

15 juillet 2002

**ETUDE DE L'IMPACT FINANCIER
DE LA REFORME DE
L'ASSURANCE MALADIE**

RAPPORT FINAL

Pr Elyes JOUINI

Pr Thierry LAURENT

SOMMAIRE

Sommaire	2
Etude de l'impact financier de la réforme de l'assurance maladie	3
I. - Contexte de l'étude	3
II. - Expertise de la méthodologie et du modèle utilisés par le CRESS	4
1. Présentation du modèle CRESS	4
2. Evaluation qualitative du modèle CRESS	6
III. - Expertise des données utilisées	7
1. Hypothèses démographiques des caisses	7
2. Hypothèses financières des caisses	8
IV. - Déterminants des effets de la réforme sur la demande de soins	8
V. - Evaluation du coût de la réforme	14
VI. - Impacts macroéconomiques	15
1. L'impact de la réforme sur le marché du travail et l'équilibre macroéconomique	16
2. Le progrès technique et la distorsion des prix relatifs	23
VII. - Conclusions, Recommandations et mesures d'accompagnement	24

Ce rapport a été rédigé par le cabinet SCA pour le compte du CRESS et de son Directeur Général, Monsieur CHAABENE. La mission a été conduite sous la direction scientifique du Professeur Elyes JOUINI, à l'exception de l'analyse macro-économique et des recommandations finales, rédigées par le professeur Thierry LAURENT. Les résultats obtenus sont très fortement conditionnés par la qualité des données qui leur ont été fournies. La responsabilité du cabinet SCA ou des auteurs ne peut être engagée en ce qui concerne les résultats chiffrés.

ETUDE DE L'IMPACT FINANCIER DE LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

I. - CONTEXTE DE L'ETUDE

L'assurance maladie en Tunisie est au cœur d'une réforme importante, débutée en 1992 par le secteur hospitalier public, et étendue ensuite - à partir de 1996 - lorsque les pouvoirs publics ont décidé d'engager une refonte totale du système d'assurance maladie.

Cette réforme combine une modification des modalités de financement du système de soins à une réorganisation de la distribution des soins par les prestataires de soins ambulatoires et hospitaliers des domaines privés et publics.

Ainsi se dessinent les contours de la réforme : régime de base obligatoire unique, régime complémentaire facultatif, instauration de cotisations progressives, monopole et paiement forfaitaire des généralistes, paiement à l'acte des spécialistes, renforcement du contrôle médical, paiement par forfait des hospitalisations, coordination entre les deux caisses, ...

Le pilotage de la réforme a été confié à une Commission Nationale d'Assurance Maladie, composée de représentants de toutes les parties concernées (Administrations, Partenaires sociaux, Professions de santé, Assureurs, Consommateurs, ...). Parallèlement, des groupes techniques ont été chargés de prendre en charge certains aspects spécifiques.

Cette réforme a une finalité à la fois sociale et sanitaire (amélioration de la couverture sociale des Tunisiens) mais aussi économique et financière (parvenir à une bonne maîtrise des dépenses de santé). Car les dépenses de santé en Tunisie croissent actuellement plus rapidement que le PIB, ce qui est un phénomène naturel pour une économie émergente et dynamique. La maîtrise des dépenses de santé est d'ailleurs l'un des objectifs officiels de la très ambitieuse réforme de l'assurance maladie actuellement mise en œuvre, au même titre que l'amélioration des critères de pure santé publique.

Dans ce contexte de double contrainte sanitaire et financière, le modèle utilisé pour piloter l'équilibre financier de la réforme constitue un outil clé.

Le modèle utilisé actuellement a été produit par le Centre de Recherche et d'Étude de la Sécurité sociale (CRESS), et a permis d'assister les responsables de la réforme jusqu'à présent, notamment en évaluant le coût de la réforme proposée et le nouveau taux de cotisation d'équilibre (évalué à 6,75%). Mais au fur et à mesure que le contenu de la réforme se précise, il est nécessaire de valider l'outil de modélisation.

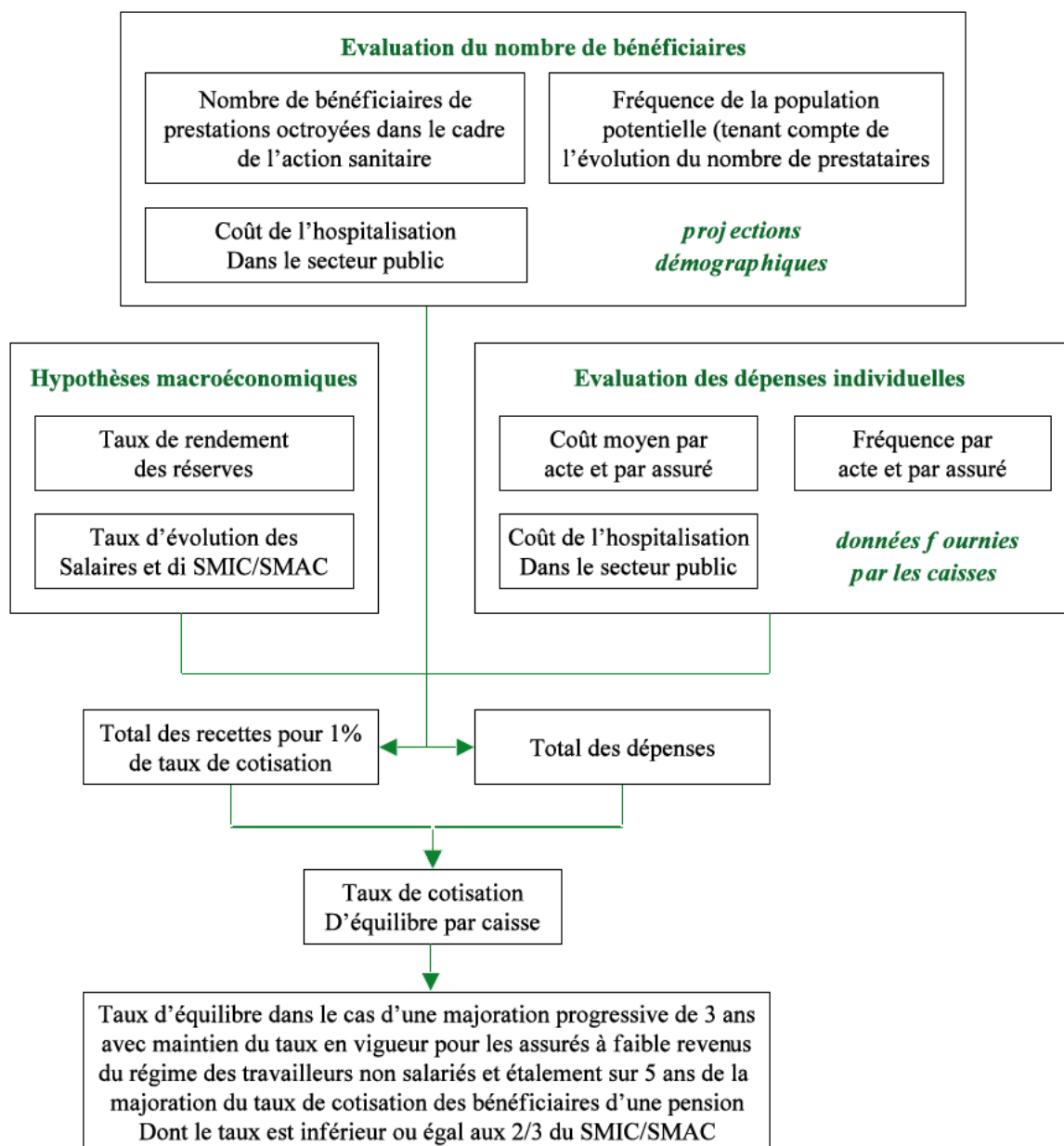
C'est dans cet objectif que s'est déroulée la mission du cabinet SCA conduite par les Professeurs Elyes JOUINI et Thierry LAURENT, qui se sont donc fixés les objectifs suivants :

- (i) **Révision du modèle** : nous avons conduit une analyse détaillée du modèle existant, sur la base de la documentation existante – fournie par le CRESS – et d'un examen des fichiers Excel. Nous avons notamment analysé les hypothèses démographiques, financières, macro-économiques, sanitaires. Les documents qui nous ont été remis - et notamment l'étude financière prospective réalisée par le CRESS - ont été pour nous des outils de toute première qualité afin de comprendre la réforme, d'en mesurer les effets et d'en analyser le coût.
- (ii) **Enrichissement du modèle** : nous avons veillé à (i) la prise en compte de la démographie, notamment afin de prendre en compte les changements prévisibles de la structure de la population dans les prochaines décennies, (ii) la prise en compte de l'extension récente de la couverture médicale et des extensions prévisibles dans les années à venir, enfin (iii) l'intégration d'un modèle dynamique (prise en compte de l'impact de la réforme sur les consommations, en termes de coûts unitaires comme de fréquences). Notre rôle a d'abord été de comprendre puis de valider le modèle du CRESS ; les développements que nous proposons dans la suite portent essentiellement sur (i) des améliorations qui n'ont été rendues possibles que grâce à l'amabilité de la compagnie d'assurance "STAR" qui a bien voulu examiner pour nous certaines caractéristiques statistiques de ses contrats d'assurance-maladie ou sur (ii) des analyses macro-économiques sortant du champ initial de l'étude menée par le CRESS. Nous regrettons que pour ce second volet de nombreuses données se soient avérées extrêmement difficiles - voire impossible - à obtenir, limitant une partie de notre travail à une analyse qualitative et non quantitative comme nous l'aurions souhaité. Cette réserve ne nous a pas empêchée de présenter en dernière partie une analyse de l'économie générale de la réforme et de proposer des recommandations qui devraient, nous l'espérons, répondre aux interrogations des décideurs.
- (iii) **Recalcul du taux de cotisation d'équilibre** : nous avons enfin recalculé le taux d'équilibre, en fonction des nouvelles hypothèses et méthodes de calcul.

II. - EXPERTISE DE LA METHODOLOGIE ET DU MODELE UTILISES PAR LE CRESS

1. PRESENTATION DU MODELE CRESS

La méthodologie retenue dans le cadre du modèle qui nous a été présenté se décompose en différentes étapes :



A. EVALUATION DES DEPENSES INDIVIDUELLES

A la base du modèle se trouve une évaluation du coût moyen par acte et par assuré, de la fréquence des actes par assuré, du coût de l'hospitalisation dans le secteur public.

Ces estimations ont été faites à partir des données fournies par les caisses et qui sont détaillées dans la section suivante.

B. EVALUATION DE L'EVOLUTION DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES

Dans un second temps, le modèle utilise une évaluation du nombre de bénéficiaires de prestations octroyées dans le cadre de l'action sanitaire, puis une fréquence de la population potentielle au vu de l'évolution du nombre de prestataires, en utilisant des projections démographiques pour déterminer le nombre potentiel de bénéficiaires.

C. EVALUATION DES RECETTES

Du côté des recettes, le modèle procède à la détermination d'un taux de rendement des réserves et d'un taux d'évolution des salaires et du SMIG/SMAG

D. EVALUATION DE LA SITUATION ACTUELLE

Enfin, le modèle détermine la situation financière globale du système et en déduit le taux de cotisation d'équilibre par caisse

Cette détermination du taux d'équilibre se fait dans le cadre d'une majoration progressive sur 3 ans avec maintien du taux en vigueur pour les assurés à faibles revenus du régime des travailleurs non-salariés et étalement sur 5 ans de la majoration du taux de cotisation des bénéficiaires d'une pension dont le taux est inférieur ou égal aux 2/3 du SMIG/SMAG.

2. EVALUATION QUALITATIVE DU MODELE CRESS

La méthodologie retenue par le CRESS pour le développement du modèle est classique et cohérente. Le programme informatique mis en œuvre selon cette méthodologie – bien que sommaire – est tout à fait opérant et permet d'étudier de nombreuses variantes.

La seule faiblesse que nous avons pu y déceler est la non prise en compte de l'évolution qualitative de la démographie. Le vieillissement de la population devrait en effet entraîner de façon mécanique une augmentation de la dépense moyenne par assuré. Il est donc nécessaire d'utiliser des dépenses moyennes par classe d'âge et non des dépenses moyennes globales. La dépense moyenne globale doit alors être déterminée en pondérant chaque classe d'âge par son importance relative dans la population. L'évolution du coût moyen résulte alors de deux facteurs qui s'ajoutent : l'augmentation uniforme des dépenses de santé et l'augmentation liée à la déformation relative de la structure par âge de la population en faveur des tranches les plus âgées.

Par ailleurs, le modèle considère comme exogènes la plupart des données macro-économiques (taux de chômage, population active, évolution des salaires...). Une telle hypothèse est acceptable tant qu'il s'agit d'étudier des variations mineures par rapport à l'existant. L'ampleur de la réforme et le coût correspondant en termes de pourcentage de la masse salariale (aux alentours de 7% dans l'ensemble des scénarii au lieu des 2% à 4,75% actuels) rendent nécessaire une endogénéisation des paramètres macro-économiques.

On notera que ces deux réserves ont été soulevées dans le passé et que le CRESS est parfaitement conscient de leurs limites. Cependant, l'urgence de la réforme et l'absence de moyens adéquats n'avaient pas permis à ce stade de répondre à ces faiblesses.

III. - EXPERTISE DES DONNEES UTILISEES

L'évaluation des dépenses futures du projet de réforme de l'assurance maladie s'est appuyée sur l'expérience des caisses de Sécurité sociale en matière de dépenses de soins.

Ont ainsi été pris en compte :

- le régime obligatoire de prévoyance sociale géré par la CNRPS (carnet de soins et système de remboursement en cas de chirurgie ou longue maladie),
- les prestations accordées dans le cadre de l'action sanitaire et sociale,
- la prise en charge par les caisses de certains actes de pointe,
- le système de facturation par les structures de la santé publique.

L'estimation des dépenses a donc été réalisée sur la base du comportement actuel des assurés et ne prend donc pas en considération les modifications de comportement futur qui vont s'opérer à l'occasion de l'institution du nouveau régime. Il s'agit là de la principale faiblesse dans les données utilisées pour les projections et il semble indispensable de compléter les informations fournies par les caisses en matière de dépense par des informations en provenance des assureurs privés qui sont les seuls aujourd'hui à offrir des niveaux de couverture proches de ceux prévus dans la réforme. Ce point fera l'objet de développements ultérieurs dans le présent document.

1. HYPOTHESES DEMOGRAPHIQUES DES CAISSES

L'effectif des assurés actifs et des bénéficiaires d'une pension de l'année 1999 ont servi de base pour la réalisation des projections démographiques. Les hypothèses d'évolution de la population active assurée à la sécurité sociale ont été définies comme suit :

Tableau 1 : évolution de la population active des caisses

Caisses ou régimes	Hypothèses
CNRPS	2,5% par an
RSNA	4,5% par an de 2002 à 2005 4% par an de 2006 à 2010 3,5% par an de 2011 à 2012
RSA	atteindre 91% de la population assujettie en 2012
RNS	2% par an pour l'agricole et 4% par an pour le non agricole

Ces hypothèses sont supérieures à l'évolution actuelle de la population active, car elles prennent en compte le passage à une couverture élargie des travailleurs par les régimes de sécurité sociale (ce qui constitue précisément l'un des objectifs de la réforme).

2. HYPOTHESES FINANCIERES DES CAISSES

Les données financières utilisées ont également pris pour base de référence l'année 1999. Le taux d'évolution des réserves a été supposé compris entre 3 et 6,5% par an selon les caisses. Ce dernier taux correspond à une hypothèse réaliste, même si une politique volontariste de placements pourrait uniformiser ce taux aux alentours de 6,5%.

Le taux d'évolution des salaires et des salaires minima de référence a été supposé de 4%. Cette hypothèse de déplacement uniforme des salaires est acceptable en l'absence d'informations plus précises sur la déformation par tranche de la structure des salaires.

Afin de déterminer l'évolution de cette structure, il aurait fallu disposer de la structure des salaires par tranche et de la courbe d'évolution moyenne des salaires. Quant au choix du taux d'évolution de 4 %, il correspond aux évolutions constatées au cours des 4 dernières années en moyenne. L'année 2001 a connu un taux bien supérieur qui devrait être modéré par les chiffres de 2002. Dans tous les cas, si les taux d'évolution devaient être supérieurs à 4%, l'hypothèse d'un taux égal à 4% correspondrait à une hypothèse optimiste puisqu'elle reviendrait à minorer les recettes.

Dans le cadre de la décision prise par les pouvoirs publics d'ajourner à 2005 la prise en charge de l'hospitalisation dans le privé, les auteurs de l'étude ont supposé une ventilation des soins à raison de 40% en ambulatoire et 60% en hospitalisation avec poursuite durant la période transitoire du système du forfait et évolution à raison de 5% par an du montant non plafonné octroyé aux EPS. Ces hypothèses relèvent du champ du politique et sont acceptables dès lors qu'elles correspondent à la volonté des pouvoirs publics.

IV. - DETERMINANTS DES EFFETS DE LA REFORME SUR LA DEMANDE DE SOINS

Afin d'évaluer l'impact de la réforme sur la demande de soins, il s'est avéré impossible d'utiliser les données des caisses de Sécurité sociale puisqu'aucune caisse ne propose à ce jour un système comparable à celui prévu par la réforme. En revanche, il a été possible de se procurer les données de la STAR relatives à 5 contrats totalisant 34 103 bénéficiaires. Le total des montants engagés par ces bénéficiaires au titre de l'année 1999 est de 12 600 002 DT et le total des montants remboursés de 9 883 614 DT (conduisant à un taux de remboursement moyen de 78,4% fort proche de celui prévu par la réforme).

Bien que le périmètre de population couverte soit faible, elle semble suffisante pour estimer la dépense moyenne par assuré à partir des données correspondant à ces polices. En tout état de cause, la dépense moyenne après la réforme sera très probablement bien plus proche de celle obtenue par analyse des contrats STAR que de celle que l'on pourrait estimer à partir des données des caisses (même dans le régime facultatif de la CNRPS, il est impossible de connaître les montants réellement engagés par les assurés en raison du plafonnement des prestations et du

remboursement sur la base de tarifs légaux totalement déconnectés de la réalité des honoraires pratiqués dans le secteur médical).

Les contrats STAR à notre disposition sont au nombre de 5 et présentent les caractéristiques suivantes :

Tableau 2 : caractéristiques des contrats STAR

Police n° :	16.000	150.861	168.962	24.274	91.939
Taux de remboursement moyen	82,7%	87,5%	68,4%	74,2%	77,1%
Dépense moyenne (DT)	620	476	293	261	333

Les dépenses moyennes sont ventilées par classe d'âge et les 4 dernières polices présentent une certaine cohérence entre elles. La première présente quant à elle une valeur aberrante pour la tranche des 25-30 ans, avec une dépense moyenne de 2.636 DT au lieu d'une dépense comprise entre 314 DT et 525 DT pour toutes les autres polices. Ne disposant pas du nombre d'individus par tranche d'âge, il nous a été impossible de déterminer l'impact de cette valeur aberrante sur la dépense moyenne ainsi que sur la dépense totale, et en conséquence sur le taux moyen de remboursement. Nous avons donc décidé d'éliminer la police 16.000 de notre analyse.

Le coefficient de corrélation entre le taux de remboursement moyen et la dépense moyenne, calculé sur les quatre polices restantes, est de 90 %, ce qui nous permet de supposer une constance de la sensibilité de la demande de soins au taux de remboursement dans la zone comprise entre 68% et 87%. Ceci nous conduit à estimer une dépense moyenne égale à 278,7 DT au lieu des 255 DT pris pour référence dans l'étude qui nous a été présentée. Ce chiffre correspond bien évidemment à la valeur moyenne de référence pour 1999. Ainsi apparaît une première source d'écart – à la hausse – de 9%.

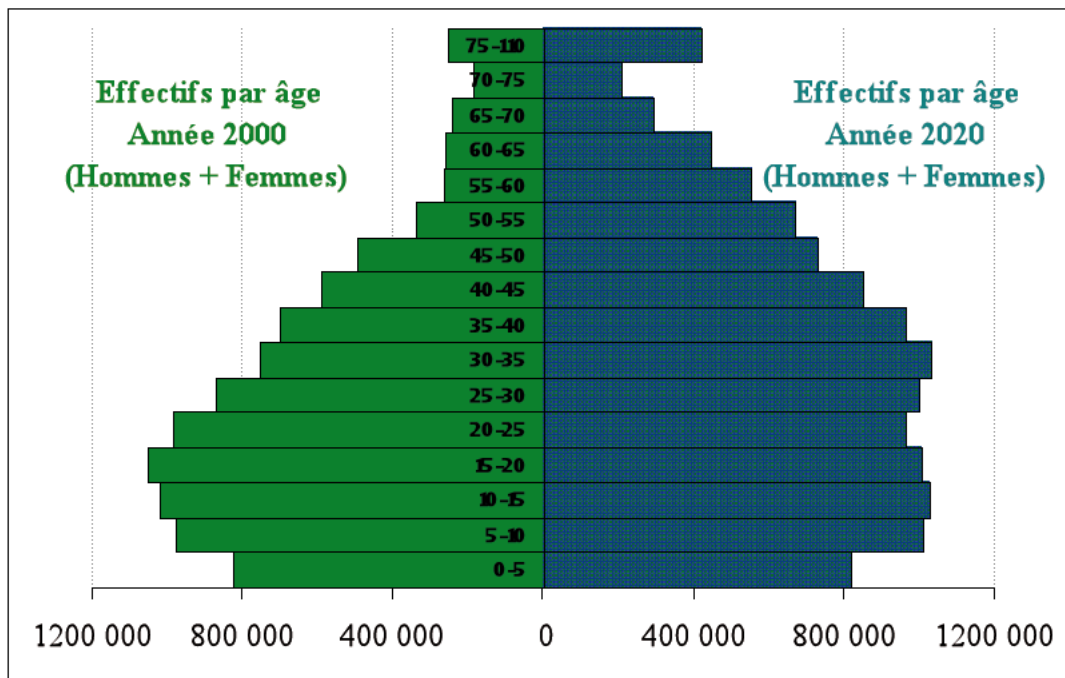
Afin de déterminer l'effet de la déformation de la structure par âge de la population, nous avons pris en compte les projections de la population par tranche d'âge pour les années 2000 à 2015 telles qu'établies par l'INS.

Tableau 3 : projections démographiques

Ages	2000		2005		2010		2015	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0-5	819 593	8.38%	834 435	7.89%	823 410	7.26%	821 057	6.82%
5-10	974 995	9.97%	1 015 360	9.60%	1 032 256	9.11%	1 015 209	8.43%
10-15	1 016 779	10.39%	971 432	9.18%	1 011 657	8.93%	1 028 493	8.54%
15-20	1 050 907	10.74%	1 013 187	9.57%	968 014	8.54%	1 008 112	8.37%
20-25	982 910	10.05%	1 046 079	9.89%	1 008 511	8.90%	963 573	8.00%

25-30	868 154	8.88%	978 126	9.24%	1 040 995	9.18%	1 003 626	8.34%
30-35	751 633	7.68%	864 497	8.17%	974 003	8.59%	1 036 606	8.61%
35-40	700 918	7.17%	747 325	7.06%	859 553	7.58%	968 424	8.04%
40-45	590 069	6.03%	695 540	6.57%	741 577	6.54%	852 923	7.09%
45-50	490 212	5.01%	583 429	5.51%	687 791	6.07%	733 267	6.09%
50-55	338 578	3.46%	481 564	4.55%	573 071	5.06%	675 696	5.61%
55-60	262 022	2.68%	329 242	3.11%	468 182	4.13%	557 043	4.63%
60-65	257 594	2.63%	250 565	2.37%	314 971	2.78%	447 740	3.72%
65-70	240 658	2.46%	239 915	2.27%	233 424	2.06%	293 602	2.44%
70-75	185 675	1.90%	215 029	2.03%	214 330	1.89%	208 609	1.73%
75-110	250 761	2.56%	316 164	2.99%	383 017	3.38%	424 174	3.52%
Total	9 781 458	100%	10 581 889	100%	11 334 763	100%	12 038 155	100%

Pyramide des âges de la population tunisienne, 2000 et 2020



Sur les 4 polices que nous avons retenues, une seule couvre toutes les tranches d'âge (n° 150 861). Nous avons donc retenu les dépenses par âge de cette police (5 051 bénéficiaires) comme référence, conduisant aux dépenses par âge suivantes :

Tableau 4 : dépense moyenne par tranche d'âge

Tranche d'âge
Dépense moyenne

0-5
299

5-10
222

10-15
217

15-20
245

20-25
280

25-30
525

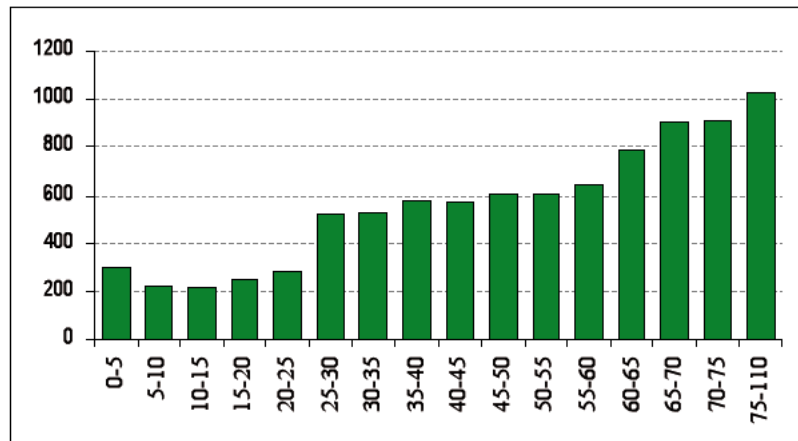
30-35
529

35-40
580

40-45
570

45-50
602

50-55



601

55-60
648

60-65
789

65-70
899

70-75
912

75-110
1027

Il nous a alors été possible de recalculer les dépenses moyennes par assuré corrigées de la déformation de la structure par âge de la population. Le tableau qui suit présente la contribution de chaque tranche d'âge à cette dépense moyenne.

Tableau 4 : cotisations des tranches d'âge à la dépense

Ages	2000	2005	2010	2015
0-5	25.05336	23.57765	21.72075	20.39317
5-10	22.1285	21.30148	20.21753	18.72184
10-15	22.55707	19.92089	19.36781	18.53964
15-20	26.32248	23.45808	20.92355	20.51706
20-25	28.13638	27.67957	24.91302	22.41211
25-30	46.59644	48.52784	48.21648	43.76947
30-35	40.64976	43.21714	45.4573	45.55221
35-40	41.56153	40.96134	43.98336	46.65882
40-45	34.38538	37.46571	37.29226	40.38542
45-50	30.17013	33.19109	36.52925	36.66896
50-55	20.80317	27.35052	30.38577	33.73386
55-60	17.35838	20.16166	26.76559	29.98497

60-65	20.77823	18.6825	21.92474	29.34562
65-70	22.11853	20.38232	18.51372	21.92594
70-75	17.31186	18.53224	17.24508	15.80404
75-110	26.32855	30.68454	34.7037	36.18717
Total	442.2597	455.0946	468.1599	480.6003

En partant du coût moyen actuel estimé de 280 DT et en lui appliquant les ratios déterminés par le tableau ci-dessus, nous obtenons une dépense moyenne de 288 DT en 2007 et de 305 DT en 2012. Ces chiffres ne tiennent pas compte de l'évolution des dépenses de santé au cours du temps telle qu'estimée dans le modèle qui nous a été présenté.

Dans ce dernier modèle, la dépense moyenne passait de 255 DT en 2002 à 293 DT en 2007 puis à 369 DT en 2012. Si l'on conjugue ces deux effets, on obtient une dépense moyenne de 280 DT en 2002, de 301 DT en 2005 et de 441 DT en 2012. Ceci revient à corriger les estimations de dépenses de près de 10% en début de période (soit 9,80 % en 2002) et de près de 20 % en fin de période (soit une correction de 19,82 % en 2012).

En supposant une dérive uniforme dans le temps, nous obtenons les coefficients correctifs suivants sur l'ensemble de la période de projection :

Tableau 5 : coefficients correctifs

Année	Coefficient correctif
2002	1.098000
2003	1.107612
2004	1.117309
2005	1.127090
2006	1.136957
2007	1.146911
2008	1.156951
2009	1.167080
2010	1.177297
2011	1.187603
2012	1.198000

Il suffit d'appliquer alors ces coefficients correctifs à l'ensemble des simulations réalisées précédemment pour obtenir le coût de la réforme dans chacun des scénarios considérés.

V. - EVALUATION DU COUT DE LA REFORME

Au vu des résultats précédents, nous proposons l'évaluation du coût de la réforme selon la version dite V3 établie par le CRESS. La même démarche pourra être appliquée à tout autre scénario retenu par les autorités.

Afin d'illustrer cette démarche nous avons repris ci-dessous le tableau V3 pour un taux de cotisation de 6.75 % :

Tableau 6 : dépense moyenne par tranche d'âge

	Réserves	Cotisations	Prestations	Réserves techniques	Frais de gestion	Produits fin.	Réserve fin.
2002	0	648717	591800	56917	48053	177	9041
2003	9041	705635	646525	59110	52269	498	16380
2004	16380	767367	705774	61593	56842	750	21881
2005	21881	833089	766974	66115	61710	963	27249
2006	27249	903789	834318	69471	66947	998	30771
2007	30771	979536	906716	72820	72558	1082	32115
2008	32115	1061430	985233	76197	78624	1082	30770
2009	30770	1150099	1070347	79752	85192	982	26312
2010	26312	1246063	1162912	83151	92301	761	17923
2011	17923	1349159	1262657	86502	99938	336	4823
2012	4823	1460110	1369636	90474	108156	0	-12859

Les prestations ont alors été modifiées en fonction des coefficients correctifs ci-dessus. Nous calculons enfin le taux de cotisation en recherchant le taux de cotisations conduisant à respecter la contrainte d'égalité des recettes (cotisations + produits financiers) et des prestations sur la période 2002-2012. Cette équation conduit au taux de cotisation d'équilibre de 7,73 % :

Tableau 7 : dépense moyenne par tranche d'âge avec un taux de cotisation de 7,73 %

	Réserve	Cotisations	Prestations	Rés. Techn.	F. de gest.	Prod. Fin.	Réserve fin.
2002	0	743112.5	649796.4	93316	48053	177	45440
2003	45440	808312.7	716099.1	92213	52269	498	85882
2004	85882	879027.4	788567.5	90459	56842	750	120250
2005	12025	954312.7	864448.9	89863	61710	963	149367
2006	149367	1035300	948583.9	86716	66947	998	170134
2007	170134	1122069	1039922	82147	72558	1082	180806
2008	180806	1215880	1139866	76013	78624	1082	179277
2009	179277	1317451	1249180	68271	85192	982	163338
2010	163338	1427379	1369092	58286	92301	761	130085
2011	130085	1545477	1499536	45941	99938	336	76424
2012	76424	1672572	1640824	31748	108156	0	16.49181

Le taux d'équilibre de la réforme selon la version V3 et pour la période 2002-2012 s'établit dont à 7,73 %, soit près de un point de cotisation au-dessus du taux d'équilibre estimé précédemment.

VI. - IMPACTS MACROECONOMIQUES

Sur les vingt dernières années, la croissance de l'économie tunisienne – à un taux moyen d'environ 5% par an – a été l'une des plus fortes de la région MENA (Moyen Orient et Afrique du Nord) ; elle est due à la fois à l'accumulation des facteurs de production (main d'œuvre 25% et capital 50%) et à l'augmentation de la productivité globale des facteurs (25%).

Ces bonnes performances de la Tunisie sont le résultat d'une grande vigilance et d'une gestion fine des contraintes économiques :

- préservation d'un cadre macroéconomique sain par une politique économique prudente visant à garder le contrôle des grands agrégats : déficit budgétaire et endettement extérieur limités, contrôle des agrégats monétaires, gestion souple du taux de change, inflation réduite ;
- mise en œuvre graduelle et mesurée d'importantes réformes structurelles et de programmes de stabilisation et d'ajustement économique efficaces : libéralisation progressive des prix domestiques, privatisations et réduction graduée de l'importance du secteur public, déréglementation de certains secteurs, libéralisation du commerce extérieur, réforme du système financier.

Ces très bons résultats ne doivent toutefois pas occulter certaines faiblesses persistantes de l'économie tunisienne, qu'il est long et difficile de corriger :

- la contribution du secteur manufacturier à la croissance (environ 20%, contre 50% pour le secteur des services) est faible comparativement aux expériences réussies de développement dans d'autres pays où le secteur manufacturier joue, au moins de façon transitoire, un rôle moteur dans le décollage économique ;
- le cadre concurrentiel domestique est caractérisé par la persistance de distorsions importantes ;
- la part du secteur privé dans l'investissement total de l'économie - 50% - reste faible et inférieure à celle de la plupart des pays en développement, alors que seul l'investissement privé constitue un moteur durable de la croissance et de l'emploi ;
- le marché du travail est caractérisé par l'existence de fortes rigidités et, malgré d'importantes créations d'emploi (3% par an sur les 20 dernières années), on assiste au développement d'un chômage persistant –(16% en moyenne sur les vingt dernières années). Cette situation est d'autant plus préoccupante que les perspectives d'évolution du taux de chômage ne sont pas bonnes, compte tenu de la forte croissance de la population active ;
- la dette publique reste importante (environ 50% du PIB) malgré la réduction du déficit budgétaire.

La principale source de risque pour les performances macroéconomiques futures réside dans la capacité de la Tunisie à consolider ou adapter son modèle de développement, dans un contexte d'intégration croissante du pays à l'économie mondiale, tout en préservant une indispensable stabilité macroéconomique.

La suppression en 2005 de l'AMF et la libéralisation des échanges impliquée par l'accord d'association passé avec l'Union Européenne vont en effet soumettre les entreprises tunisiennes à une concurrence accrue à l'exportation. Celle-ci se traduira tôt ou tard par une détérioration du solde extérieur. Dans le même temps, l'augmentation de la concurrence impulsera des restructurations fortes sur un marché du travail déjà caractérisé par un fort taux de chômage, tandis que la baisse des droits de douanes sur les produits manufacturés en provenance de l'Union Européenne grèvera fortement les recettes de l'Etat : la Tunisie sera ainsi confrontée simultanément à un défi concurrentiel, un défi social et un défi fiscal.

Dans un tel contexte les risques budgétaires sont multiples :

- risque d'un choc négatif sur les soldes extérieurs engendrant une dévaluation réelle et un renchérissement des importations,
- risque d'un choc négatif sur le solde budgétaire engendrant une hausse de taux d'intérêt pénalisant la croissance et l'emploi.

C'est dans ce contexte - où en dépit d'une gestion souple du taux de change, les marges de manœuvre sont étroites - que doivent être étudiées les conséquences macroéconomiques d'une réforme de l'assurance maladie qui risque d'être plus coûteuse que prévue.

En effet, le taux d'équilibre de 7,73% calculé ci-dessus ne prend pas en compte d'une part les répercussions sur le marché du travail, l'activité et les principaux équilibres macroéconomiques de l'augmentation des cotisations, d'autre part l'impact inflationniste du progrès technique sur le coût de la santé.

1. L'IMPACT DE LA REFORME SUR LE MARCHE DU TRAVAIL ET L'EQUILIBRE MACROECONOMIQUE

L'estimation proposée du taux de cotisation d'équilibre est faite toutes choses égales par ailleurs, *i.e.* en faisant comme si l'augmentation des cotisations sociales n'avait aucune conséquence sur l'activité (alors même que l'on sait qu'une telle augmentation induit des effets réels importants qui transitent par le marché du travail et dépendent fortement du mode de financement de la réforme).

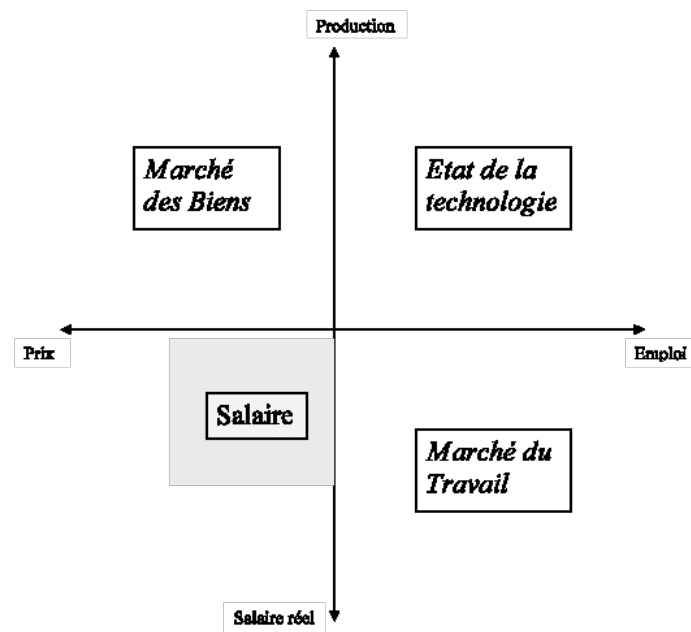
Nous allons ici examiner successivement l'impact macroéconomique d'une augmentation des coûts de l'assurance maladie, selon qu'elle est financée par une augmentation des cotisations employés, des cotisations employeurs ou par les deux à la fois. Dans tous ces *scenarii* nous faisons l'hypothèse fondamentale, mais réaliste, que la sensibilité de la demande de travail à l'augmentation du coût du travail, engendrée par la hausse des cotisations sociales, est plus grande que la sensibilité de l'offre de travail.

Nous appuyons notre analyse sur une version classique d'un modèle macroéconomique d'équilibre général décrivant le fonctionnement d'une économie à quatre marchés (marchés des biens, du travail, des titres et de la monnaie) et sur lesquels interviennent trois agents : les consommateurs, les producteurs et l'Etat.

Le cœur de ce modèle peut faire l'objet d'une représentation graphique simple (cf. figure 1):

- le quadrant nord-ouest figure le marché des biens où se rencontrent l'offre et la demande de biens
- le quadrant nord-est représente l'état de la technologie *i.e.* le lien, à un moment du temps, entre la quantité d'inputs utilisée et l'output maximal qu'il est possible d'obtenir avec cette quantité d'inputs
- le quadrant sud-est représente le marché du travail sur lequel se rencontrent l'offre de travail, émanant des consommateurs, et la demande de travail des entreprises
- le dernier quadrant permet de visualiser le salaire nominal qui, compte tenu du prix qui prévaut sur le marché des biens, équilibre le marché du travail.

Figure 1 : Le modèle macroéconomique de base



Sur le marché du travail, l'équilibre entre l'offre de travail $N^S(w/p)$ et la demande $N^D(w/p)$ est réalisé par l'ajustement du salaire réel ; l'intersection des deux courbes permet ainsi de déterminer simultanément l'emploi d'équilibre $L^* = L_0$ et le salaire réel d'équilibre $(w/p)^*$. L'offre globale des entreprises est alors obtenue *via* la fonction de production – quadrant nord-est – et représentée sur le quadrant nord-ouest : $Y^S = f(L_0)$; l'absence d'illusion monétaire se traduit par une fonction d'offre globale de bien inélastique aux prix.

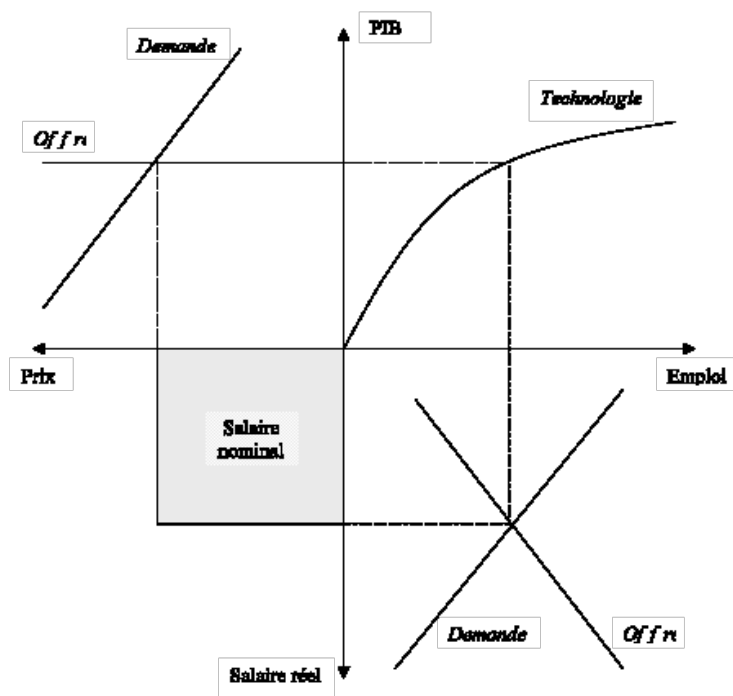
La demande globale de biens est obtenue classiquement : le niveau général des prix p déterminant l'offre de monnaie réelle, LM est paramétrée par p , et la résolution habituelle détermine une demande globale qui outre les instruments traditionnels de politique économique – à savoir le déficit budgétaire G , les taxes T et la masse monétaire M – dépend négativement des prix ; une augmentation de ceux-ci réduit la masse monétaire réelle, ce qui accroît le taux d'intérêt et diminue l'investissement et donc la demande globale de bien.

La parfaite flexibilité des prix permet à ceux-ci d'atteindre leur niveau p^* qui équilibre offre et demande globale, soit¹ :

$$p^* \text{ tel que } Y^D(G(+), M(+), p(-)) = f(L_0) \quad \text{et} \quad Y^* = f(L_0)$$

Le salaire nominal, figuré par la zone grisée, est simplement le produit du salaire réel d'équilibre par le niveau général des prix.

Figure 2 : L'équilibre macroéconomique



❑ **1^{er} cas** : le coût de la réforme de l'assurance maladie est supporté par la seule augmentation des cotisations sociales payées par les salariés.

Dans une telle configuration l'accroissement des cotisations nécessaire pour assurer le financement de la réforme est supporté par les salariés et la baisse induite du salaire net (*i.e.* après prélèvement des cotisations sociales) engendre un effet désincitatif sur l'offre de travail (*cf.* figure 3)

La baisse de la consommation engendrée par la baisse du revenu disponible des ménages contribuera à freiner l'augmentation des dépenses de santé, et donc les besoins de financement, mais se répercutera négativement sur l'activité :

- d'une part les ménages tunisiens ne disposent pas d'une épargne suffisante, ni de possibilités d'emprunts suffisamment développées leur permettant de maintenir leur volume de consommation en présence d'une baisse de leur revenu disponible ;

¹ Dans la notation ci-après, l'expression " $Y^D(G(+))$ " signifie que la demande (Y^D) dépend positivement (+) de G .

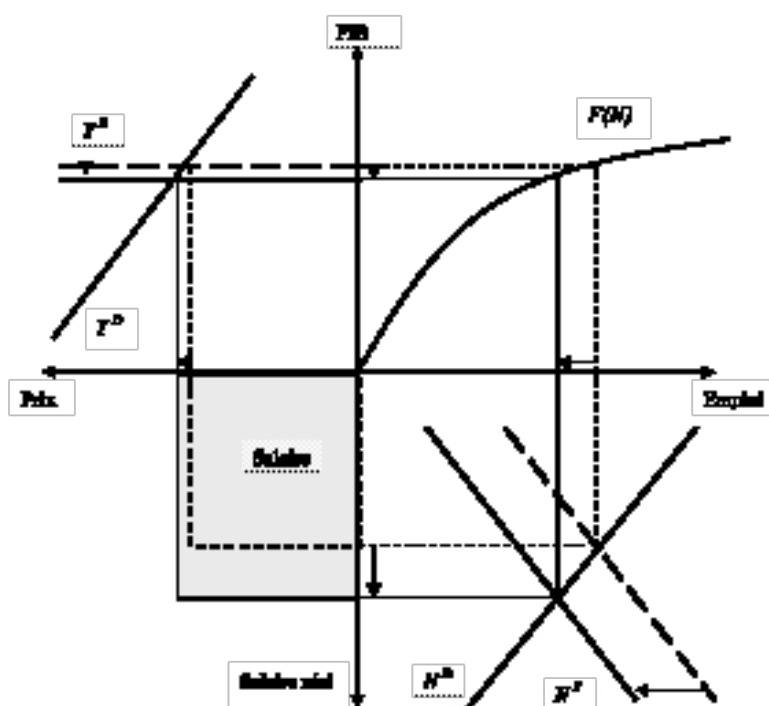
- d'autre part, malgré la forte demande extérieure qui stimule les exportations tunisiennes, la contribution nette du commerce extérieur à la croissance est encore limitée – compte tenu du développement des importations de biens manufacturés – et la demande intérieure est encore responsable d'environ la moitié du taux de croissance du PIB (la contribution de la demande intérieure à la croissance du PIB est de plus de 2,5% sur les cinq dernières années).

Tableau 8 : contribution de la demande intérieure à la croissance

	Demande intérieure	Demande extérieure	Demande intérieure	Demande extérieure	????
1986-1996	58%	42%	1,6%	2,8%	4,4%
1996-2000	56%	44%	2,6%	2,9%	5,5%

- enfin, la probabilité d'un passage de l'économie tunisienne à une croissance essentiellement tirée par la demande extérieure est faible dans les années à venir ; car même si les niveaux d'activité européens se maintiennent, la Tunisie sera progressivement concurrencée sur les marchés européens par les pays à marchés émergents ou les pays d'Europe de l'Est.

Figure 3 : Impact d'un choc positif sur les cotisations sociales des salariés



Dans ce contexte, l'impact inflationniste des effets de tension sur les salaires et de la contraction de l'activité se traduira par une baisse soit des exportations, soit des marges des secteurs exportateurs ; dans les deux cas, la contraction des importations consécutive à la baisse d'activité limitera la possibilité d'une évolution trop défavorable du solde extérieur et, *in fine*, la baisse du revenu disponible des

ménages, consécutive à la hausse des cotisations sera en partie compensée par un accroissement du salaire d'équilibre.

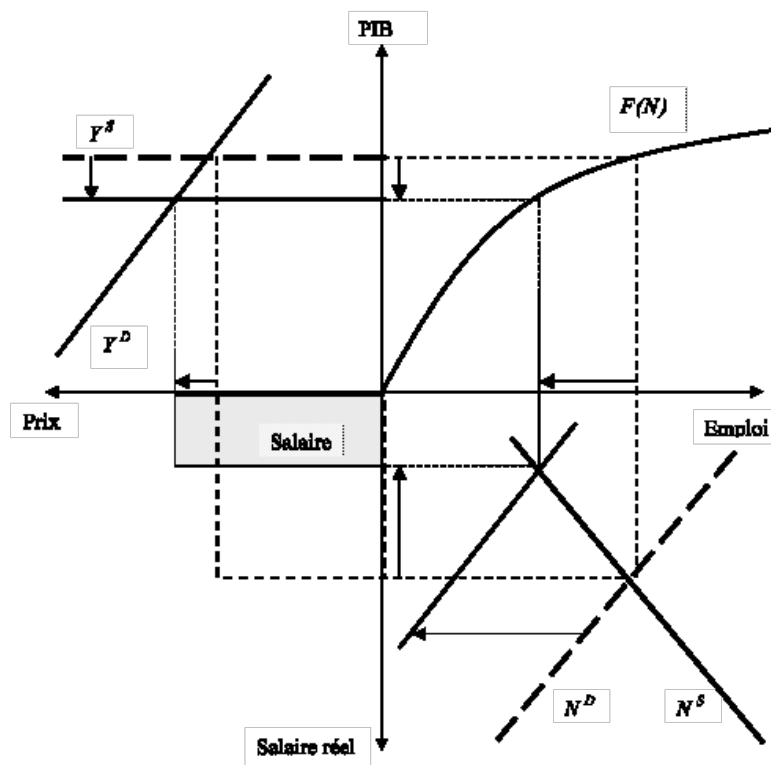
Compte tenu de la situation du marché du travail tunisien, et en particulier de l'importance du taux de chômage, l'élasticité-prix de l'offre de travail est certainement faible et l'effet initial sur l'offre de travail limité ; les effets induits sur les prix et l'activité devraient donc en toute logique être modérés, de même que l'impact sur le solde extérieur ou les marges des secteurs exportateurs.

❑ **2^{ème} cas** : le coût de la réforme de l'assurance maladie est supporté par la seule augmentation des cotisations sociales payées par les employeurs.

C'est probablement dans ce cas que l'impact macroéconomique du financement du coût de la réforme sera le plus important.

Contrairement à l'offre de travail qui, dans les périodes de fort taux de chômage, est caractérisée par une relativement faible élasticité-prix, la demande de travail est – dans la même situation – plus sensible au coût de celui-ci ; dès lors une augmentation des cotisations sociales financée par la hausse de la seule part patronale va se traduire par un choc négatif sur la demande de travail, plus fort que le choc observé sur l'offre de travail dans le cas d'un financement par une hausse des cotisations salariés (cf. figure 4).

Figure 4 : Impact d'un choc positif sur les cotisations sociales employeurs



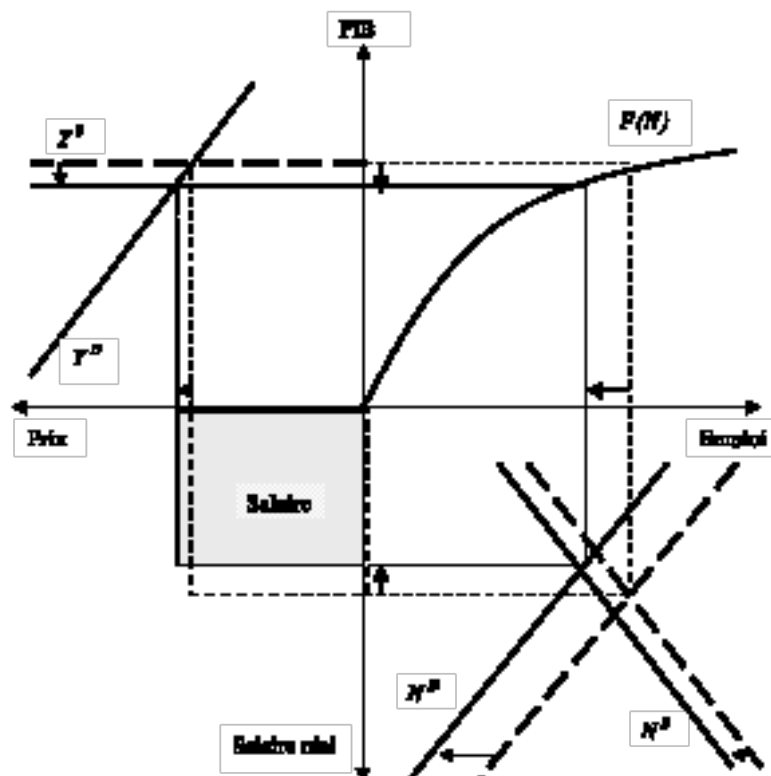
Le choc négatif sur la demande de travail affecte ici plus nettement le niveau d'emploi et le PIB, tandis que le salaire réel se contracte fortement ; la dégradation

des conditions macroéconomiques et de l'activité se traduit par un surcroît de chômage qui induit en retour de nouveaux problèmes de financement. La contraction de l'offre rentable engendre un surcroît d'inflation préjudiciable à la compétitivité de l'économie tunisienne, en l'absence de comportement de marge des exportateurs. La baisse des importations évite cependant une trop forte dégradation du solde extérieur.

La répercussion sur les seules cotisations employeurs de la hausse des cotisations nécessaires au financement de la réforme est sans doute le cas ou la dégradation des conditions macroéconomiques est la plus forte et pèse le plus sur l'équilibre financier de la réforme : la chute de l'activité, la baisse de l'emploi et l'augmentation du chômage peuvent fortement accentuer le besoin de financement de l'Etat et augmenter le coût « indirect » de la réforme de l'assurance maladie.

- 3^{ème} cas : le coût de la réforme de l'assurance maladie est réparti sur les cotisations sociales employeurs et salariés.

Figure 5 : Coût de la réforme réparti sur les cotisations sociales employeurs et salariés



Dans cette situation, le choc de cotisations affectant le marché du travail est réparti sur l'offre et la demande de travail, lesquelles subissent toutes les deux un choc négatif. La plus grande élasticité-prix de la demande de travail se traduit *in fine* par une baisse du salaire réel qui vient limiter le revenu disponible des ménages, déjà entamé par la hausse des cotisations salariés.

La dégradation de l'activité et de l'emploi, ainsi que l'impact inflationniste sont moins prononcés que dans le cas où l'augmentation des cotisations pèse uniquement sur les employeurs, mais davantage que si elle pèse uniquement sur les salariés, ce qui est un résultat classique, dès lors que les effets incitatifs sur l'offre de travail sont du second ordre.

La quantification des différents effets suppose que l'on dispose pour l'économie tunisienne d'une équation de demande de travail, d'une équation d'offre de travail ainsi que d'une estimation de la fonction de production agrégée et de la fonction de demande globale de biens et services. Malheureusement, ces équations de base n'ont pu être disponibles.

La modélisation proposée est toutefois riche de quelques enseignements importants :

- (i) quelque soit le mode de financement de la réforme de l'assurance maladie, l'intégration du bouclage macroéconomique conduit à mettre en évidence une sous-estimation du coût de la réforme, si celui est évalué de façon purement comptable sans tenir compte des effets négatifs sur l'activité et l'emploi d'une augmentation du coin fiscal ; par voie de conséquence, le taux de cotisation d'équilibre de 7,73 %, obtenu dans la partie précédente, sera certainement inférieur au taux qui sera nécessaire pour équilibrer les régimes une fois que les ajustements macroéconomiques auront eu lieu ;
- (ii) les élasticités-prix de l'offre et de la demande de travail sont des éléments essentiels pour estimer l'effet macroéconomique de la hausse des cotisations. Plus celles-ci seront fortes et plus le choc négatif sur l'activité économique, et donc le surcoût induit de la réforme, sera important.
- (iii) du point de vue financier - et donc sans intégrer la question des inégalités dans le processus de décision -, on a intérêt à minimiser les effets désincitatifs de la réforme et donc son coût global en faisant supporter la nécessaire hausse des cotisations par les agents dont le comportement d'offre ou de demande sur le marché du travail est le plus inélastique au salaire réel.

Du seul point de vue du coût global de la réforme, **il est donc probablement efficace de financer la hausse des prestations par une hausse des cotisations salariales** :

- d'une part parce que les effets macroéconomiques impulsés par un choc sur l'offre de travail sont limités, compte tenu de la faible élasticité-prix de cette offre ;
- d'autre part parce que la baisse induite du revenu net disponible des ménages contribuera à freiner, du moins dans un premier temps, la progression des dépenses de santé.

Cependant, du point de vue du coût politique associé à la mise en place de la réforme et à des arbitrages trop en faveur des entreprises, il pourra être opportun d'adopter le principe d'un financement mixte de la réforme, à la fois par une hausse des cotisations sociales patronales et salariales.

2. LE PROGRES TECHNIQUE ET LA DISTORSION DES PRIX RELATIFS

Les dépenses de recherche-développement dans le domaine médical - et donc le rythme du progrès technique dans ce secteur - étant en partie déterminées par les anticipations de profit, toute modification de l'architecture du remboursement des services médicaux conduisant à anticiper une montée en régime de la consommation de biens médicaux impulse une augmentation de l'investissement sectoriel en Recherche & Développement.

Paradoxalement, les expériences étrangères montrent qu'il est possible d'imputer au progrès technique et aux distorsions jointes de prix relatifs une part non négligeable des dérives fréquemment observées en matière de dépenses de santé. A ce niveau, l'incidence de l'assurance est réelle mais joue de façon indirecte.

L'utilisation de techniques nouvelles, procurant des traitements là où il n'en existait pas auparavant, contribue naturellement à accroître les coûts ; un problème essentiel est alors celui des incitations offertes aux producteurs de technologies : de ce point de vue, la tendance à une *inflation technologique* accélérée caractérisant l'activité médicale est partiellement liée aux systèmes de remboursement adoptés. La relation entre assureurs et producteurs de soin joue ici un rôle central ; une forte contractualisation des relations entre assureurs et offreurs de soins - intégration verticale - contribue en effet à la mise en place de réseaux de soins intégrés permettant de réduire les rentes des offreurs en les incluant dans le processus d'assurance.

La capacité de résistance du système aux conséquences inflationnistes du progrès technique est ainsi d'autant plus grande que :

- (i) l'intégration verticale des partenaires assurant la gestion des soins de santé est forte,
- (ii) la concurrence est organisée entre ces divers partenaires.

Sur ces deux points, la réforme de l'assurance maladie initialement proposée en Tunisie n'était pas totalement performante² et il est donc vraisemblable que le progrès technique, souhaitable par ailleurs, impulse une montée en régime soutenue des dépenses de santé liée à l'inflation technologique.

On notera cependant avec satisfaction l'amélioration considérable que constitue la décision récente du gouvernement d'introduire un partage plus équitable – et donc une concurrence plus saine et donc plus efficace – entre les caisses de Sécurité sociale et les compagnies d'assurance.

Les pressions sur la dépense, induites par l'apparition de nouvelles possibilités de soins, toujours plus coûteux, soumettront alors l'équilibre du système à des pressions fortes qui ne pourront être résolues que par une stratégie d'équilibre des caisses, en augmentant les primes ou les cotisations et en ajustant les prestations à la baisse. De tels ajustements, inévitables, entraîneront alors de nouvelles pressions sur le coût du travail et une augmentation du coin fiscal (somme des prélèvements obligatoires) pénalisante pour la croissance et l'emploi et venant donc de nouveau peser sur le coût global de la réforme.

² Cf. « La réforme de l'assurance maladie : une ou deux phases ? », Thierry Laurent, FTUSA, mai 2001.

VII. - CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

La première et principale conclusion de notre mission réside dans une validation de la structure du modèle qui, malgré ses relatives faiblesses, permet d'approximer de façon satisfaisante le coût de la réforme de l'assurance maladie en Tunisie. Au-delà de la structure – que nous ne remettons donc pas en cause – nous pensons que les limites soulevées dans les rapports d'analyse (notamment les rapports d'ACTUARIA pour le compte de l'Union Européenne) méritent d'être traitées. Les modifications que nous avons apportées nous semblent répondre de façon satisfaisante à ces remarques et devraient permettre de valider définitivement l'exercice de modélisation.

La seconde conclusion importante de notre travail est que nous validons, au moins dans son ordre de grandeur, le taux de cotisation d'équilibre de la réforme. Notre estimation ressort à 7,73% (contre une estimation initiale de 6,25%). Globalement, il est clair que la réforme coûtera plus cher que ce qui est prévu, même si le dépassement peut sans doute être maîtrisé.

Enfin, au-delà de ces conclusions, nous souhaitons formuler des recommandations et des mesures d'accompagnement qui répondent à un triple objectif (indépendamment des objectifs sanitaires, par ailleurs primordiaux) :

- **macro-économique** : préserver la stabilité macroéconomique globale en évitant tout dérapage du déficit budgétaire afin de ne pas hypothéquer, par des taux d'intérêt trop élevés, la poursuite de la croissance ;
- **social** : préserver la stabilité politique et sociale en Tunisie, en évitant notamment de stigmatiser certains groupes sociaux (en fait les travailleurs non qualifiés) en leur faisant supporter l'essentiel des ajustements et en promouvant une gestion prudente de la demande intérieure ;
- **concurrentiel** : promouvoir la compétitivité des entreprises privées afin de préserver leur capacité d'adaptation aux chocs susceptibles d'affecter un environnement économique caractérisé par une intégration poussée dans la sphère mondiale et des pressions concurrentielles importantes.

De ce point de vue, l'une des conditions de réussite de la réforme est certainement de faire preuve de pragmatisme dans sa mise en œuvre en se ménageant une grande souplesse, tant au niveau du calendrier de la réforme que des instruments de financement. C'est à partir de ses deux impératifs et dans un esprit privilégiant l'efficacité économique et la pérennité de la réforme que nous formulons les recommandations suivantes :

1. **Privilégier une hausse des cotisations salariales plutôt que patronales.** Pour limiter l'impact négatif du financement de la réforme de l'assurance maladie sur l'activité et l'emploi, tout en ménageant sa faisabilité politique et en évitant des "effets revenu" trop forts, il est souhaitable de diversifier ses modes de financement en combinant augmentation des cotisations salariales **et** patronales. Compte tenu de la situation du marché du travail et de la plus forte élasticité-prix de la demande de travail, il est préférable – pour éviter un

effet en retour trop fort et coûteux sur l'activité – de privilégier, dans la limite de ce qui est socialement acceptable et politiquement négociable, **l'augmentation des cotisations salariales.**

2. **Privilégier des cotisations sociales différenciées.** Il est souhaitable que les hausses des cotisations sociales employeurs tiennent compte du taux de chômage propre à chaque classe de revenu, en étant plus faibles sur les classes de revenu pour lesquelles les problèmes d'emploi sont les plus forts. Or une des conséquences futures des restructurations engendrées par l'accroissement prévisible de la concurrence sur les marchés d'exportations est un accroissement de la demande de travailleurs qualifiés ; de ce point de vue, il est donc fort probable que l'on assistera en Tunisie, comme actuellement en France, à une montée en régime du taux de chômage des travailleurs non qualifiés relativement à celui des travailleurs les plus qualifiés. Il serait donc logique de faire reposer l'augmentation des cotisations patronales davantage sur le travail qualifié (hauts salaires) que sur le travail non qualifié et les bas salaires, afin de corriger les effets asymétriques sur le marché du travail de l'évolution structurelle de la demande de travail. Une telle politique aurait l'avantage d'éviter l'émergence de tensions sociales trop fortes, localisées sur certains groupes supportant par ailleurs la plus grande part du poids de l'ajustement concurrentiel.
3. **Mettre en place des politiques sectorielles compensatrices.** La Tunisie est aujourd'hui sur le point d'acquiescer de nouveaux avantages comparatifs sur des produits susceptibles d'accompagner le secteur textile dans la relance des exportations et de participer au nécessaire développement du secteur manufacturier : matériel électrique et équipement mécanique notamment. Dans un contexte de concurrence accrue à l'exportation (*cf. supra*), il importe de ne pas gaspiller ces atouts et de réfléchir à la mise en place de politiques sectorielles sélectives, visant à éviter que la hausse des cotisations patronales ne pèse trop lourdement sur la compétitivité de ces secteurs.
4. **Privilégier les solutions flexibles permettant des modulations ultérieures.** Compte tenu de l'incertitude pesant sur l'estimation du coût réel global de la réforme, lorsqu'on intègre à la fois (*i*) le bouclage macroéconomique, (*ii*) l'évolution de l'élasticité-prix des dépenses de santé, (*iii*) l'inflation technologique et (*iv*) l'évolution à moyen terme de la nature de la concurrence entre les caisses et les assurances, il est important de privilégier la souplesse tant au niveau des instruments de financement que du calendrier de mise en œuvre de la réforme.
5. **Moderniser les modes de financement par une cotisation nouvelle.** Concernant les modes de financement, l'introduction d'une Contribution Nationale de Solidarité (CNS), fondée sur le même principe que la CSG (Contribution Sociale Généralisée) française, serait certainement l'occasion de se donner des degrés de liberté qui pourront être précieux ultérieurement. Cette contribution, qui frapperait de façon proportionnelle et avec un taux unique l'ensemble des revenus, serait une source de financement relativement indolore (prélèvement à la source, large base et faible taux) dotée d'un rendement élevé et permettant de développer des politiques redistributives sans coût social trop élevé :

- d'une part la manipulation du taux de prélèvement permet - en jouant simultanément sur les cotisations sociales salariés - des transferts intergénérationnels ;
- d'autre part le choix de la politique de déductibilité concernant les sommes payées au titre de la contribution est un instrument de politique redistributive.

Ces deux instruments peuvent s'avérer précieux en cas de dérive des dépenses de santé ou de problèmes financiers des caisses de retraite.

En permettant un financement partiel du coût de la réforme de l'assurance maladie, la CNS éviterait enfin une répercussion trop lourde sur les seules cotisations employeurs et salariés, tout en permettant de garder des marges de manœuvre précieuses.

6. **Dissocier les différentes étapes de la réforme.** Concernant le calendrier de la réforme, il est souhaitable d'adopter une démarche en plusieurs étapes afin de permettre l'identification progressive des sources potentielles de dysfonctionnement et/ou de dérapage budgétaire :

- passage progressif, et non pas immédiat, au taux de remboursement cible prévu par la réforme (des taux de remboursement croissants, par tranches de +10%, étalés dans le temps, devraient permettre de mieux estimer les comportements de demande de biens médicaux et, en particulier, l'élasticité prix de la demande de consommation médicale, variable clef de l'équilibre financier de la réforme) ;
- réajustements, à horizons planifiés, des taux de prélèvement associés aux différents instruments de financement de la réforme, afin de garantir la pérennité de celle-ci par la recherche systématique de l'équilibre financier ;
- mise en œuvre progressive d'une concurrence entre les caisses et les assureurs à la fois sur le régime complémentaire et le régime de base afin de garantir les meilleures conditions d'efficacité et de coût.