ordinaires et de consultations APCI prises en charge par la CNAM selon le régime d'affiliation (2009-2013)**

	assurés	bénéficiaires	consultation ordinaires	consultations APCI
filière privée	54%	74%	108%	51%
système de remboursement	48%	49%	55%	60%
total	50%	61%	82%	57%

Il y a un risque moral au niveau des consultations ordinaires pour la filière privée à cause :

- du système en vigueur : lorsqu'un assuré consulte un spécialiste, il paie 2 consultations (l'une pour le médecin de famille, l'autre pour le spécialiste)
- de la non application des plafonds de remboursement

Le risque moral est moins avéré pour le système de remboursement

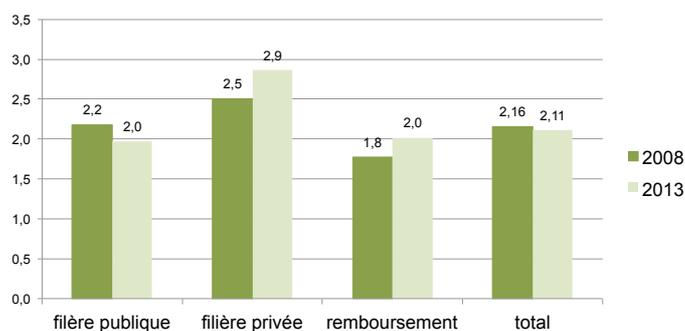
15

### Impact de la coexistence des 3 modalités en termes d'équité

- Le profil des assurés selon le mode de couverture du risque à travers:
  - Une analyse des données de la CNAM
  - Une analyse des données individuelles issues de l'enquête nationale sur le budget et la consommation des ménages.

16

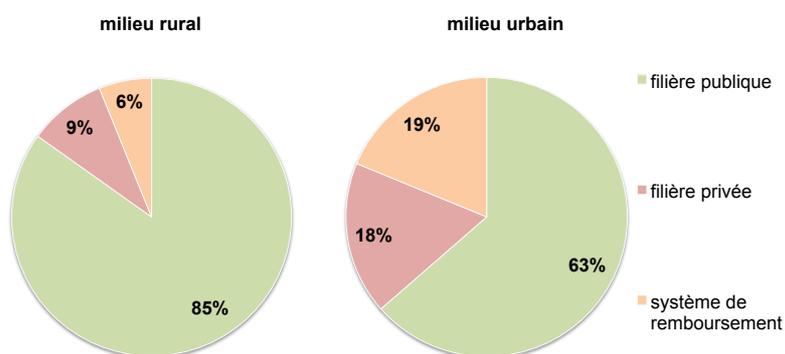
## Bénéficiaires par assuré selon les filières 2008 et 2013



Ceux qui ont migré de la filière publique ont le plus de personnes à charge

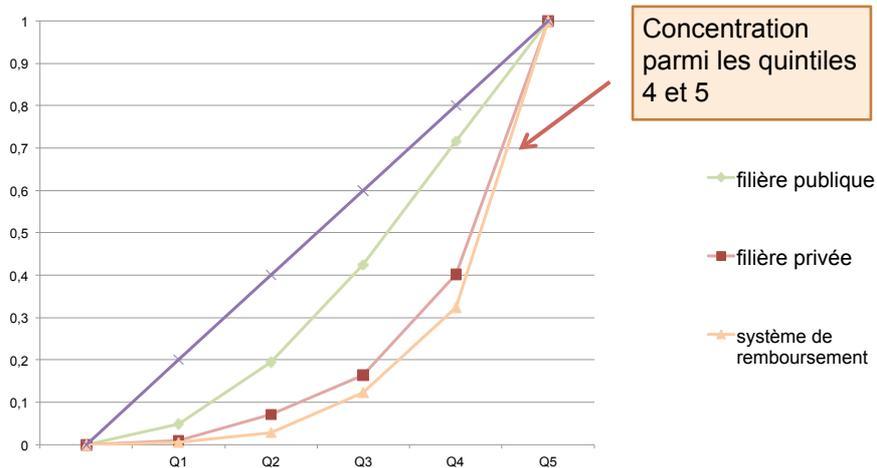
17

## Répartition des assurés de la CNAM par mode de couverture du risque de santé selon le milieu, en 2010



18

### Courbe de concentration des assurés de la CNAM selon le régime d'affiliation



19

### Modèle Logit multinomial standard

Modalité de référence : filière publique

modalité de couverture du risque	filière privée		Système de remboursement	
	Coefficient	Écart-type	Coefficient	Écart-type
dépense	.0509204	.004763*	.0593367	.0047248*
senior	-.2220453	.1091472**	-.0018739	.1102493
enfant	.4579104	.0959221*	.4239754	.0993671*
taille	-.1683887	.0265447*	-.2893435	.0289168*
rural	-.4578122	.1316949*	-.4831778	.1408319*
supérieur	.8478607	.0968436*	1.142358	.1015453*
Maladie chronique	.179312	.1163691	.1015224	.1180827
femme	.2684731	.0939423*	.3189623	.0939035*
âge	.0148506	.0034257*	.0160433	.003476*
constante	-2.749798	.231634*	-2.652623	.2404333*

\* Significatif au seuil 1%, \*\* Significatif au seuil 5%

- Plusieurs caractéristiques en commun entre la filière privée et le système de remboursement
- En comparaison avec la filière publique, le profil des ménages est : classe de revenu élevé, de plus petite taille, ayant plus d'enfants -5 ans, milieu urbain, niveau éducatif élevé

## Modèle logit multinomial, RRR

Modalité de référence : filière publique

modalité de couverture du risque	filière privée		Système de remboursement	
	RRR	Ecart-type	RRR	Ecart-type
dépense	1.052239	.0050118*	1.061132	.0050136*
senior	.8008791	.0874137**	.9981279	.1100429
enfant	1.580767	.1516305*	1.528024	.1518354*
taille	.8450253	.022431*	.7487549	.0216516*
rural	.6526663	.0833189*	.6168201	.0868679*
supérieur	2.334647	.2260955*	3.134151	.3182584*
Maladie chronique	1.196394	.1392233	1.106855	.1307004
femme	1.307966	.1228734*	1.3757	.129183*
âge	1.014961	.003477*	1.016173	.0035322*
constante	.0639408	.0148109*	.0704661	.0169424*

\* Significatif au seuil 1%, \*\* Significatif au seuil 5%

- Choix du système de remboursement: dépense/niveau éducatif/ genre et âge
- Choix de la Filière privée:
  - enfant – 5 ans / maladie chronique
  - Présence de personnes âgées/ taille du ménage/ milieu rural

21

## Conclusion

- Il n'y a pas une segmentation stricte des assurés par pouvoir d'achat
- Il y a bien une sélection adverse des patients : les hauts risques (quelque soit leur pouvoir d'achat) sont plus nombreux à choisir la filière privée et le système de remboursement
- L'aléa moral s'est révélé au niveau du secteur privé en général et surtout pour la filière privée en raison des difficultés de suivi des plafonds. Il est moins avéré pour les APCI.

22

## Recommandations de politique

- Une fusion des trois modalités de couverture entrainerait un gain d'équité certain et devrait s'appuyer sur la formulation d'un panier de soins explicite. Le développement des complémentaires santé pourrait satisfaire les besoins « hors panier » des plus aisés.
- Cette fusion devrait s'accompagner d'un changement de mécanisme d'achat tant pour le privé que pour le public afin de garantir plus d'efficacité, de qualité et un meilleur contrôle des coûts.
- Il serait possible de faire face à l'aléa moral en adoptant « la carte vitale » - suivi électronique de la consommation des patients pour un meilleur respect des plafonds, ainsi qu'en contrôlant mieux les APCI.

23

**MERCI**

24

## DMA des affiliés selon le mode de couverture en DT et le milieu

