

**ASSISTANCE TECHNIQUE DE LA BANQUE MONDIALE SUR LE
FINANCEMENT DE LA SANTE EN TUNISIE**

ETUDE SUR L'ASSISTANCE MEDICALE GRATUITE

AVRIL 2016

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AMG	Assistance médicale gratuite
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CSB	Centre de santé de base
DT	Dinar tunisien
EBCNV	Enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages
GSB	Groupement de santé de base
HC	Hôpital de circonscription
HR	Hôpital régional
MAS	Ministère des affaires sociales
MS	Ministère de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
SSP	Structures sanitaires publiques
USD	Dollar des Etats-Unis
WDI	World Development Indicators

PREFACE

Ce document a été préparé, à la demande du ministère de la santé de la Tunisie, par une équipe de la Banque mondiale composée de Dorothée Chen, spécialiste de la santé et responsable de projet, Inès Ayadi, économiste de la santé, et Hédi Achouri, spécialiste en gestion des services de santé. Ce travail a bénéficié des commentaires de Daniel Cotlear, *Lead Economist*, Yohana Dukhan, Economiste de la santé à la Banque africaine de développement, et Ann-Lise Guisset, *Health System Advisor* à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au stade du concept et de Tania Dmytraczenko, *Program Leader*, Ann-Lise Guisset, *Health System Advisor* à l'OMS, et Benoit Mathivet, Economiste de la santé à l'OMS, au stade de l'examen du projet de rapport.

Ce document s'inscrit dans le cadre de l'assistance technique de la Banque mondiale sur le financement de la santé en Tunisie. Conformément à la demande des pouvoirs publics, l'équipe de la Banque mondiale s'est fixé comme objectifs initiaux de préparer : (i) une analyse détaillée du régime de couverture sociale en santé communément appelé « Aide médicale gratuite » ou « AMG » et (ii) une analyse de l'impact d'un éventuel transfert de la gestion des prestations allouées dans le cadre de ce programme du ministère de la santé à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Ces analyses devaient s'appuyer sur les données d'activité des structures de santé publique ainsi que les données de la « facturation à blanc » recueillies par le ministère de la santé. L'analyse conjointe par l'équipe de la Banque et le ministère de la santé de ces données administratives a révélé que les données de la facturation à blanc ne sont toutefois pas exploitables en l'état car (i) la méthodologie de recueil des données n'a pas encore été harmonisée et (ii) les données existantes n'ont pas encore été consolidées. Les seules données financières disponibles sont donc les données sur les dépenses tirées des comptes nationaux de la santé et sur les budgets, qui sont agrégées au niveau national. Quant aux données d'activité des structures de santé publique disponibles, elles ont fait l'objet d'une première consolidation au sein d'une base de données unifiée par l'équipe de la Banque mondiale. Il est par ailleurs apparu que toute réflexion sur une réforme de la gestion de l'AMG suppose une réflexion sur les mécanismes d'achat en général (attribution de ressources par la CNAM au ministère de la santé et par le ministère de la santé à ses établissements), dans le cadre non seulement de l'AMG mais aussi des autres régimes.

Dans ce contexte, il a été convenu que l'équipe de la Banque mondiale exploiterait en fait les données agrégées disponibles pour préparer une étude sur l'AMG, notamment une description des forces et faiblesse de son système d'éligibilité, de ses prestations et de son système de financement. C'est l'objet du présent rapport.

TABLE DES MATIERES

Acronymes et abréviations	1
Préface.....	2
Table des matières	3
Liste des figures et des tableaux.....	4
1. Introduction.....	5
1.1. Contexte sectoriel	5
1.1.1. Etat de santé	5
1.1.2. Offre de soins.....	7
1.1.3. Financement des soins de santé.....	9
1.2. Objectifs de l'étude	13
2. Eligibilité à l'AMG	14
2.1. Système actuel.....	14
2.2. Réforme en chantier	19
3. Prestations dispensées dans le cadre de l'AMG	20
3.1. Poids de l'AMG dans l'activité des SSP.....	20
3.1.1. Vue d'ensemble	20
3.1.2. Variations selon le niveau de soins	21
3.1.3. Variations géographiques	22
3.2. Volume de prestations moyen par bénéficiaire.....	24
3.2.1. En nature.....	24
3.2.2. En valeur	25
3.3. Limitations de l'AMG.....	26
3.3.1. Paiements directs	26
3.3.2. Renoncement aux soins	28
4. Financement de l'AMG.....	30
5. Principaux résultats de la revue de l'AMG et recommandations.....	34

5.1.	Système d'éligibilité	34
5.2.	Collecte de fonds	35
5.3.	Prestation/organisation des soins	35
5.4.	Panier de soins	36
5.5.	Mise en commun des fonds	36
5.6.	Achat de prestations	37
Annexe : Tarifs de prise en charge des malades dans les structures sanitaires publiques		39

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 :	Indicateurs d'état de santé en Tunisie et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure	6
Figure 2 :	Indicateurs d'état de santé et d'accès aux soins selon le quintile de revenu	7
Figure 3:	L'offre publique de soins en Tunisie	8
Figure 4:	Evolution du nombre familles bénéficiaires de l'AMG entre 2007-2014	16
Figure 5:	Répartition de la population (18 ans et plus) par régimes de couverture, selon le quintile de revenu	17
Figure 6:	Répartition des familles bénéficiaires de l'AMG (1&2) par quintiles de revenu, selon la région	18
Figure 7 :	Répartition de l'activité des SSP par régimes de couverture, selon le niveau de soins	21
Figure 8:	Répartition des différentes prestations des SSP par régimes, selon le niveau de soins	22
Figure 10:	Prestation dans les GSB par région et par régime de couverture (2013).....	23
Figure 11:	Prestation dans les HC par région et par régime de couverture (2013)	24
Figure 9:	Volume moyen de différentes prestations par affilié selon le régime	25
Tableau 1:	Principaux indicateurs du financement de la santé en Tunisie.....	12

1. INTRODUCTION

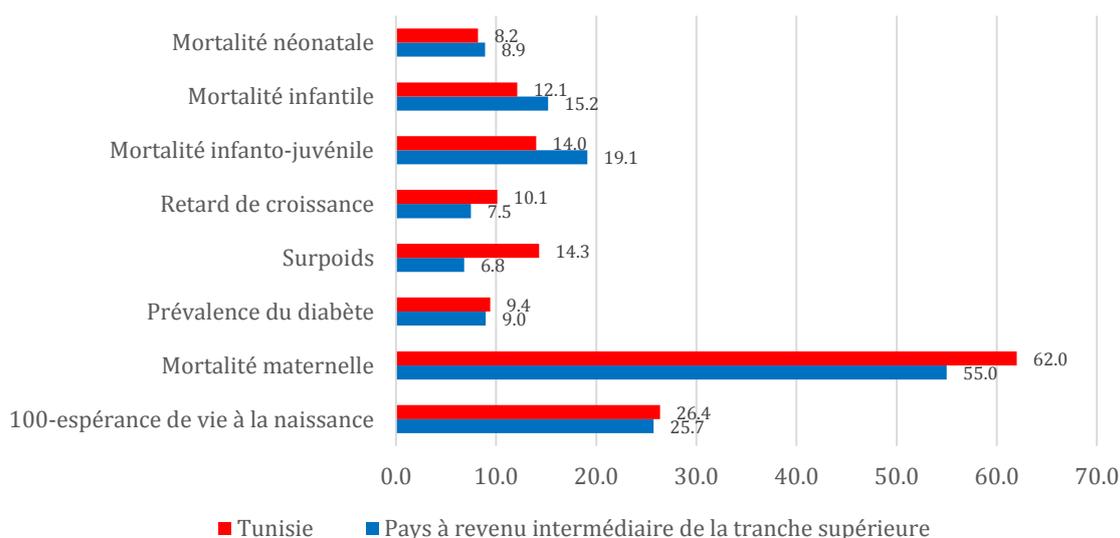
1.1. CONTEXTE SECTORIEL

1.1.1. ETAT DE SANTE

Dans le cadre d'un développement socio-économique et sanitaire accéléré, la Tunisie est entrée dans une phase de transition démographique et épidémiologique il y a deux décennies. Au sommet de la pyramide des âges, la part des personnes âgées (60 ans et plus) est ainsi passée de 5,5 % en 1996 à 11,7% en 2014 ; il est prévu qu'elle atteigne 19 % en 2039. La transition épidémiologique est quant à elle caractérisée par la régression relative des maladies transmissibles et l'accroissement relatif des maladies non-transmissibles, cette augmentation étant en grande partie liée à l'évolution des modes de vie. Les maladies cardiovasculaires, les accidents et les cancers constituent ainsi actuellement les principales causes de décès en Tunisie. Les maladies chroniques représentent en outre 60 % de la charge de morbidité, la prévalence des maladies cardiovasculaires chez l'adulte étant de 16 %, la prévalence de l'hypertension s'élevant à 30 % et la prévalence du diabète étant d'environ 15 %. Plus d'un adulte sur quatre est obèse et six adultes sur dix sont en surpoids (Organisations mondiale de la santé – OMS – 2013).

L'état de santé de la population tunisienne est comparable à celui de la population de pays ayant le même niveau de revenu. La Tunisie est plus performante que les autres pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure en termes de santé infantile (mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile). Elle se compare en revanche défavorablement en termes d'indicateurs de nutrition (retard de croissance et surpoids), de prévalence des maladies non-transmissibles (diabète), de santé maternelle (mortalité maternelle) et d'espérance de vie (voir la Figure 1).

Figure 1 : Indicateurs d'état de santé en Tunisie et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure



Source: *World Development Indicators (WDI)*

Notes :

Mortalité néonatale. Nombre de décès avant l'âge de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes. Année de référence : 2015 pour la Tunisie et le comparateur.

Mortalité infantile. Nombre de décès avant l'âge d'un an pour 1 000 naissances vivantes. Année de référence : 2015 pour la Tunisie et le comparateur.

Mortalité infanto-juvénile. Nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes. Année de référence : 2015 pour la Tunisie et le comparateur.

Retard de croissance. Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance sur 100. Année de référence : 2012 pour la Tunisie et 2014 pour le comparateur.

Surpoids. Nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids. Année de référence : 2012 pour la Tunisie et 2014 pour le comparateur.

Prévalence du diabète. Nombre de diabétiques pour 100 habitants âgés de 20-79 ans. Année de référence : 2014 pour la Tunisie et le comparateur.

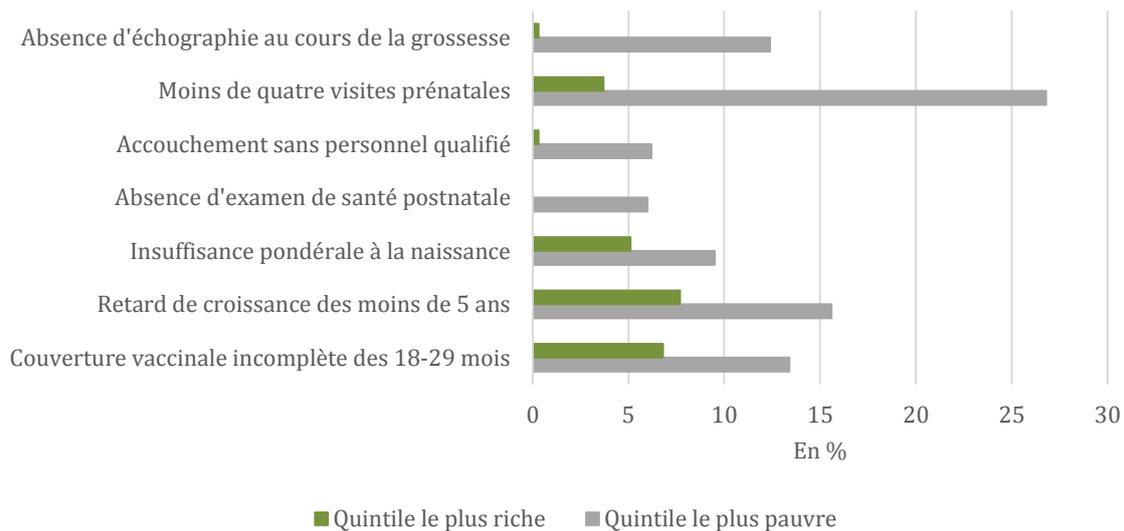
Mortalité maternelle. Nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes. Année de référence : 2015 pour la Tunisie et le comparateur.

Espérance de vie à la naissance. Afin que pour cet indicateur, comme pour les autres, une valeur plus faible traduise une meilleure performance, la mesure a été inversée. Année de référence : 2013 pour la Tunisie et le comparateur.

Les indicateurs d'état de santé et d'accès aux soins varient selon le revenu de la population. Les écarts entre quintile le plus pauvre et quintile le plus riche sont particulièrement importants pour les indicateurs d'accès aux soins de santé maternelle. Alors que la part des femmes n'ayant pas bénéficié d'une échographie au cours de la grossesse et accouchant sans personnel qualifié est quasiment nulle dans le quintile le plus riche (0,3 %), elle reste respectivement de 12,4 % et 6,2 % dans le quintile le plus pauvre ; 7 fois plus de femmes du quintile le plus pauvre que de femmes du quintile le plus riche bénéficient en outre de moins de quatre visites prénatales. De la même manière, 6 %

des enfants du quintile le plus pauvre continuent de n'être le sujet d'aucun examen postnatal, alors que tous les enfants du quintile le plus riche sont examinés au moins une fois dans la semaine suivant leur naissance. Enfin, environ deux fois plus d'enfants du quintile le plus pauvre que d'enfants du quintile le plus riche souffrent d'insuffisance pondérale à la naissance, de retard de croissance ou d'une couverture vaccinale incomplète (voir la Figure 2).

Figure 2 : Indicateurs d'état de santé et d'accès aux soins selon le quintile de revenu



Source : Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2011-2012

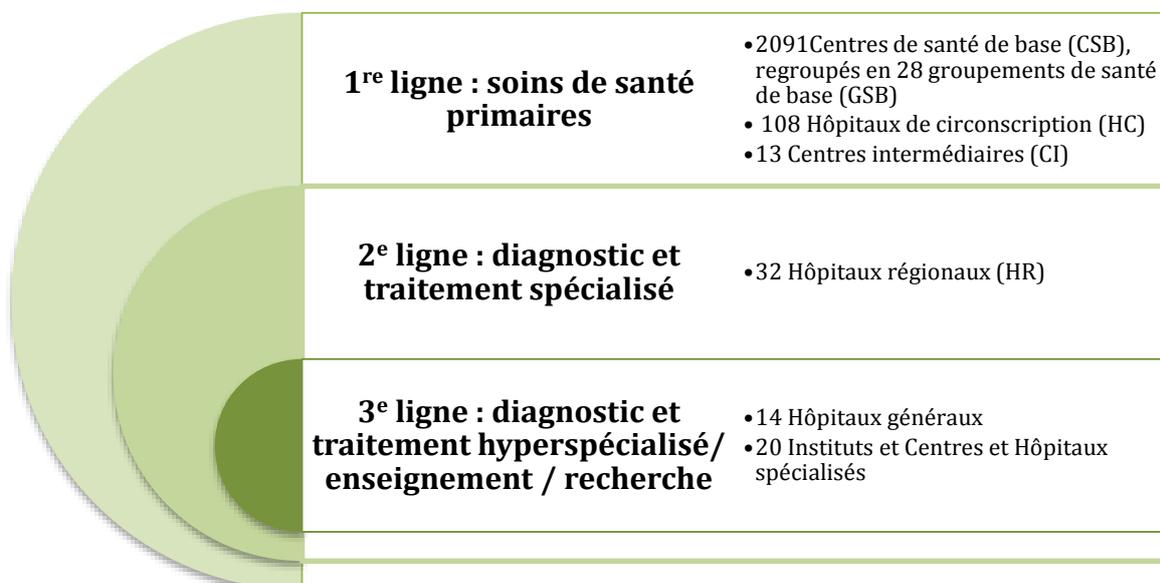
1.1.2. OFFRE DE SOINS

En Tunisie, l'offre publique de soins relevant du ministère de la santé (structures sanitaires publiques – SSP) se décompose en trois échelons de services complémentaires. Le système permet ainsi en principe de prendre en charge la majorité des recours dans les structures de santé primaire, les plus nombreuses et les plus accessibles (les centres de santé de base – CSB – et les hôpitaux de circonscription – HC), et d'orienter le patient, au besoin, des soins de santé primaires vers les échelons supérieurs¹. Le niveau primaire des soins met en œuvre la politique préventive de santé et assure des soins de santé de base à titre ambulatoire et des hospitalisations pour des

¹ Les CSB sont regroupés au sein de groupements de santé de base (GSB) dans les grandes agglomérations urbaines ou rattachés aux HC pour les autres délégations

accouchements et les maladies courantes de l'adulte et de l'enfant. Il prend par ailleurs en charge les activités sanitaires de l'ensemble des élèves et étudiants de tous les niveaux (préscolaire, primaire, secondaire, universitaire, formation professionnelle et autres). Les soins de santé du niveau secondaire sont assurés dans les hôpitaux régionaux qui assurent aussi les soins de première ligne pour la population de proximité. Ont en principe accès à ces hôpitaux, généralement situés dans les chefs-lieux de gouvernorat, les malades référés par les CSB et les HC qui ont besoin d'une prise en charge spécialisée. Le niveau tertiaire des soins de santé est composé d'un réseau de 23 hôpitaux et institutions universitaires, qui peuvent être généraux ou spécialisés, qui ont le statut d'établissements publics de santé (EPS) et qui sont situés dans les agglomérations où siègent les facultés de médecine. Ils assurent des soins de référence et hautement spécialisés, en plus des soins des premier et second niveaux pour la population de proximité (voir la Figure 3).

Figure 3: L'offre publique de soins en Tunisie



Source : Arrêté du 24 septembre 2014

L'offre publique de soins est complétée par une offre privée en expansion rapide.

Le secteur privé ne cesse de se développer, particulièrement dans les soins ambulatoires. Le nombre de cabinets médicaux a ainsi été multiplié par 3,5 entre 1990 et 2010. Alors que ce secteur dispose d'environ 15 % de la capacité totale en lits (84 cliniques), il dispose de 70 % des technologies de pointe². En termes de ressources humaines, il emploie 50 %

² Il s'agit des équipements matériels lourds dont l'acquisition, l'installation et l'exploitation sont soumises à la règle du numerus clausus sur la base de normes et indices de besoins fixés par le MS (appareils de circulation extracorporelle, IRM, scanners....).

des médecins, 73 % des dentistes et 80 % des pharmaciens (Institut de prospective économique du monde méditerranéen – IPEMED – 2012). Les cliniques privées sont essentiellement concentrées dans les grandes zones urbaines.

1.1.3. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

Les acquis du système de protection sociale en santé tunisien sont notables. La Tunisie dispose ainsi de deux régimes explicites : (i) l'assurance maladie obligatoire couvrant les travailleurs et retraités ainsi que leurs ayants-droit et (ii) l'assistance médicale gratuite (AMG) pour la population pauvre et vulnérable.

L'assurance sociale en santé a été établie à partir des années 1950. Le premier régime d'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur public est ainsi établi en 1951. L'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur privé est quant à elle instituée en 1960. En 2004, la gestion des divers régimes qui se sont développés depuis les années 1960 au profit des employés et employeurs du secteur formel est confiée à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), qui couvre aujourd'hui 68 % de la population tunisienne.

Pour les soins ambulatoires, les assurés de la CNAM ont le choix³ entre trois régimes de couverture :

- **Le régime dit « filière publique ».** Il représentait 62 % des assurés de la CNAM en 2013, contre 76 % en 2008. L'assuré de la « filière publique » a accès aux structures sanitaires du ministère de la santé, ainsi que d'autres structures conventionnées avec la CNAM (polycliniques de la Caisse nationale de sécurité sociale⁴ et hôpitaux militaires). Le patient assuré s'acquitte seulement du ticket modérateur (voir les tarifs en annexe 1). Sont exonérés du ticket les assurés affectés d'une maladie lourde ou chronique déclarés atteints d'une affection prise en charge intégralement (APCI), ainsi que les patients dont la somme des tickets modérateurs a atteint le plafond annuel⁵. Le recours aux prestataires privés est possible avec accord préalable de la CNAM pour certaines catégories de soins et explorations (dialyse, cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiovasculaire, lithotripsie, scanner, IRM). Depuis 2009, la CNAM rembourse aux assurés de la filière publique bénéficiant d'un accord APCI les

³ Le choix est exprimé explicitement par chaque affilié. Ceux qui ne s'expriment pas dans les délais impartis sont associés par défaut à la « filière publique ».

⁴ Six polycliniques de soins ambulatoires relèvent de la CNSS. Elles sont principalement implantées dans les grandes agglomérations urbaines (Tunis, Sousse, Sfax).

⁵ Le plafond annuel est fixé à une fois et demi le salaire ou la pension mensuel(le).

médicaments prescrits et achetés en officines privées lorsqu'ils ne sont pas disponibles dans les SSP⁶.

- **Le régime dit « filière privée de soins ».** Il représentait 17 % des assurés de la CNAM en 2013, contre 10 % en 2008. L'assuré ayant opté pour ce régime doit recourir à un médecin référent (dit médecin de famille) conventionné. Ce dernier réfère le patient si besoin à des spécialistes, généralement dans le secteur privé. L'assuré ayant choisi la « filière privée de soins » n'est toutefois pas tenu de passer par le médecin de famille pour les pathologies se rapportant à la gynécologie – y compris l'obstétrique, l'ophtalmologie, la pédiatrie et la médecine dentaire ou lorsqu'il est reconnu comme étant affecté d'une APCI par la CNAM. Le patient s'acquitte en principe d'un ticket modérateur s'élevant à un pourcentage du tarif conventionné convenu entre les prestataires privés et la CNAM, qui paie directement aux prestataires la part qu'elle prend en charge⁷. Les assurés affectés d'une APCI sont toutefois exonérés du ticket modérateur. Les frais pris en charge par la CNAM sont plafonnés à 200 DT par affilié et par an, avec une extension de 50 DT pour chaque ayant-droit (conjoint, descendants dans la limite de trois descendants par affilié et ascendants) – la prise en charge des APCI étant néanmoins déplafonnée.
- **Le régime dit « système de remboursement ».** Il représentait 21 % des assurés de la CNAM en 2013, contre 14 % en 2008. L'assuré relevant du système de remboursement peut choisir de recourir aux structures publiques et privées. En cas de recours à un prestataire privé conventionné, il procède au paiement de la totalité des frais associés aux soins qui lui sont dispensés, puis se fait rembourser à hauteur d'un pourcentage du tarif conventionnel de la CNAM⁸. Un plafond annuel similaire à celui de la filière privée s'applique pour les maladies ordinaires – et la prise en charge des APCI est déplafonnée dans ce régime aussi. En cas de recours aux SSP, l'assuré du système de remboursement acquitte directement ses frais, calculés sur la base des

⁶ Cette mesure a été mise en place à titre provisoire pour pallier les insuffisances dans les SSP.

⁷ Le taux varie selon la nature de la prestation : 30 % pour la consultation d'un médecin ou d'une sage-femme, 20 % pour l'acte médical d'un médecin ou d'une sage-femme, 30 % pour l'acte paramédical, 25 % pour l'acte de radiologie, 25 % pour le bilan biologique, 50 % pour l'acte de médecine dentaire (avec avance des frais puis remboursement, cet acte n'étant pas soumis au tiers-payant), 0 % du prix de référence pour les médicaments vitaux, 15 % du prix de référence pour les médicaments essentiels, 60 % du prix de référence pour les médicaments intermédiaires. La majorité des prestataires privés ne respectent toutefois pas les tarifs conventionnels et appliquent des tarifs supérieurs, ce qui explique en partie l'importance de la part des dépenses directes des ménages dans les dépenses totales de santé (voir ci-dessous).

⁸ Le taux varie selon la nature de la prestation : 70 % pour la consultation d'un médecin ou d'une sage-femme, 80 % pour l'acte médical d'un médecin ou d'une sage-femme, 70 % pour l'acte paramédical, 75 % pour l'acte de radiologie, 75 % pour le bilan biologique, 50 % pour l'acte de médecine dentaire, 100 % du prix de référence pour les médicaments vitaux, 85 % du prix de référence pour les médicaments essentiels, 40 % du prix de référence pour les médicaments intermédiaires.

tarifs publics pour les usagers qui ne sont couverts par aucun régime de couverture médicale (dits « payants »), puis se fait rembourser.

Les conditions de prise en charge de l'hospitalisation sont identiques pour tous les assurés. Dans les hôpitaux publics, l'assuré, quel que soit son régime, ne paie que le ticket modérateur. Dans les cliniques privées, la CNAM prend en charge les frais des interventions chirurgicales inscrites sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, ainsi que les frais d'accouchement, dans la limite du tarif conventionné⁹.

En parallèle, un programme d'assistance médicale est établi afin de garantir l'accès aux soins de la population démunie. Avant 1958, un certificat d'indigence, délivré par l'administration, ouvre ainsi droit à la gratuité des soins. A partir de 1958, sont délivrées par les services décentralisés et les collectivités locales des « cartes d'indigence » familiales annuelles ouvrant droit à la gratuité totale pour les « économiquement nuls » et à des tickets modérateurs réduits pour la population vivant juste au-dessus du seuil d'indigence. Ce programme d'assistance médicale, communément appelé « assistance médicale gratuite » ou « AMG », a été amendé et complété à plusieurs reprises¹⁰. L'AMG a aujourd'hui deux composantes : « la gratuité des soins et de l'hospitalisation » dans les SSP, dite « AMG1 », et « les tarifs réduits de soins et d'hospitalisation », communément appelés « AMG2 »¹¹. L'AMG2 permet l'accès aux soins dans les SSP moyennant une cotisation annuelle fixe (timbre) de 10 DT (environ 5 USD). En outre, le bénéficiaire de l'AMG2 paie directement à la structure de soins de santé un ticket modérateur réduit¹² à chaque contact. L'AMG fait l'objet du présent rapport.

Ce rapport s'intègre aux analyses du financement de la santé en Tunisie menées depuis 2012. Le financement de la santé a été au cœur du « dialogue sociétal » sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de la santé, dont la première phase s'est

⁹ Le tarif conventionné est similaire au tarif appliqué dans les SSP.

¹⁰ Le programme d'assistance médicale établi en 1958 est notamment amendé et précisé en 1969 (extension de la durée de validité des cartes, sélection centralisée des bénéficiaires du programme par le Secrétariat d'Etat à la santé publique et redéfinition de l'effort contributif notamment), en 1981 (nouvelle catégorisation des bénéficiaires en fonction du revenu, décentralisation du processus de sélection des bénéficiaires et redéfinition de l'effort contributif notamment), en 1982 (redéfinition de l'effort contributif) et en 1987-1988 et 1998 (nouvelle catégorisation des bénéficiaires en fonction du revenu et redéfinition de l'effort contributif) (Achouri 2001).

¹¹ Dans les textes actuellement en vigueur, l'appellation « assistance médicale gratuite (AMG) » a été remplacée par les concepts de « gratuité des soins » et de « tarifs réduits ». Dans ce rapport, continuent toutefois d'être utilisés les concepts d'AMG1 et d'AMG2 pour des raisons de commodité.

¹² Le ticket modérateur acquitté par les bénéficiaires de l'AMG2 s'élève à 20-30 % du tarif pour les patients, dits « payants », qui ne disposent d'aucune couverture médicale. Pour plus de détails, voir : Tarifs de prise en charge des malades dans les structures sanitaires publiques.

déroulée de 2012 à 2014. Une analyse globale du financement de la santé en Tunisie, appuyée par l’OMS, est venue alimenter le dialogue sociétal. Ce rapport recommandait notamment de : (i) mobiliser des ressources additionnelles afin d’assurer la pérennité de la couverture existante ; (ii) étendre les régimes de protection sociale en santé à la population ne bénéficiant actuellement ni de l’assurance maladie ni de l’assistance médicale (estimée à 8-10 % de la population tunisienne) afin de limiter les dépenses directes des ménages et, en particulier, les dépenses catastrophiques ; (iii) définir explicitement les prestations des régimes de protection sociale en santé existants afin de pouvoir les garantir ; (iv) réformer la gouvernance du financement de la santé (notamment les méthodes d’achat et de paiement des prestataires de soins de santé), en particulier dans le cadre de l’assistance médicale, afin de défragmenter la protection sociale en santé et améliorer l’équité dans l’accès aux soins de la population (OMS 2013). Suite à cette analyse globale, les pouvoirs publics ont préparé les comptes nationaux de la santé pour 2012 et 2013, qui ont notamment révélé que, malgré la progression de l’assurance maladie et de l’AMG, une large part des dépenses totales de santé étaient directement supportées par les ménages. En 2013, les dépenses publiques de santé (y compris l’assurance maladie) enregistraient ainsi une nette progression par rapport à 2005 : elles représentaient 62 % des dépenses totales de santé contre 51 % en 2005 (voir le Tableau 1). Des études approfondies sur les régimes d’assurance maladie gérés par la CNAM d’une part, les dépenses catastrophiques d’autre part, sont réalisées avec l’appui de l’OMS. La présente étude, qui se concentre quant à elle sur l’assistance médicale gratuite, vient compléter ces analyses sur le financement de la santé et approfondit les analyses antérieures sur l’AGM¹³.

Tableau 1: Principaux indicateurs du financement de la santé en Tunisie

Indicateurs	2000	2005	2012	2013
Dépenses totales de santé (DTS) (en millions de DT)	1581	2247	4985	5363
Part des dépenses totales de santé dans le PIB (en %)	5,5	5,9	7,1	7,1
Part des dépenses publiques de santé (DPS) dans les DTS (en %)	53	51	61	62
Part de l’assurance maladie dans les DPS (en %)	32	46	52	56
Part des paiements directs des ménages dans les DTS (en %)	44	43	38	37
DTS par habitant (en DT)	164	214	463	493

Source : Ministère de la santé 2014

¹³ Voir par exemple Chokri Arfa et Heba Elgazzar, *Consolidation and Transparency: Transforming Tunisia’s Health Care for the Poor*, 2013.

1.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

A la demande du ministère de la santé, la présente étude sur l'assistance médicale a pour principaux objectifs de (i) exploiter les données administratives (données d'activités et données financières agrégées) et (ii) éclairer les modalités de financement actuelles de l'AMG.

Cette note d'orientation stratégique, ainsi que les autres études citées au paragraphe précédent, permettraient d'alimenter la stratégie de réforme du financement de la santé des pouvoirs tunisiens.

2. ELIGIBILITE A L'AMG

2.1. SYSTEME ACTUEL¹⁴

L'inscription sur la liste des bénéficiaires de l'AMG repose sur un système sophistiqué, dont l'unité de sélection est le ménage et qui repose sur des critères et des processus définis à l'échelon national. Les bénéficiaires potentiels de l'AMG ont actuellement la responsabilité de la demande d'inscription sur la base d'un dossier de candidature à déposer dans les services déconcentrés du ministère des affaires sociales. Dans une seconde étape, un assistant social relevant du ministère des affaires sociales réalise une interview au domicile du demandeur en s'appuyant sur un questionnaire standardisé¹⁵.

L'AMG a en principe vocation à couvrir la population la plus défavorisée de la Tunisie. Sur la base des données sur les conditions de vie déclarées, le travailleur social établit un rapport d'évaluation de l'éligibilité de la famille. Le critère d'éligibilité à l'AMG2 est le revenu annuel¹⁶, dont le montant ne doit pas dépasser le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) pour les familles de moins de deux personnes, une fois et demie le SMIG si la famille est composée de trois à cinq personnes et deux fois le SMIG si la famille est composée de plus de cinq personnes. Les critères de sélection des bénéficiaires de l'AMG1 sont plus ambigus. La circulaire conjointe des ministères de l'intérieur et des affaires sociales datant du 27 mai 2011¹⁷ définit ainsi les critères d'éligibilité des familles à l'AMG 1 : un revenu annuel per capita ajusté¹⁸ ne dépassant pas 585 DT (environ 285 USD), l'incapacité de travailler de l'ensemble des membres de la

¹⁴ Le cadre juridique en vigueur est constitué de la loi n° 91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire, notamment ses articles 35 (« le bénéfice de la gratuité des soins et de l'hospitalisation est accordé à tout tunisien indigent, à son conjoint et à ses enfants légalement à charge ») et 36 (« le bénéfice de tarifs réduits de soins et d'hospitalisation est accordé à certaines catégories de tunisiens, leur conjoint et leurs enfants légalement à charge. La détermination des catégories concernées, les modalités de leur prise en charge et les tarifs auxquels elles sont soumises sont fixés par décret »), et ses textes d'application, à savoir : le décret n° 98-409 du 18 février 1998, qui fixe les catégories des bénéficiaires de l'AMG2 ainsi que les modalités de leur prise en charge et les tarifs auxquels ils sont assujettis, tel que modifié par le décret 2005-2886 du 24 octobre 2005, le décret n° 2009-1034 du 13 avril 2009 et le décret n° 2012-2522 du 16 octobre 2012, et le décret n° 98-1812 du 21 septembre 1998, qui fixe les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte AMG1, tel que modifié par le décret n° 2012-2521 du 16 octobre 2012.

¹⁵ Les détails relatifs aux questionnaires sont disponibles en annexe.

¹⁶ Article 2 du décret n°2005-2886 du 24 octobre 2005. Le SMIG des différentes professions du régime 48 heures s'élève actuellement à 338 DT (environ 165 USD par semaine). Tandis que le SMIG des différentes professions du régime 40 heures s'élève à 290 DT (environ 140 USD). La famille est composée du candidat, de son conjoint et des enfants et ascendants légalement à charge.

¹⁷ Références respectives : circulaire du ministère de l'intérieur n° 12 du 27 mai 2011 et circulaire du ministère des affaires sociales n° 3 du 27 mai 2011.

¹⁸ Revenu annuel moyen ajusté =
$$\frac{\text{Revenu annuel familial déclaré} - 600 \times \text{nombre de personnes handicapées} - 500 \text{ (si locataire)}}{\text{Nombre de membres de la famille}}$$

famille, l'absence de père de famille (pour décès, emprisonnement ou abandon), l'absence de soutien familial, l'absence de couverture des besoins essentiels (besoins des membres de la famille affectés d'un handicap ou charges de location notamment), le handicap et/ou la maladie chronique d'un membre de la famille, des conditions de vie dégradées (état et équipement du logement notamment). La circulaire précise qu'il n'est pas nécessaire que tous ces critères soient réunis pour que la famille soit éligible, laissant une marge d'appréciation discrétionnaire au travailleur social.

Le processus de vérification des conditions d'éligibilité est complexe. Deux commissions¹⁹ sont chargées d'examiner les dossiers de candidature et les rapports des travailleurs sociaux. Tout d'abord une commission interministérielle locale (à l'échelon de la délégation) est chargée d'étudier les dossiers de candidature. Elle transmet à la commission interministérielle régionale les procès-verbaux de ses réunions accompagnés des dossiers de candidature ; les demandes qu'elle a acceptées sont classées par ordre de priorité. La commission régionale est la seule habilitée à prendre les décisions finales de refus ou d'acceptation des candidatures, après vérification et dans la limite de quotas régionaux²⁰.

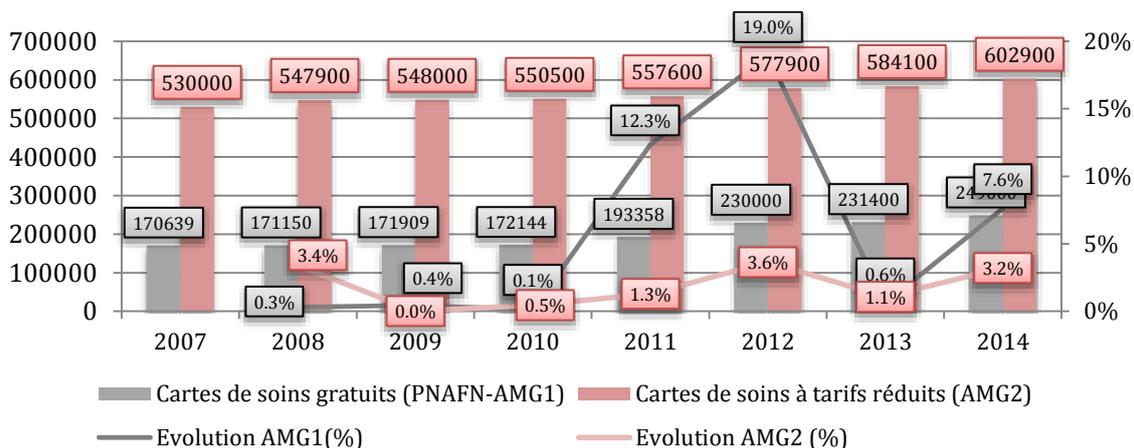
En 2014, le nombre des familles bénéficiaires de l'AMG1 et de l'AMG2 représente respectivement 9 et 22% du total des ménages tunisiens²¹. L'augmentation du nombre des familles bénéficiaires de l'AMG1 s'est accélérée à partir de la révolution de 2011, du fait notamment de la croissance inédite de l'envergure du programme de transferts en espèces (Programme national d'aide aux familles nécessiteuses – PNAFN), qui s'appuie sur le même système d'éligibilité que l'AMG1. En 2011, le nombre de familles bénéficiaires de l'AMG1 a ainsi augmenté de 12,3 % par rapport à l'année précédente et, en 2012, de 19 % (voir la Figure 4). Si le taux d'accroissement s'est ensuite réduit, le nombre total des familles bénéficiaires a augmenté au total de 45 % entre 2010 et 2014. Le taux d'accroissement du nombre de familles bénéficiaires de l'AMG2 a été moindre ; il a néanmoins dépassé le taux d'accroissement de la période antérieure à la révolution. L'augmentation du nombre de familles bénéficiaires a ainsi été en moyenne de 2,3 % entre 2010 et 2014, contre 1,3 % entre 2007 et 2010.

¹⁹ Références respectives : article 5 du décret n° 2012-2521 et articles 5 et 7 du décret n° 2012-2522 du 16 octobre 2012.

²⁰ Les quotas régionaux sont fixés par arrêté conjoint des ministres des finances, des affaires sociales et de la santé, en tenant en principe compte de l'effectif de la population vivant sous les seuils de revenu associés à l'AMG1 et à l'AMG2 et du nombre de demandes enregistrées dans chaque région.

²¹ La somme des taux de couverture des différents régimes d'assurance précités et de l'AMG et du taux d'exclusion des régimes existants dépasse 100 % de la population. Ce phénomène pourrait être expliqué par des doubles affiliations, ainsi que des déclarations erronées dans le cadre des enquêtes auprès des ménages.

Figure 4: Evolution du nombre familles bénéficiaires de l'AMG entre 2007-2014

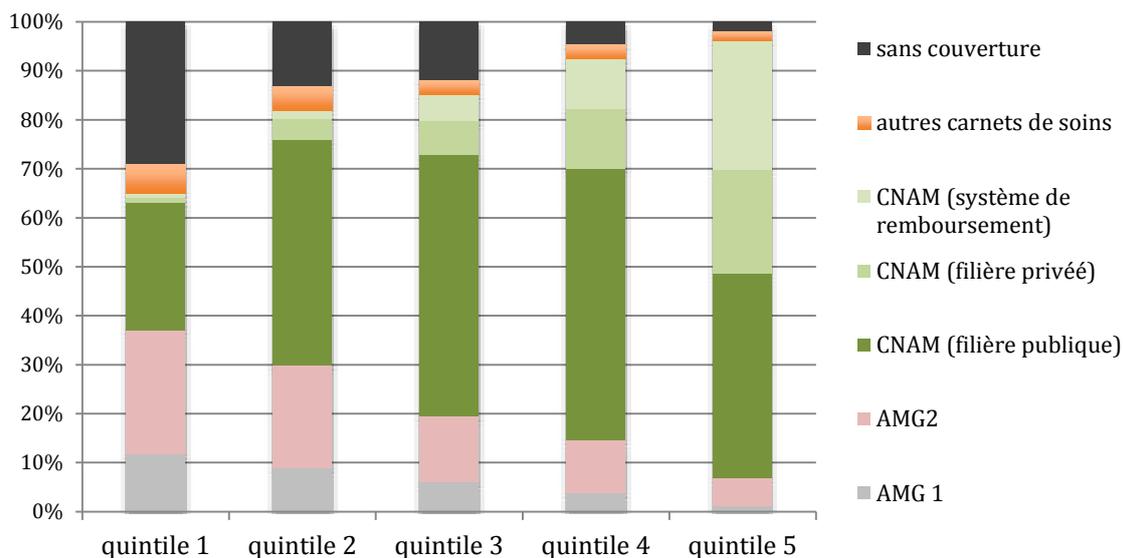


Source : Données administratives du MAS

L'actuel système d'éligibilité de l'AMG conduit à des erreurs d'inclusion et d'exclusion²². Environ 60 % des 20 % les plus pauvres de la population (quintile 1) ne sont ainsi couverts ni par l'AMG1, ni par l'AMG2. Le quatrième et le cinquième quintile de la population (soit les 40 % les plus riches) sont par ailleurs bénéficiaires de l'AMG à hauteur de près de 15 % et 7 % respectivement (voir la Figure 5).

²² Les erreurs d'inclusion correspondent au nombre de « faux positifs », soit les individus non-ciblés par un programme qui sont effectivement couverts. Par exemple, c'est le nombre de non-pauvres bénéficiant d'un programme ciblant la population dont le revenu se situe sous le seuil de pauvreté. Inversement, les erreurs d'exclusion correspondent au nombre de « faux négatifs », soit les individus ciblés par un programme qui ne sont pas effectivement couverts. Par exemple, c'est le nombre de pauvres ne bénéficiant pas d'un programme ciblant pourtant la population dont le revenu se situe sous le seuil de pauvreté.

Figure 5: Répartition de la population (18 ans et plus) par régimes de couverture, selon le quintile de revenu

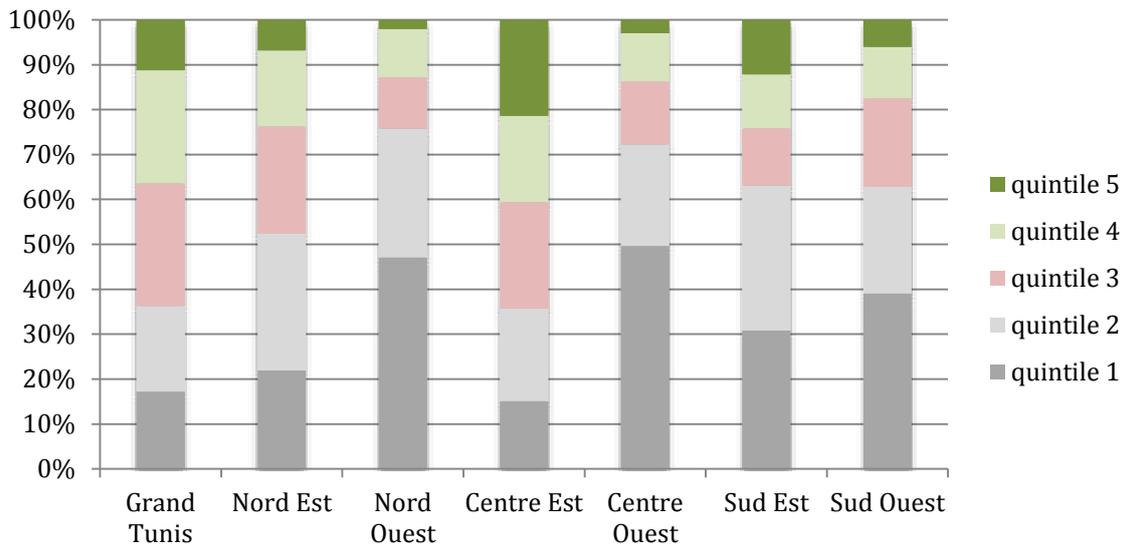


Source : Enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages (EBCNV) 2010

Note : la catégorie « autres » comprend notamment les agents de la sécurité intérieure, les militaires, les agents de la douane, le personnel de santé et les bénéficiaires de l'amnistie nationale et leurs ayants-droit. Ces catégories bénéficient de la gratuité des soins dans les SSP, tout en relevant des régimes la CNAM (sauf les bénéficiaires de l'amnistie nationale).

Les erreurs d'inclusion varient d'une région à une autre. Par exemple, dans les régions Grand Tunis et Centre Est, plus de 60 % des bénéficiaires de l'AMG relèvent des trois derniers quintiles (60 % des plus riches). En revanche, moins de 30 % des trois derniers quintiles vivants dans les régions Nord Ouest et Centre Ouest sont couverts par l'AMG (voir la Figure 6).

Figure 6: Répartition des familles bénéficiaires de l'AMG (1&2)²³ par quintiles de revenu, selon la région



Source : EBCNV-2010

Les résultats de l'enquête d'évaluation de la performance des programmes d'assistance sociale en Tunisie conduite par le Centre des recherches et des études sociales (CRES) en 2014-2015 ont permis d'identifier les caractéristiques des bénéficiaires de l'AMG. Les bénéficiaires de l'AMG1 se répartissent ainsi presque également entre hommes et femmes. Les familles bénéficiaires de l'AMG1 sont de taille réduite et se distinguent par l'âge avancé du soutien du ménage. La majorité des bénéficiaires sont ainsi âgés de plus de 60 ans (62 %). D'autre part, 15 % des bénéficiaires, essentiellement des personnes âgées, ont intégré le programme au cours des trois premières années qui ont suivi son démarrage (1986-1989). Un bénéficiaire sur cinq a néanmoins été inscrit après la révolution (2011) et appartient à la tranche d'âge 40-59 ans. Plus de la moitié des bénéficiaires de l'AMG1 vit dans les régions de l'Ouest du pays (21,2 % au Nord Ouest, 19,4 % au Centre Ouest et 10,4 % au Sud Ouest), qui concentrent 55 % de la population pauvre de Tunisie et 30 % de la population totale. Alors que le taux national d'analphabétisme s'élève à 29 %, 68 % des bénéficiaires de l'AMG1 et 34 % des bénéficiaires de l'AMG2 sont analphabètes. Enfin, 74 % des ménages bénéficiaires de l'AMG1 et 56 % des ménages couverts l'AMG2 ont au moins un membre de la famille souffrant d'une maladie chronique.

²³ La Tunisie est décomposée en 7 grandes régions : Grand Tunis (Tunis, Ariana, Ben Arous et La Manouba), Nord Est (Nabeul, Zaghouan et Bizerte), Nord Ouest (Beja, Jendouba, Le Kef et Siliana), Centre Est (Sousse, Monastir, Mahdia et Sfax), Centre Ouest (Kairouan, Kasserine et Sidi Bouzid), Sud Est (Gabés, Médenine et Tataouine) et Sud Ouest (Gafsa, Tozeur et Kébili).

2.2. REFORME EN CHANTIER

Une réforme du système d'éligibilité des bénéficiaires de l'AMG est en cours. La réunion de travail interministérielle du 3 août 2012²⁴ a officiellement lancé la réforme des systèmes d'information sur les programmes de protection sociale, qui comprend notamment l'établissement d'une base de données sur les familles défavorisées. Cette réforme s'intègre à un programme de réformes qui sera notamment mis en œuvre par le MAS dans la perspective de l'établissement d'un « socle de protection sociale ». Le MAS élabore actuellement une étude sur ce socle de protection sociale sur laquelle s'appuieront les réformes au cours du prochain plan (2016-2020). Cette étude abordera tous les programmes actuels de protection sociale, notamment la protection en santé (régimes d'assurance maladie et d'AMG).

Cette réforme devrait permettre de réduire les erreurs d'inclusion et d'exclusion.

La catégorisation des bénéficiaires s'appuiera sur un nouveau système de *scoring*/évaluation des conditions de vie des ménages limitant la marge discrétionnaire des responsables du système d'éligibilité. Un identifiant social unique permettra en outre de faire les recoupements nécessaires avec d'autres bases de données et d'assurer le suivi et l'actualisation des variables démographiques, sociales et économiques des familles bénéficiaires des programmes de protection sociale, à travers le recoupement des bases de données des caisses de sécurité sociale et d'assurance maladie, des services des impôts, du système « madania 2 » (Etat civil), de la direction de la propriété foncière et de l'emploi.

²⁴ Circulaire n°16 du 18 octobre 2012 du MAS.

3. PRESTATIONS DISPENSEES DANS LE CADRE DE L'AMG

Les prestations de l'AMG incluent les consultations externes, les hospitalisations et les urgences dans le cadre des SSP. Elles incluent la dispensation des médicaments usuels (appartenant à la nomenclature hospitalière) aussi bien dans le cadre des consultations que dans le cadre des hospitalisations et des urgences. Pour les bénéficiaires de l'AMG, les médicaments sont dispensés par les SSP dans la limite de leur disponibilité. En cas d'indisponibilité, les bénéficiaires de l'AMG les achètent en officines privées à leur frais²⁵.

3.1. POIDS DE L'AMG DANS L'ACTIVITE DES SSP

3.1.1. VUE D'ENSEMBLE

Globalement, la représentation des bénéficiaires de l'AMG dans l'activité des services sanitaires publics est conforme à leur part dans la population. L'activité des SSP associée aux bénéficiaires de l'AMG représente ainsi globalement 30 % du total de l'activité des SSP en 2014, les bénéficiaires de l'AMG représentant environ 30 % de la population tunisienne. De la même manière, 45 % de l'activité des SSP est associée aux assurés de la CNAM couverts par le régime dit « filière publique », qui représentent environ 42 % de la population tunisienne.

Les bénéficiaires de l'AMG tendent à être surreprésentés, tandis que les bénéficiaires de l'AMG2 tendent à être sous-représentés. Les bénéficiaires de l'AMG1, qui représentent environ 9 % des ménages tunisiens, bénéficient ainsi de 18 % des soins délivrés par les SSP de 1^{re} ligne (CSB et HC), 13 % des soins délivrés par les SSP de 2^e ligne (HR) et 11 % des soins délivrés par les SSP de 3^e ligne (EPS). Les bénéficiaires de l'AMG2, qui représentent quant à eux 22 % des ménages tunisiens, bénéficient de 18 % des soins délivrés par les SSP de 1^{re} ligne, 13 % des soins délivrés par les SSP de 2^e ligne et 9 % des soins délivrés par les SSP de 3^e ligne (voir la Figure 7). La « surutilisation » des SSP par les bénéficiaires de l'AMG1 par rapport aux bénéficiaires de l'AMG2 pourrait s'expliquer en premier lieu par les besoins plus importants de cette catégorie de la population, ainsi que par le recours plus fréquent aux prestataires privés des patients plus solvables que sont en théorie les bénéficiaires de l'AMG2, qui consommeraient alors moins de soins dans le secteur public. Elle pourrait s'expliquer en outre par l'existence de tickets modérateurs dans le cadre de l'AMG2 d'une part, l'absence de co-paiement dans le cadre de l'AMG1 d'autre part ; tandis que le montant des tickets modérateurs auxquels sont assujettis les

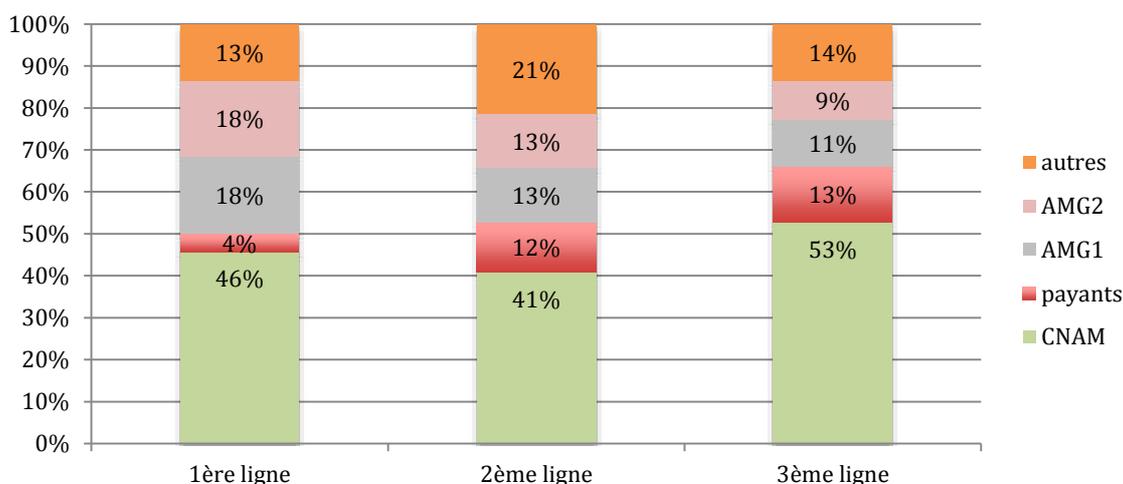
²⁵ Ceci constitue une différence majeure avec le régime dit filière publique de la CNAM, dans le cadre duquel les assurés bénéficient de la couverture par la CNAM de médicaments onéreux (dits « spécifiques ») délivrés dans les polycliniques de la CNSS et de médicaments APCI dispensés en officines privées en cas d'indisponibilité dans les SSP. Enfin, la CNAM couvre certaines hospitalisations dans le secteur privé (cf. section introductive).

bénéficiaires de l'AMG2 et les affiliés de la filière publique de la CNAM croît avec le niveau de soins, les bénéficiaires de l'AMG1 n'acquittent en effet aucun ticket modérateur, quel que soit le niveau de soins auquel ils ont recours. Enfin, des acteurs du système ont souligné que le volume des prestations au titre de l'AMG1 pourrait être surestimé du fait de l'enregistrement abusif de prestations au titre de ce régime dans le but de faire bénéficier de la gratuité des patients qui n'en relèvent pas²⁶.

3.1.2. VARIATIONS SELON LE NIVEAU DE SOINS

La représentation des bénéficiaires de l'AMG diminue avec l'augmentation du niveau de soins. Les bénéficiaires de l'AMG s'adressent plus fréquemment aux structures qui sont géographiquement et financièrement plus accessibles. Les bénéficiaires de l'AMG représentent ainsi 36 % des soins dispensés par les structures de 1^{re} ligne (CSB et HC), 26 % des soins dispensés par les structures de 2^e ligne (HR) et 20 % des soins dispensés par les structures de 3^e ligne (EPS) (voir la Figure 7)²⁷.

Figure 7 : Répartition de l'activité des SSP par régimes de couverture, selon le niveau de soins



Source : Données d'activité du ministère de la santé de 2013

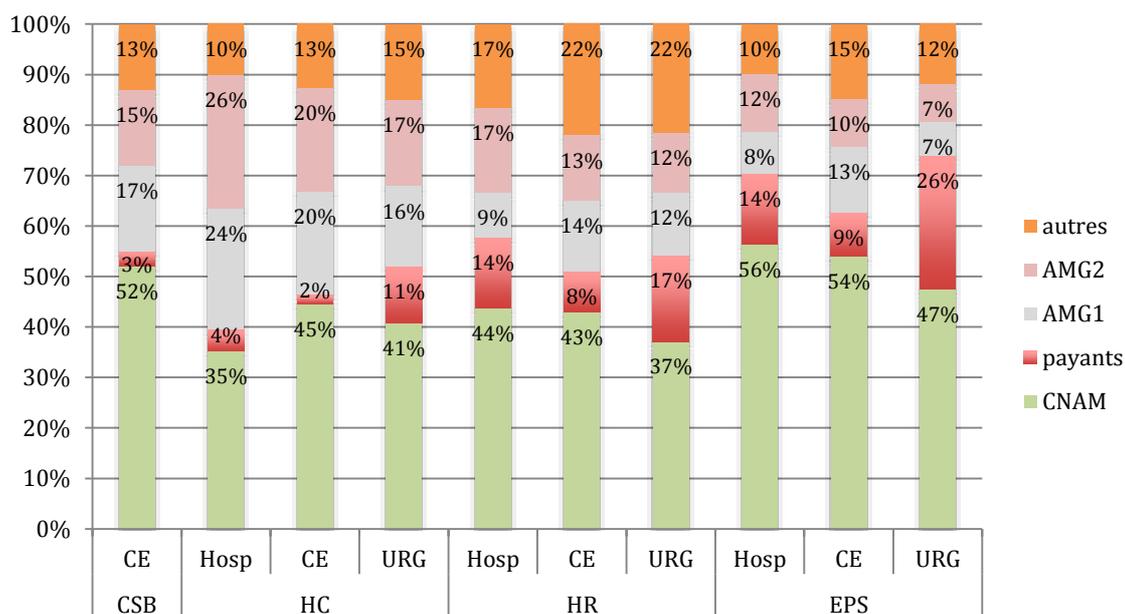
²⁶ L'estimation du volume des enregistrements frauduleux n'est pas disponible.

²⁷ Des ajustements ont été réalisés afin de pallier les insuffisances de la base de données reçue par la Banque. Seules des données agrégées étaient disponibles pour certaines structures. Elles ont ainsi été réallouées entre les différents types de prestations en utilisant les clés de répartition moyennes des structures dont les données étaient complètes.

La diminution du poids des bénéficiaires de l'AMG avec l'augmentation du niveau de soins est particulièrement frappante pour les hospitalisations. Les hospitalisations de bénéficiaires de l'AMG représentent ainsi 50 % du total des hospitalisations dans les SSP de première ligne (HC), contre 20 % des hospitalisations dans les SSP de 3^e ligne (EPS) (voir la Figure 8). Ceci peut notamment s'expliquer par l'accès des affiliés de la CNAM directement aux SSP de 3^e ligne, plus loties en plateaux techniques et en ressources humaines spécialisées et mieux approvisionnées en médicaments, cet accès différencié s'expliquant lui-même notamment par :

- La concentration géographique de la population couverte par la CNAM dans les zones/agglomérations où des SSP de 3^e ligne sont disponibles ;
- Les missions des SSP de 3^e ligne, qui sont chargées d'assurer des soins de 1^{er} et 2^e niveau pour la population résidant à proximité ;
- Le taux élevé d'occupation des lits dans les structures de 3^e ligne, qui avoisine en moyenne 80 %, engendrant une faible disponibilité des lits d'hospitalisation favorable aux patients résidant à proximité et plus à même d'intégrer une file d'attente.

Figure 8: Répartition des différentes prestations des SSP par régimes, selon le niveau de soins



Source : Données d'activité du ministère de la santé de 2013

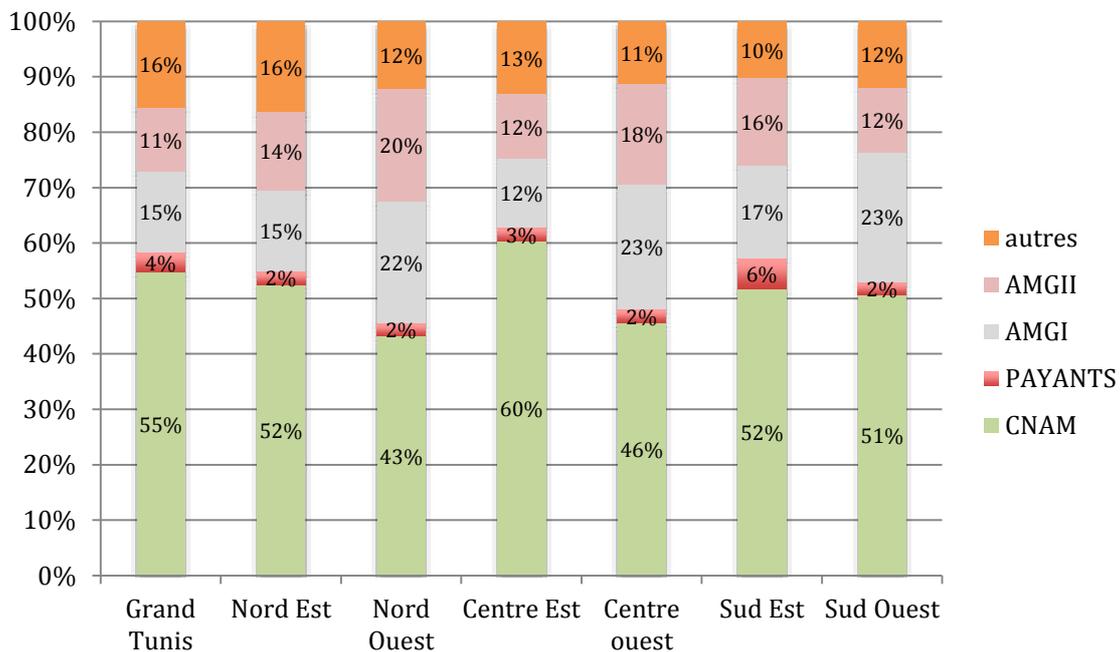
Notes : CE = Consultation externe ; Hosp = Hospitalisation ; URG = Consultation de services d'urgence

3.1.3. VARIATIONS GEOGRAPHIQUES

Le poids des bénéficiaires de l'AMG dans l'activité des SSP fait l'objet d'importantes variations géographiques. Ce poids est ainsi plus important dans les régions de l'Ouest et du Sud du pays, où les taux de pauvreté sont aussi plus élevés. A titre d'exemple, les

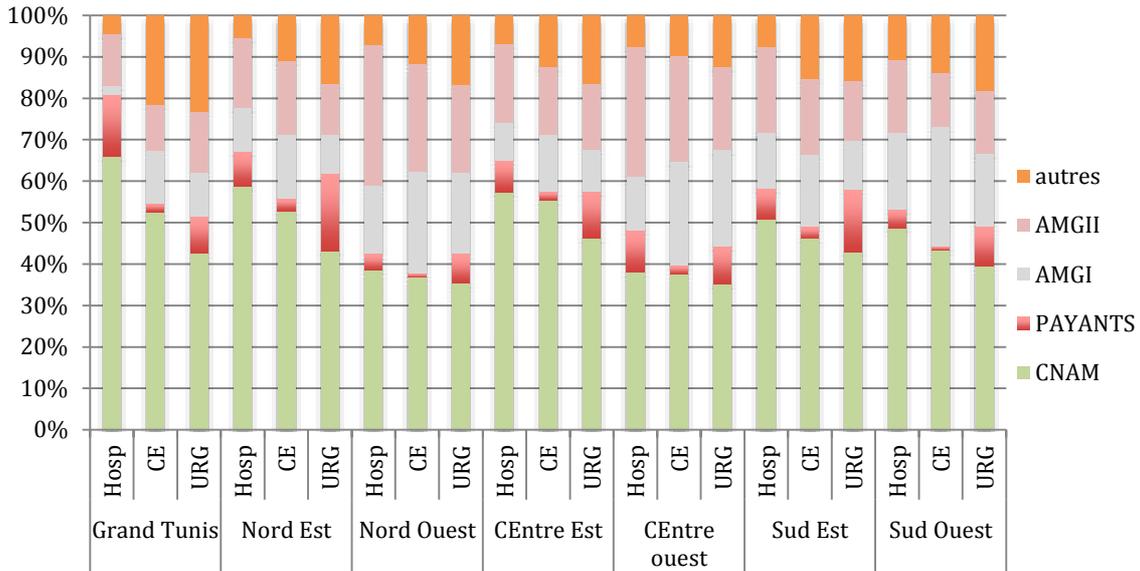
prestations délivrées par les CSB au profit des bénéficiaires de l'AMG représentent en moyenne 32 % du total des prestations des CSB (17 % de ces prestations allant aux bénéficiaires de l'AMG1 et 15 % allant aux bénéficiaires de l'AMG2), contre 42 % dans la région Nord Ouest et 24 % dans les GSB de la région Centre Est (voir la Figure 9). Elles peuvent même constituer la majorité de l'activité de ces structures. Les CSB de Jendouba (dans la région Nord Ouest) et de Sidi Bouzid (dans la région Centre Ouest) consacrent par exemple respectivement 56 % et 54 % de leur activité aux bénéficiaires de l'AMG. De la même manière, 50 % des hospitalisations dans la région Nord Ouest concernent des bénéficiaires de l'AMG contre 14 % dans la région Grand Tunis (voir la Figure 10).

Figure 9: Prestations dans les GSB par région et par régime de couverture



Source : Données d'activité du ministère de la santé de 2013

Figure 10: Prestation dans les HC par région et par régime de couverture



Source : Données d'activité du ministère de la santé de 2013

Notes : CE = Consultation externe ; Hosp = Hospitalisation ; URG = Consultation de services d'urgence

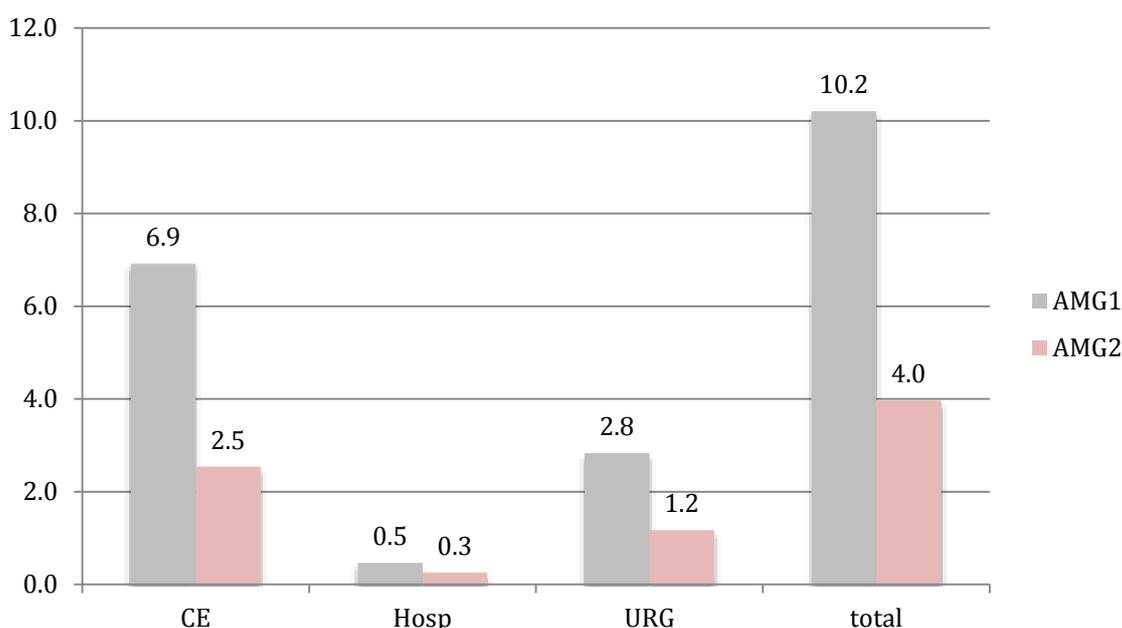
3.2. VOLUME DE PRESTATIONS MOYEN PAR BENEFICIAIRE

3.2.1. EN NATURE

Les prestations dispensées par les SSP varient selon le régime. Un bénéficiaire de l'AMG1 a en moyenne plus de 2,5 fois plus recours aux structures sanitaires publiques qu'un bénéficiaire de l'AMG2, toutes prestations confondues. L'écart est plus important pour les consultations (2,8 fois) que pour les urgences (2,3 fois) et les hospitalisations (1,7). Un bénéficiaire de l'AMG2 a quant à lui une consommation moyenne de consultations assurées par les SSP similaire à un affilié à la filière publique de la CNAM²⁸ (voir la Figure 11). Comme cela a été avancé dans la section précédente, la sous-utilisation des SSP par les bénéficiaires de l'AMG2 par rapport aux bénéficiaires de l'AMG1 pourrait s'expliquer par (i) les besoins plus importants de cette dernière catégorie, (ii) le recours plus fréquent aux prestataires privés des patients plus solvables que sont en théorie les bénéficiaires de l'AMG2, (iii) l'existence de tickets modérateurs dans le cadre de l'AMG2 d'une part, l'absence de co-paiement dans le cadre de l'AMG1 d'autre part et (iv) une surestimation du volume des prestations au titre de l'AMG1 du fait de l'enregistrement abusif de prestations au titre de ce régime.

²⁸ Les autres prestations ne sont pas comparables dans la mesure où tous les assurés de la CNAM ont accès aux hospitalisations et aux urgences dans les SSP et le système d'information et de gestion des SSP ne différencie pas les assurés de la CNAM selon leur régime (filière publique, filière privée et système de remboursement). De la même manière, les prestations par tête des autres catégories de patients ne peuvent

Figure 11: Volume moyen de différentes prestations par affilié selon le régime²⁹



Source : Données d'activité du ministère de la santé de 2013

Notes : CE = Consultation externe ; Hosp = Hospitalisation ; URG = Consultation de services d'urgence

3.2.2. EN VALEUR

Le seul coût moyen qu'il soit possible de calculer compte tenu des données disponibles est la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire, toutes prestations confondues (consultations, hospitalisations et urgences). Les données disponibles sur les dépenses des SSP ne différencient en effet que (i) les niveaux de soins (1^{re}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne) et (ii) la nature des dépenses (personnel, fonctionnement, investissement), contrairement aux données disponibles sur l'activité des SSP qui, on l'a vu, différencient (i) les niveaux de soins, (ii) les prestations (hospitalisations, consultations externes et urgences) et (iii) les régimes de couverture (AMG1, AMG2, CNAM, payants et autres)³⁰.

La dépense moyenne supportée par les SSP varie selon le régime de couverture. La dépense annuelle moyenne pour un bénéficiaire de l'AMG1 (954 DT, soit environ 470 USD) représente ainsi 2,7 fois la dépense moyenne pour un bénéficiaire de l'AMG2 (350 DT, soit environ 170 USD) – voir la Figure 12. Cette dépense moyenne plus élevée ne

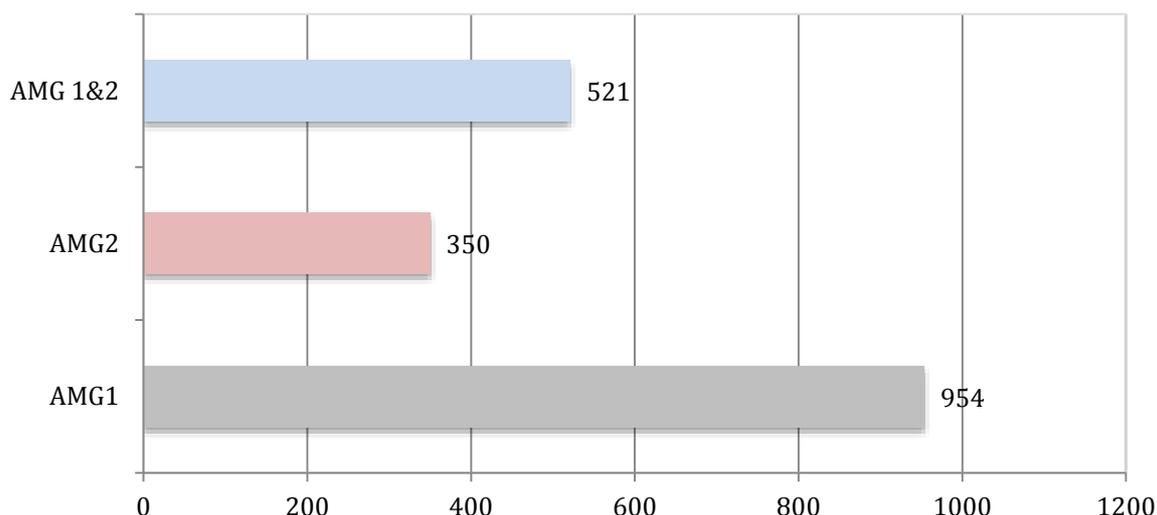
pas être estimées dans la mesure où les effectifs de patients bénéficiant de la gratuité à un autre titre que l'AMG et les effectifs de patients payants ne sont pas connus.

²⁹ La formule de calcul est : $\text{volume moyen de prestations par affilié} = \frac{\text{nombre de prestations associées à un régime}}{\text{nombre de bénéficiaires du régime}}$

³⁰ Les données sur les dépenses des SSP proviennent des comptes nationaux de la santé 2013.

doit toutefois pas masquer les limitations de l'AMG (au premier rang desquels une offre publique excessivement rationnée), plus préjudiciable aux bénéficiaires de l'AMG et en particulier de l'AMG1 qu'aux autres catégories de patients.

Figure 12 : Dépense annuelle moyenne par bénéficiaire (en DT)³¹



Source : Données d'activité du ministère de la santé de 2013

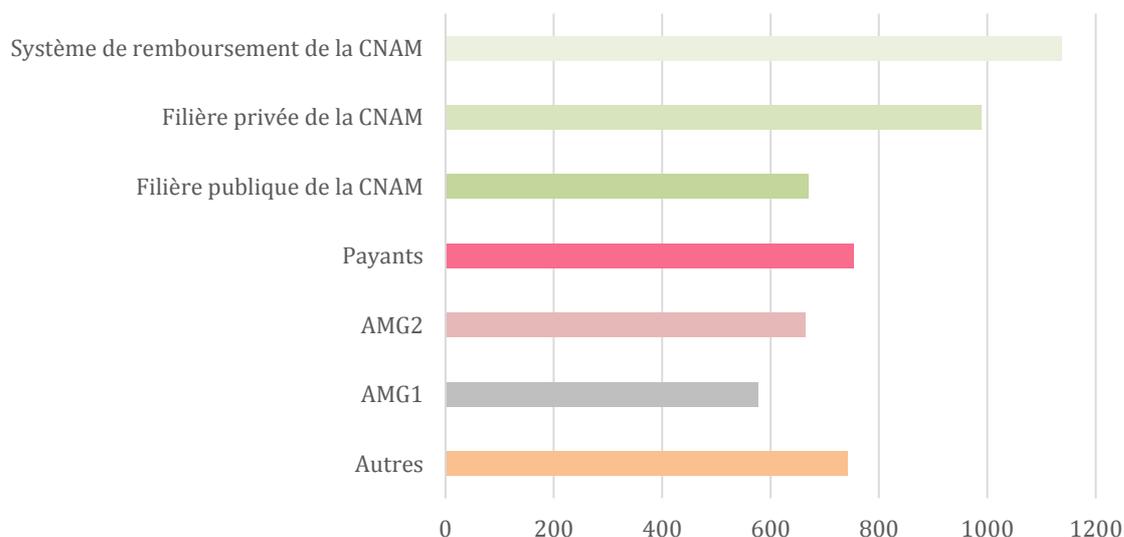
3.3. LIMITATIONS DE L'AMG

3.3.1. PAIEMENTS DIRECTS

Les contraintes pesant sur les SSP, notamment l'approvisionnement en médicaments limité, conduit les bénéficiaires de l'AMG à recourir aux prestataires de soins du secteur privé, intégralement pris en charge par les paiements directs des ménages. Malgré une prise en charge en principe gratuite ou à tarif réduit, les paiements directs des bénéficiaires de l'AMG1 et de l'AMG2 s'élèvent ainsi en moyenne respectivement à 577 DT (environ 285 USD) et 664 DT (325 USD) par an. Les paiements directs des bénéficiaires de l'AMG sont ainsi relativement comparables à ceux des assurés/bénéficiaires d'autres régimes, en particulier les assurés de la filière publique de la CNAM et les autres catégories bénéficiant de la gratuité et les payants (voir la Figure 13).

³¹ La formule de calcul est : $dépense\ moyenne\ par\ affilié = \frac{dépenses\ totales\ pondérées\ par\ régime\ de\ couverture}{nombre\ de\ bénéficiaires\ du\ régime}$

Figure 13: Montant annuel moyen des dépenses directes des ménages selon le régime de couverture (en DT)

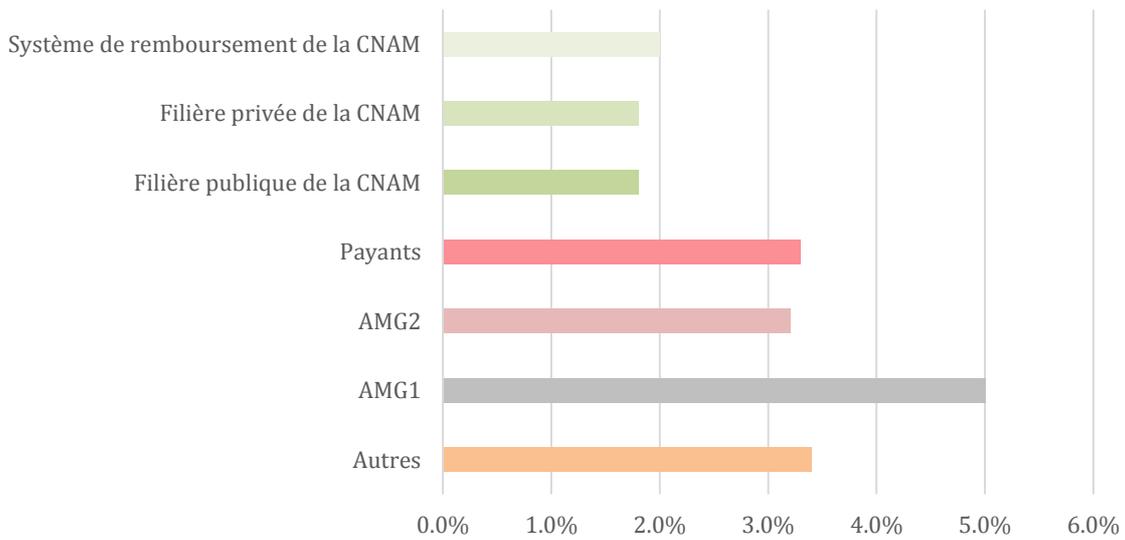


Source : EBCNV-2010

Compte tenu d'un moindre revenu, les paiements directs des ménages conduisent à une incidence élevée des dépenses catastrophiques en santé. Les dépenses directes pour la santé des ménages sont dites catastrophiques ici lorsqu'elles dépassent 40 % des dépenses non-alimentaires des ménages³². L'incidence des dépenses catastrophiques (qui s'élève à 5 %) est beaucoup plus élevée chez les bénéficiaires de l'AMG1 que chez les autres catégories. L'incidence chez les bénéficiaires de l'AMG2 (3,2 %) est quant à elle comparable à celle qui prévaut chez les payants et les autres bénéficiaires de la gratuité – 3,3 % et 3,4 % respectivement (voir la Figure 14).

³² Pour une discussion sur la définition des dépenses catastrophiques, voir par exemple Salama Zouari et Inès Ayadi, *Out-of-Pocket Health Spending and Equity Implications in Tunisia*.

Figure 14: Incidence des dépenses catastrophiques selon le régime de couverture (en %)

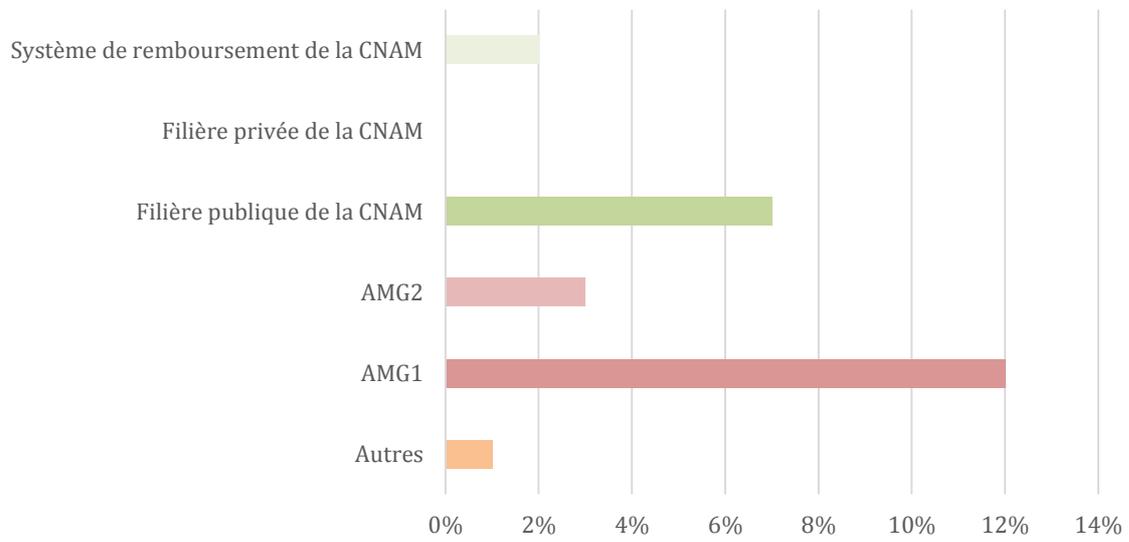


Source : EBCNV-2010

3.3.2. RENONCEMENT AUX SOINS

Le renoncement aux soins pour des raisons financières est plus fréquent chez les bénéficiaires de l'AMG1. Les nécessaires paiements directs, compte tenu du rationnement excessif de l'offre, conduisent en outre les ménages les plus défavorisés à renoncer aux soins. La part de la population ayant ainsi renoncé à des soins pour des raisons financières est ainsi beaucoup plus élevée chez les bénéficiaires de l'AMG1 (12 %) que dans les autres régimes (voir la Figure 15).

Figure 15: Renoncement aux soins pour raisons financières selon le régime de couverture (en %)

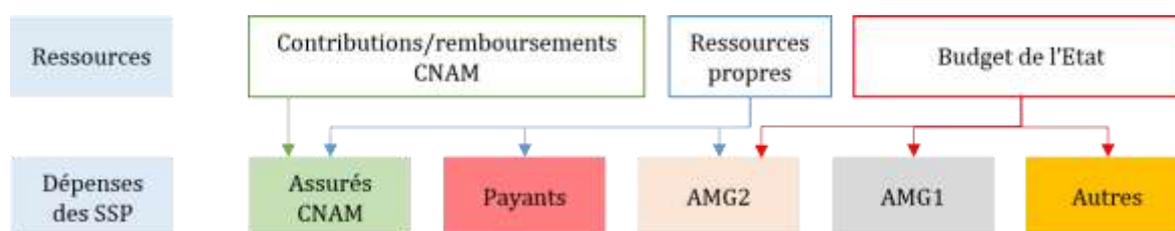


Source : EBCNV-2010

4. FINANCEMENT DE L'AMG

En théorie, différentes sources de financement couvrent les prestations des différents régimes, le budget de l'Etat couvrant les coûts de l'AMG. Lorsque la CNAM a été établie, elle a été chargée de gérer les régimes en principe autofinancés de ses assurés. Une tarification pour les soins délivrés par les SSP a été établie sur la base d'estimations des coûts totaux de la prise en charge des assurés de la filière publique de la CNAM par les SSP (frais d'investissement, rémunération du personnel et frais de fonctionnement / consommables). Les tarifs de la CNAM, auxquels s'ajoutent les tickets modérateurs de ses assurés, sont donc supposés couvrir les frais engendrés par la consommation de soins de ses assurés toutes catégories de dépenses confondues. Le budget de l'Etat est supposé en faire autant pour les différentes catégories de population qui bénéficient de la gratuité, y compris les bénéficiaires de l'AMG. Les frais associés aux soins reçus par les bénéficiaires de l'AMG2 sont supposés être couverts par le budget de l'Etat et les tickets modérateurs de cette catégorie de patients. Enfin, les patients n'étant couverts par aucun de ces régimes (les « payants ») sont supposés prendre en charge eux-mêmes les frais associés aux soins dont ils bénéficient.

Figure 16 : Schéma du système de financement théorique



Les conditions au bon fonctionnement de ce système de financement théorique ne sont pas remplies. Un tel système suppose (i) une tarification unifiée reposant sur un système d'information et de gestion permettant d'identifier les coûts totaux des soins (toutes catégories de dépenses confondues), (ii) un système d'information et de gestion permettant de différencier les ressources en fonction de leur source et (iii) la mise à disposition effective des ressources nécessaires par les différentes sources de financement. En premier lieu, la tarification n'est pas unifiée. Les SSP appliquent une tarification différente pour les « payants » et pour les assurés de la CNAM. La tarification pour les payants date de 1996 et n'a encore jamais été mise à jour (voir l'annexe). En deuxième lieu, le système d'information et de gestion des SSP ne différencie pas les différentes sources de financement. Par exemple, les tickets modérateurs des assurés de la CNAM et des bénéficiaires de l'AMG2 et les frais acquittés par les « payants » sont intégrés indifféremment dans la catégorie « ressources propres ». Enfin, les différentes sources de financement sont plafonnées : au-delà d'un seuil fixé lors des négociations budgétaires annuelles, la CNAM cesse ainsi de rembourser les SSP ; le budget de l'Etat tend quant à lui à être déterminé en fonction des contraintes et arbitrages budgétaires

globaux et alloué en fonction des allocations historiques et des déficits antérieurs plutôt qu'en fonction des coûts réels associés aux patients dont il a théoriquement la charge.

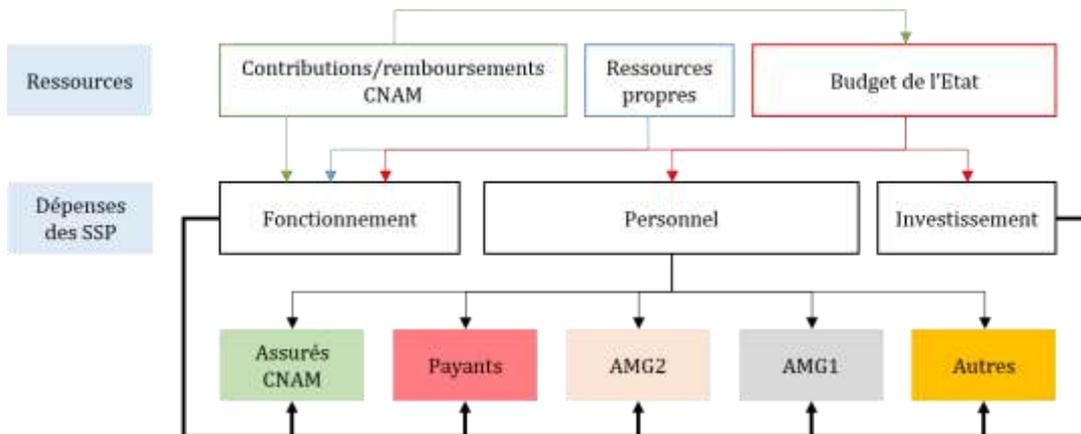
En pratique, le financement de l'AMG et des autres régimes de couverture est caractérisé par un système complexe de subventions croisées. La CNAM contribue au financement des soins dans les SSP à travers une dotation annuelle versée au Trésor, en principe au titre des soins dispensés à ses assurés dans les SSP de première ligne. Cette dotation annuelle de 85 millions de DT (environ 40 millions d'USD) n'est en fait explicitement réaffectée ni aux SSP de première ligne, ni aux assurés de la CNAM (en d'autres termes, les documents budgétaires du ministère de la santé ne permettent pas de « tracer » cette dotation). La CNAM verse par ailleurs directement à la Pharmacie centrale de Tunisie (PCT), un montant annuel de 8 millions de DT (environ 4 millions d'USD) au titre de l'approvisionnement en médicaments pour les maladies chroniques dans les structures de 1^{re} ligne pour ses assurés ; cette dotation annuelle n'est en fait pas non plus explicitement réaffectée aux assurés de la CNAM³³. Enfin, la CNAM s'acquitte des factures qui lui sont adressées par les SSP de 2^e et 3^e lignes dans la limite des plafonds annuels préalablement établis³⁴ (elle a ainsi payé 455 millions de DT aux SSP, soit environ 225 millions d'USD, en 2013). Ces paiements sont utilisés par les SSP de 2^e et 3^e lignes pour financer les dépenses de fonctionnement associées non seulement aux assurés de la CNAM mais aussi aux autres catégories de patients. De la même manière, les SSP reçoivent des paiements directs des patients (tickets modérateurs des assurés de la CNAM, des bénéficiaires de l'AMG2 et tarifs complets des « payants »), dits ressources propres, qu'ils utilisent pour financer les dépenses de fonctionnement de l'ensemble des patients. Le budget de l'Etat, qui est, comme il a été mentionné ci-dessus, partiellement alimenté par la CNAM (environ 10 % en 2013), finance la rémunération du personnel, ainsi que les crédits d'investissement et une partie des crédits de fonctionnement des SSP³⁵ (voir la Figure 17).

³³ Dans un objectif de meilleure lisibilité, cette dotation à la PCT et la dotation annuelle de 85 millions de DT, qui ont les mêmes caractéristiques en termes de traçabilité, sont apparentées dans le schéma qui suit.

³⁴ Certains actes sont toutefois facturés à la CNAM sans limitation de plafond, notamment la transplantation d'organes, les actes de chirurgie cardiovasculaire et de cardiologie interventionnelle, le scanner et l'IRM, la lithotripsie, la greffe de moelle osseuse, etc.

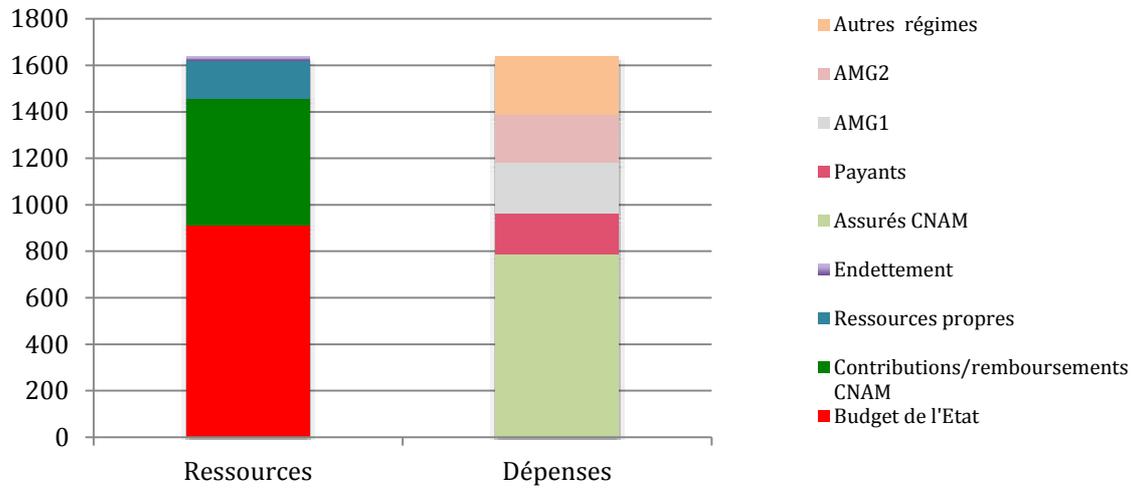
³⁵ De fait, les SSP de 2^e ligne ne bénéficient pas de crédits de fonctionnement. Leur fonctionnement est donc intégralement financé par les paiements de la CNAM et leurs ressources propres.

Figure 17 : Schéma du système de financement effectif



Il est estimé que ce système de subventions croisées complexe conduit l'Etat à subventionner totalement ou partiellement les soins de l'ensemble des patients fréquentant les SSP. Au total, la CNAM a contribué à hauteur de 33 % au financement des dépenses des SSP en 2013. A ces contributions, doivent s'ajouter les tickets modérateurs des assurés de la CNAM. Leur montant n'est pas connu puisque ces co-paiements, les tickets modérateurs des bénéficiaires de l'AMG2 et les paiements des tarifs complets des payants ne sont pas différenciés au sein des ressources propres des SSP. La somme des contributions de la CNAM et de la *totalité* des ressources propres n'atteint toutefois pas le montant estimé des soins dont ont bénéficié les assurés de la CNAM. On peut donc estimer que les soins des assurés de la CNAM sont subventionnés par l'Etat (ainsi que les soins de l'ensemble des autres patients des SSP). Globalement, en 2013, le budget de l'Etat a financé 56 % des dépenses des SSP et les ressources propres 10 %, le reste étant financé par de l'endettement (voir la Figure 18).

Figure 18 : Répartition des ressources des SSP selon les sources et des dépenses selon les régimes de couverture



Source : Comptes nationaux de la santé 2013 et données d'activité du ministère de la santé de 2013

5. PRINCIPAUX RESULTATS DE LA REVUE DE L'AMG ET RECOMMANDATIONS

5.1. SYSTEME D'ELIGIBILITE

S'appuyant sur l'expérience internationale, il serait souhaitable que, dans le cadre de l'actuelle réforme de l'éligibilité à l'AMG, les pouvoirs publics tunisiens adoptent une démarche de sélection des bénéficiaires de l'AMG plus proactive. Les bénéficiaires potentiels de l'AMG ont actuellement la responsabilité de la demande d'inscription. A l'échelle internationale, les processus d'inscription varient d'un programme et d'un pays à l'autre. De nombreux pays favorisent ainsi une initiation de l'inscription « à la demande ». Cette logique peut toutefois engendrer une exclusion des (plus) pauvres. D'autres pays ont donc choisi de s'appuyer sur des services administratifs proactifs, qui se rendent au domicile des ménages (Colombie et Rwanda par exemple). Cette approche étant toutefois plus coûteuse, un système mixte peut également être adopté, la logique proactive étant réservée aux zones les plus pauvres et les plus isolées (comme en République dominicaine).

Selon les meilleures pratiques internationales, les conditions de vie ne devraient en outre pas simplement être déclarées mais être vérifiées et les critères d'éligibilité devraient être standardisés. Dans le cadre des pays à revenu élevé, les revenus des candidats aux programmes d'assistance médicale/sociale peuvent être vérifiés à partir de sources indépendantes fiables, souvent administratives (par exemple, administration des impôts ou caisses de sécurité sociale). Dans les pays à revenu intermédiaire, les systèmes d'évaluation des conditions de vie des candidats aux programmes d'assistance médicale/sociale les plus performants reposent généralement sur la vérification d'un petit nombre de variables corrélées au niveau de vie des ménages. Ces variables sont obtenues à partir d'une analyse factorielle, ou une régression, des résultats d'une enquête sur la consommation ou le niveau de vie des ménages (le nombre de points d'eau, le matériau de la toiture, le nombre de personnes par pièce, l'état de santé vérifiable, etc.). Un score est attribué au ménage à partir des données vérifiées par le travailleur social selon une formule standardisée. Le score du ménage est ensuite comparé au seuil d'éligibilité prédéfini.

Le système de vérification des conditions d'éligibilité pourrait être rationalisé en limitant l'examen des dossiers de candidature à une commission. A l'échelle internationale, de nombreux programmes d'assistance médicale/sociale disposent de systèmes de vérification des conditions d'éligibilité relativement complexes. Par exemple, le système de vérification des conditions d'éligibilité au régime d'assistance médicale du Maroc combine *proxy-means testing* et examen des dossiers de candidature par des commissions locales. Si la combinaison de différentes méthodes de vérification des conditions d'éligibilité peut parfois permettre d'améliorer la performance du système, il est toutefois recommandé d'éviter les redondances.

Enfin, il serait souhaitable que le système des quotas reflète plus précisément la répartition de la population identifiée comme étant éligible à l'AMG.

5.2. COLLECTE DE FONDS

Il semble également nécessaire d'améliorer la collecte de fonds. L'AMG, comme les autres régimes de couverture dont les prestations sont assurées par les SSP, est actuellement excessivement rationnée, ce qui conduit à des paiements directs des bénéficiaires de l'AMG élevés, voire à des dépenses catastrophiques fréquentes.

La collecte de fonds pourrait être améliorée à travers une augmentation des contributions. Il est vivement recommandé que toute augmentation des contributions (qu'il s'agisse de la contribution de l'Etat à travers par exemple la création d'une taxe affectée et/ou des contributions/cotisations des bénéficiaires de l'AMG et des autres régimes de gratuité et assurés de la CNAM) soit précédée d'une analyse rigoureuse de la marge budgétaire³⁶. Il serait en effet important (i) de mieux comprendre l'origine des ressources des SSP (en différenciant notamment les différentes sources de fonds propres des SSP), (ii) d'estimer la capacité contributive des sources de financement actuelles et potentielles, (iii) de mieux comprendre la répartition des dépenses entre les différents régimes de couverture, en tenant compte non seulement de l'activité des SSP mais aussi du coût des différentes prestations (en d'autres termes, estimer le coût effectif moyen des prestations pour chaque régime, notamment des coûts de fonctionnement), (iv) estimer le coût du « gap » entre les ressources effectivement disponibles pour les SSP et les besoins (qui comprennent notamment les besoins satisfaits auprès des prestataires privés, qui restent à la charge des ménages, et les besoins non-satisfaits, c'est-à-dire les soins essentiels auxquels la population a renoncé).

Réaliser de telles estimations à court terme requerrait la consolidation et l'exploitation des données d'activité et des données financières du ministère de la santé, l'organisation d'une enquête auprès des ménages comprenant un module sur la santé répondant aux meilleures pratiques internationales et probablement quelques enquêtes ad hoc complémentaires (par exemple sur la composition des ressources propres des SSP et la capacité contributive de certaines catégories de la population).

5.3. PRESTATION/ORGANISATION DES SOINS

Au-delà de l'augmentation des ressources, la gestion des ressources existantes pourrait probablement être améliorée. Cette amélioration de la gestion impliquerait notamment une utilisation plus rationnelle du médicament, une présence plus importante des

³⁶ Pour plus de détails sur l'évaluation de la marge budgétaire dans la perspective de réformes du financement de la santé, voir Ajay Tandon et Cheryl Cashin, *Assessing Public Expenditure on Health From a Fiscal Space Perspective*, Health Nutrition and Population Discussion Paper, 2010.

ressources humaines en santé sur le terrain, notamment dans les régions de l'intérieur du pays, et l'établissement d'un système de référence et de contre-référence permettant de déconcentrer le système de l'échelon tertiaire pour le reconcentrer sur les premier et deuxième niveaux de soins.

Pour mener de telles réformes à bien, il serait utile que les pouvoirs publics puissent s'appuyer sur des enquêtes de suivi de la dépense publique et d'évaluation quantitative des services de type *Public Expenditure Tracking Survey/Quantitative Service Delivery Survey* ou *Service Delivery Indicators Survey*.

5.4. PANIER DE SOINS

Les conclusions du dialogue sociétal comprenaient un appel à la mise en place « d'un système unifié de couverture sociale quelle que soit la catégorie sociale du citoyen et la source de sa contribution au financement de ce système (autofinancement, employeur, Etat) pour plus de justice sociale en ciblant les personnes à besoins spécifiques et en réduisant les charges supportées par le citoyen » et à « intégrer l'AMG dans la CNAM pour consacrer les principes inscrits dans la constitution que sont la justice sociale et la santé pour tous ».

Sans remettre en cause cet appel à l'harmonisation de la couverture sanitaire en Tunisie, force est de constater que la défragmentation de la couverture sanitaire en Tunisie requiert une réforme de la couverture sanitaire de plus grande ampleur qu'un simple transfert de gestion de l'AMG à la CNAM. Il serait notamment nécessaire de définir le panier de soins essentiels universel et d'aligner non seulement l'AMG mais également les trois filières de la CNAM et les autres régimes de gratuité sur ce panier de soins unifié.

Les expériences du Chili, de la Colombie et de l'Uruguay, qui ont établi et garanti des paniers de soins et protocoles explicites, pourraient être utiles aux pouvoirs publics tunisiens.

5.5. MISE EN COMMUN DES FONDS

Le système actuel de subventions croisées répond au principe de solidarité entre régimes, qui figure dans les meilleures pratiques internationales (dans une perspective d'équité, le cloisonnement des régimes ne sont en effet pas recommandés). Le système actuel pourrait être encore amélioré à travers une reconnaissance explicite de ce principe légitime de solidarité entre régimes. La gouvernance de la mise en commun des fonds de l'AMG pourrait en outre être améliorée à travers un transfert de la gestion du régime à la CNAM ou à un autre fonds dédié à l'AMG. Quelle que soit l'option choisie, le transfert de la gestion de l'AMG à la CNAM requerrait l'engagement de l'Etat à subventionner les populations n'étant pas en mesure de contribuer au financement de la couverture sanitaire, sur la base des estimations des coûts effectifs précitées.

Un transfert de la gestion de l'AMG n'impliquerait pas nécessairement un transfert du

ministère de la santé à la CNAM/un nouveau fonds de l'ensemble des ressources couvrant les prestations délivrées par les SSP et donc une remise en cause complète des rôles actuels des principales parties prenantes. La gestion des budgets de fonctionnement pourrait en effet être confiée à la CNAM/au nouveau fonds, tandis que le ministère de la santé continuerait dans un premier temps de gérer les budgets de personnel et d'investissement. L'avantage d'un transfert de gestion de l'AMG à la CNAM serait de limiter au maximum la fragmentation institutionnelle (la CNAM deviendrait dans cette configuration la caisse unique pour la couverture sociale en santé pour la Tunisie) et, en conséquence, les coûts administratifs. L'expérience internationale, en particulier l'expérience thaïlandaise, a en effet montré que la rationalisation institutionnelle permettait de limiter les coûts de gestion de la couverture sociale en santé. Si les pouvoirs publics tunisiens choisissaient néanmoins de créer un fonds dédié à la gestion de l'AMG, il serait souhaitable que soient mis en place un système de péréquation/subventions croisées entre celui-ci et la CNAM afin de maintenir et même améliorer la solidarité entre les régimes.

Les expériences du Chili et du Costa Rica, qui ont fusionné des régimes subventionnés et des régimes contributifs au sein d'un fonds, pourraient être utiles aux pouvoirs publics tunisiens, ainsi que l'expérience de la Colombie, où des subventions croisées ont été mises en place entre régime contributif et régime subventionné.

5.6. ACHAT DE PRESTATIONS

Dans la configuration où la CNAM gèrerait les budgets de fonctionnement et le ministère de la santé continuerait de gérer les ressources humaines en santé et les investissements associés aux SSP, des réformes seraient nécessaires concernant l'achat de prestations.

Il serait en premier lieu souhaitable que les mécanismes d'allocation des ressources humaines en santé et des budgets d'investissement gérés par le ministère de la santé tiennent explicitement compte des besoins identifiés dans le cadre des analyses sur la marge budgétaire afin d'assurer une corrélation maximale entre ressources d'une part, effectif de la population et notamment des catégories les plus défavorisées d'autre part.

Selon les meilleures pratiques internationales, le paiement des prestataires (pour les coûts de fonctionnement dans un premier temps, pour les coûts globaux à terme) devrait par ailleurs être une combinaison optimale de diverses méthodes. Schématiquement, les prestataires de soins de santé primaires peuvent être rémunérés à la capitation, à l'acte, à la performance, sur la base des inputs disponibles (effectif du staff, équipement de la structure, etc.) ou encore selon une méthode mixte. Les soins hospitaliers peuvent alternativement être rémunérés à l'activité, classifiée en groupes homogènes de pathologies, sur la base des inputs disponibles, selon le nombre de journées d'hospitalisation, à travers un budget global historique ou encore selon une combinaison de méthodes. Chacune des méthodes de paiement précitées comportent des inconvénients qu'il convient de prendre en compte afin de les contrôler. Par exemple, le

paiement à la capitation peut conduire à des soins de moindre qualité, une exclusion des patients à haut risque et des références à l'hôpital trop fréquentes ; le paiement à l'acte peut conduire à multiplier les actes inutiles ; le paiement à la performance peut conduire à une concentration inefficace sur les services permettant d'améliorer les indicateurs de performance ; le paiement la base des inputs disponibles et d'un budget global historique peut conduire à un volume d'activité sub-optimal et à la perpétuation d'une distribution inefficace des ressources ; le paiement à l'activité, classifiée en groupes homogènes de pathologies, peut conduire à trop limiter la durée de séjour ; le paiement à la journée à multiplier les admissions et la durée de séjour inutilement.

L'expérience internationale en termes de réforme des mécanismes de paiement pourrait être utile aux pouvoirs publics tunisiens. Par exemple, au Chili, un paiement à la capitation s'applique à l'échelon des soins de santé primaires, tandis que les hôpitaux sont payés à l'activité, classifiée en groupes homogènes de pathologies. Des gardes fous ont été mis en place pour limiter les effets pervers précités.

ANNEXE : TARIFS DE PRISE EN CHARGE DES MALADES DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES

En Tunisie, les tarifs des soins de santé dans les SSP sont complexes³⁷.

Les paiements directs des ménages reposent sur la grille tarifaire pour les patients qui ne sont couverts par aucun régime de protection sociale en santé (assurance maladie ou AMG), dits patients « payants ». La grille tarifaire des patients payants date de 1996. Elle porte sur les consultations externes, les consultations médicales d'urgence, les hospitalisations, des actes complémentaires (par exemple, actes de chirurgie opératoire, actes de radiologie, analyses biologiques) et d'autres actes professionnels (par exemple, séance d'hémodialyse, lithotripsie, imagerie par résonance magnétique (IRM), accouchement, scanner). Le coût des médicaments de la nomenclature hospitalière, ainsi que le coût des gaz médicaux et accessoires, font partie des forfaits.

Les bénéficiaires de l'AMG1 ne paient rien.

Les bénéficiaires de l'AMG2 payent un ticket modérateur, qui correspond à un pourcentage des tarifs pour les patients payants ou à un forfait propre.

Enfin, les patients affiliés à la filière publique de la CNAM payent, pour certaines prestations, un ticket modérateur, qui correspond à un pourcentage des tarifs pour les patients payants ou à un forfait propre.

Concernant les patients affiliés à la filière publique de la CNAM, s'ajoute à leurs paiements directs un forfait payé par la CNAM. La CNAM paye ainsi aux SSP des forfaits pour les consultations externes, les urgences, les hospitalisations et, exceptionnellement, d'autres actes professionnels (pour des examens spécifiques comme une IRM ou une trentaine de soins spécifiques). Il y a actuellement autour de 350 forfaits (groupes homogènes de pathologies) et ils sont différents dans les HR et dans les EPS.

³⁷ Références juridiques :

- Décret n°96-2443 du 19 décembre 1996 pour les malades payants
- Décret n°98-409 du 18 février 1998 pour les bénéficiaires des tarifs réduits
- Circulaire n°26 du 30 mars 1998 pour les bénéficiaires des tarifs réduits
- Convention de facturation 2014 pour les bénéficiaires de la CNAM

Consultation (externe et urgence)			
	Payant	AMG2	Assuré de la filière publique de la CNAM
Centre de santé de base	Consultation de médecine générale = 7 DT	20 % du tarif d'une consultation de médecine générale = 1,5 DT	Ticket modérateur payé par l'assuré : 20 % du tarif d'une consultation de médecine générale = 1,5 DT
Hôpital de circonscription		25 % du tarif d'une consultation de médecine générale = 2 DT	Ticket modérateur payé par l'assuré : 25 % du tarif d'une consultation de médecine générale = 2 DT
Hôpital régional	Consultation de spécialité = 10 DT	30 % du tarif d'une consultation de spécialité = 3 DT	Ticket modérateur payé par l'assuré : 30 % du tarif d'une consultation de spécialité = 3 DT Forfait CNAM = 25 DT
Etablissement sanitaire à vocation universitaire (CHU)	Consultation effectuée par un maître de conférence = 14 DT	30 % du tarif d'une consultation effectuée par un maître de conférence = 4,5 DT	Ticket modérateur payé par l'assuré : 30 % du tarif d'une consultation effectuée par un maître de conférence = 4,5 DT Forfait CNAM = 34 DT

Hospitalisation			
	Payant	AMG2	Assuré de la filière publique de la CNAM
Hôpital de circonscription	15 DT la journée d'hospitalisation	Forfait = tarif en vigueur pour une journée d'hospitalisation pour les patients payants quelle que soit la durée de séjour	Ticket modérateur payé par l'assuré : Forfait = tarif en vigueur pour une journée d'hospitalisation pour les patients payants quelle que soit la durée de séjour Forfait CNAM : forfait, dont le montant peut être différent entre HR et EPS (pour les spécialités chirurgicales, le minimum dans les EPS et les HR est de 250 DT et le maximum est de 11 100 DT dans les HR et de 29 500 DT dans les EPS ; pour les spécialités médicales, le minimum dans les EPS et les HR est de 350 DT et le maximum est de 12 700 DT dans les EPS et les HR ; pour la gynécologie obstétrique (autre que les accouchements), le minimum est de 300 DT dans les HR et 350 DT dans les EPS et le maximum est de 2 000 DT dans les EPS et les HR ; pour la réanimation : 1 950 DT dans les HR et 2 560 DT dans les EPS)
Hôpital régional	20 DT la journée d'hospitalisation en lit de médecine et spécialités médicales 30 DT la journée d'hospitalisation en lit de chirurgie et spécialités chirurgicales		
Etablissement sanitaire à vocation universitaire (CHU)	30 DT la journée d'hospitalisation en lit de médecine générale, pédiatrie, pneumo-phtisiologie, dermatovénérologie, psychiatrie 35 DT la journée d'hospitalisation en lit de nutrition, endocrinologie, néphrologie, cardiologie, gastro-entérologie, gynécologie, rhumatologie, neurologie 40 DT la journée d'hospitalisation en lit de chirurgie et spécialités chirurgicales et radiothérapie 60 DT la journée d'hospitalisation en lit de réanimation médicale et soins intensifs		

Actes complémentaires			
	Payant	AMG2	Assuré de la filière publique de la CNAM
Acte de chirurgie opératoire (KC)	1,4 DT	= 20 % des tarifs des actes professionnels en vigueur des patients payants, dans limite de 30 DT	Ticket modérateur payé par l'assuré = 20 % des tarifs des actes professionnels en vigueur des malades payants dans la limite de 30 DT
Acte de spécialité pratiqué par un médecin dans la limite de ses compétences (KE)	1,2 DT		
Acte de radio diagnostic pratiqué par un médecin radiologue qualité ou par un médecin dentiste (Rd)	0,9 DT		
Acte de radiologie interventionnelle (Ri)	0,9 DT		
Acte de radiothérapie effectué par un médecin (Rt)	0,9 DT		
Acte de laboratoire pratiqué par un biologiste ou un pharmacien dument autorisé (B)	0,16 DT		
Acte d'anatomie et de cytologie pathologique (P)	0,16 DT		
Acte de prélèvement de produits biologiques aux fins d'analyse (APB)	0,8 DT		

Exemples d'autres actes professionnels (forfait)			
	Payant	AMG2	Assuré de la filière publique de la CNAM
Séance d'hémodialyse	89 DT	1 DT	Forfait CNAM = 60 DT
Accouchement normal			
- HC ou maternité périphérique	50 DT	10 DT	
- HR	100 DT	20 DT	300 DT
- EPS	150 DT	30 DT	350 DT
Accouchement par césarienne			
-HR	200 DT	30 DT	400 DT
-EPS	300 DT		700 DT