

## L'évolution des dépenses de la CNAM en Assurance Maladie

Lettre réalisée par : Imen Blel et Houda Chahed, économistes, CRES  
Encadrées par : Mehdi Ben Braham, chercheur et enseignant à l'ESAI  
: Abderrahmane El Lahga, chercheur et enseignant à l'ISG

Le droit à la santé, l'accès à des soins de qualité, et la protection sociale sont reconnus explicitement dans la nouvelle constitution tunisienne de 2014.

La création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en 2007, chargée de la gestion du régime d'assurance maladie, constitue indéniablement un important acquis social ayant pour objectif d'améliorer la couverture et l'accessibilité aux institutions sanitaires publiques et privées.

La CNAM couvre aujourd'hui près de 7 millions de bénéficiaires, parmi lesquels 770 milles malades chroniques<sup>1</sup>. Toutefois, l'augmentation alarmante des dépenses globales de santé menace aujourd'hui la soutenabilité financière de la caisse.

Cette question est d'autant plus inquiétante étant que ces évolutions ne concordent pas avec les projections faites lors de la création de la Caisse Nationale d'assurance Maladie. De plus, malgré la lourde charge supportée par la CNAM, les cotisants supportent également des dépenses importantes non remboursées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Ainsi, cette lettre s'attache à présenter l'évolution des dépenses de la CNAM, d'identifier les principaux postes de dépenses ainsi que l'évolution du poids supporté par le cotisant au-delà de sa cotisation.

1. Selon le rapport du Conseil national d'Assurance Maladie paru en mai 2014 pour l'exercice de 2013

2. Définition de l'Organisation mondiale de la santé

\* Estimation pour l'année 2010

### 1-Données globales sur les dépenses de santé en Tunisie

Les dépenses totales de santé qui représentent la somme des dépenses des administrations publiques (ministères et administrations de sécurité sociale) ainsi que les dépenses privées de santé (compagnies ou mutuelles d'assurance et ménages) ont connu une forte augmentation sur la période 2000-2010 passant de 1,5 à 4 milliards de dinars. Leur part dans le PIB a également augmenté pour atteindre 6,3% en 2010.

Le tableau n°1 retrace l'évolution des dépenses de santé en Tunisie ainsi que leur poids par rapport au PIB, il présente également le poids des dépenses de la sécurité sociale par rapport aux dépenses totales de santé au cours de la période 2000-2010.

Les dépenses moyennes de santé par habitant ont augmenté de 133% sur la même période passant de 164 dinars en 2000 à 382 dinars en 2010 sachant que l'évolution des dépenses s'est considérablement accélérée entre 2005 et 2010 avec un taux de croissance de 78% sur la même période contre 30,6% pour la période 2000-2005.

Par ailleurs, ces tendances sont confirmées par l'évolution constatée des dépenses de sécurité sociale qui représentaient en 2010 plus du quart des dépenses totales de santé.

Tableau n°1 : Evolution des indicateurs de dépenses de santé en Tunisie

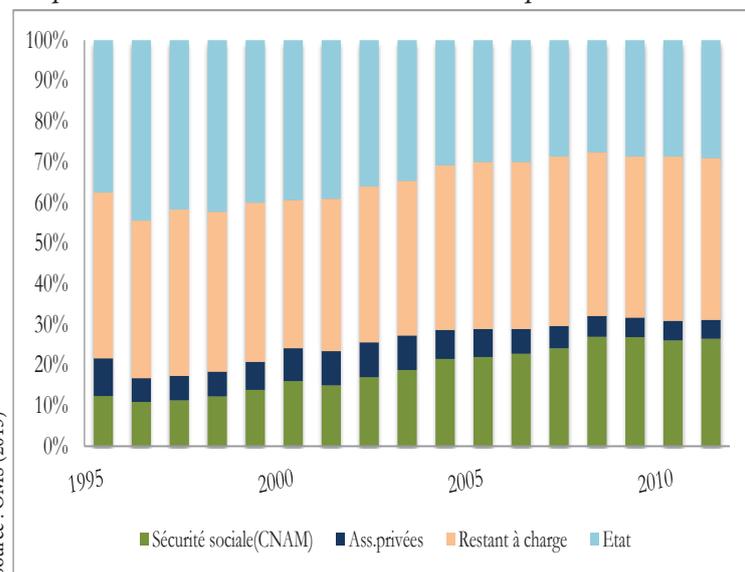
Indicateurs	2000	2005	2010*
Dépenses Totales de Santé en MDT	1581.2	2247.3	4019.3
Part des dépenses totales de santé/PIB(%)	5.5	5.9	6.3
Dépenses Totales de santé par habitant(en DT)	164.1	214.4	382.8
Sécurité sociale en % des DTS	17	23.1	25.7

Source : Comptes Nationaux de Santé CNS (2002, 2007) et rapport OASIS, 2013

De plus, comme l'illustre le *Graphe n°1*, les dépenses directes des ménages (Out of Pocket) représentent en moyenne sur la période (1995-2011) 40% des dépenses totales de santé.

D'après l'enquête nationale sur la consommation des ménages de l'INS de 2010, ces dépenses représentent 5.5% du budget des ménages.

**Graphe n° 1 : Evolution de la structure des dépenses de santé**



**Grille de lecture :** La part des dépenses de la sécurité sociale en matière de santé a enregistré une croissance significative contre une baisse de la part des dépenses de l'Etat.

Il est à noter que la part des dépenses de l'Etat en matière de santé ont connu une baisse significative de 10% sur la période 2000-2011.

En revanche, la part des dépenses de sécurité sociale (CNAM à partir de 2007) ont augmenté pour passer de 10,8% en 1996 à 26,3% en 2011.

## 2. Présentation de la CNAM

Contrairement au système de retraite, l'assurance maladie est gérée par une caisse commune appelée « La Caisse Nationale d'Assurance Maladie » qui couvre les cotisants du secteur public et ceux du secteur privé.

Notons que, outre le régime de l'assurance maladie, la CNAM gère les régimes légaux de réparation des dommages résultant des accidents de travail et des maladies professionnelles dans le secteur public et privé. La caisse octroie aussi des indemnités de maladie et de couche pour les assurés travaillant dans le secteur privé.

Entrée en activité en 2007, la CNAM assure la couverture du risque maladie selon trois filières moyennant une cotisation de 6,75% (2.75% à la charge de l'employé et 4% à la charge

de l'employeur) pour les actifs et 4% pour les retraités.

Les assurés doivent donc choisir entre trois filières fonctionnant différemment en termes de soins et de mode de remboursement :

### ● la filière publique

Permettant de bénéficier des soins auprès de toutes les structures sanitaires publiques et conventionnées moyennant le paiement d'un ticket modérateur plafonné, cette filière est la plus importante en termes d'effectifs même si ce dernier a tendance à baisser au cours des cinq dernières années<sup>5</sup> pour passer de 75,7% en 2008 à 66,4% en 2013.

Ce constat peut s'expliquer par deux raisons essentielles: D'une part, au moment du lancement de la réforme, de nombreux assurés n'ayant pas fait de choix de filière ont été dirigés par défaut vers la filière publique.

D'autre part, en raison de la faiblesse de leur revenu, certains assurés ne peuvent pas se permettre une autre affiliation à part celle de la filière publique.

### ● la filière privée

Les affiliés de cette filière, dont le nombre représentait 10.41% des assurés en 2008 et 14.31% en 2013, doivent préalablement choisir un médecin de famille dont l'aval est indispensable sauf pour certaines maladies ou soins relevant de la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la médecine dentaire, les maladies chroniques et de longue durée.

La prise en charge des frais de soins se fait selon le mode du tiers payant, où l'assuré ne paie qu'un ticket modérateur.

### ● le système de remboursement:

Les assurés affiliés à cette filière, représentant 13.89% en 2008 et 19.34% en 2013, paient l'intégralité des tarifs réels (qui peuvent être différents des tarifs conventionnels) en accédant aux fournisseurs de soins conventionnés des secteurs public et privé, il est ensuite remboursé conformément aux taux de prise en charge (même taux que celui pratiqué dans la filière privée et dans la limite d'un plafond annuel).

Cette procédure est importante à mettre en évidence dans la mesure où elle résulte en une charge supplémentaire supportée par le patient.

Tous les assurés sociaux, quelle que soit la filière choisie, bénéficient cependant des prestations communes relatives à l'hospitalisation dans les structures publiques

3. Celles-ci comprennent les paiements directs aux prestataires des soins médicaux, aux fournisseurs de biens médicaux, ainsi que les remboursements aux ménages et la prestation de services en nature aux bénéficiaires.

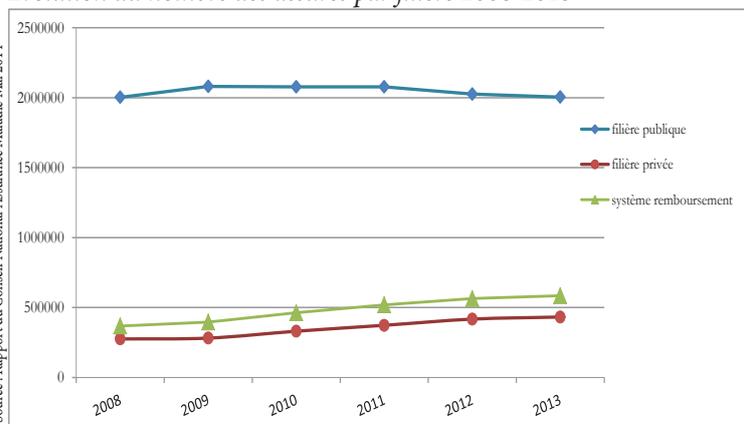
4. Chiffres biaisés en raison de la tarification conventionnelle, et des coûts de transport.

5. Selon le rapport du Conseil National d'Assurance Maladie mai 2014.

et conventionnées, les cliniques privées conventionnées conformément à une liste arrêtée des maladies et les prestations de soins prises en charge par la caisse dans les secteurs public et privé dans le cadre des anciens régimes, notamment l'hémodialyse, la lithotritie, l'appareillage, les prothèses et les greffes d'organes.

Graphe n° 2 :

Evolution du nombre des assurés par filière 2008-2013



Grille de lecture : Les affiliés de la CNAM ont atteint deux millions d'individus dans la filière publique en 2013.

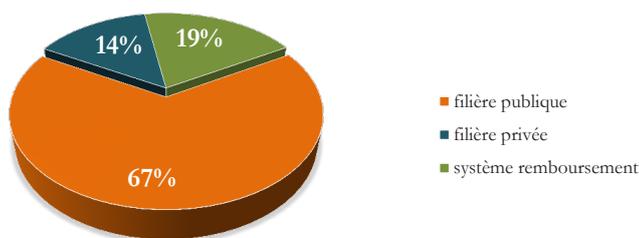
Les assurés sociaux restent dans une large majorité attachés aux structures publiques et parapubliques, vu leur disponibilité géographique et la faible valeur du ticket modérateur y associé.

Près du quart d'entre eux, soit 643000 assurés sociaux, a opté pour la filière privée (10%) et pour le système de remboursement (14%) en 2008.

Le recours à ces deux filières est croissant sur la période 2008-2010, le nombre des assurés y appartenant représentait en 2013 le 1/3 du nombre total des assurés.

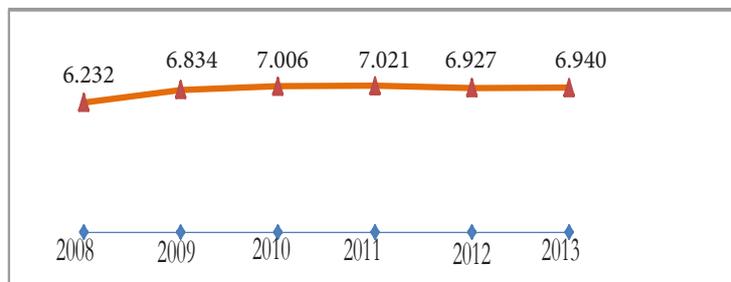
Il serait intéressant de savoir dans ce cas s'il s'agit de changement de filière ou de comportement des nouveaux affiliés qui préfèrent ces deux filières à la filière publique, étant donné les problèmes de disponibilité du corps médical et des médicaments dans le secteur public.

Graphe n° 3 : Répartition des assurés par filière en 2013



Par ailleurs, le régime d'assurance maladie couvrait 6.940.135 bénéficiaires<sup>6</sup>(affiliés et ayants droits) en 2013 soit 64% de la population totale.

Graphe n°4: Evolution du nombre des bénéficiaires de l'assurance maladie en million entre 2008 et 2013



Source : Rapport du Conseil National Assurance Maladie Mai 2014

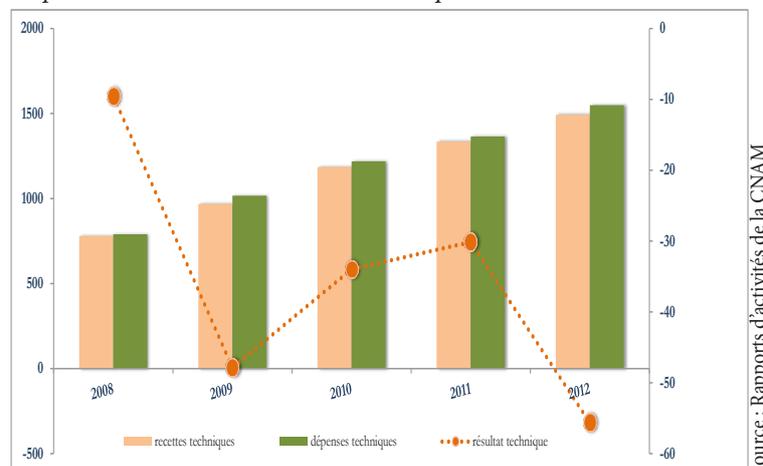
L'évolution de l'effectif global est importante dans la mesure où elle peut permettre d'expliquer éventuellement l'évolution des dépenses.

Cependant, les évolutions présentées sur le graphe n°4 ne mettent pas en évidence une forte augmentation des effectifs des bénéficiaires et par conséquent ne permettent pas d'expliquer la forte augmentation des dépenses de soins enregistrées entre 2008 et 2013.

### 3. Résultats techniques de l'assurance maladie

Le déficit technique du régime d'assurance maladie a évolué de 9 MD en 2008 à 55 MD en 2012. Cette augmentation régulière du déficit de la CNAM au niveau de la branche maladie nécessite une identification des raisons qui ont conduit à ce résultat.

Graphe n°5 : Evolution des résultats techniques entre 2008 et 2012 en MD



Grille de lecture : L'évolution du résultat technique du régime de l'assurance maladie est indiquée sur l'axe des ordonnées de droite.

Le déficit est en large mesure expliqué par une croissance des dépenses, surtout celles relatives aux maladies chroniques prises en charge intégralement par la CNAM.

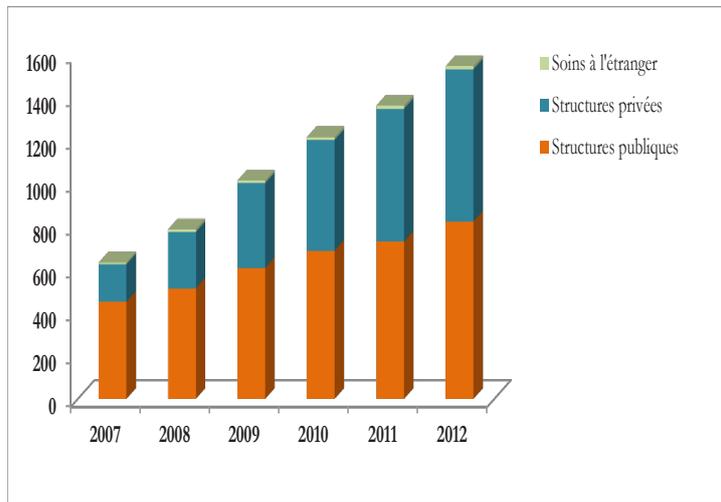
Les dépenses de la CNAM peuvent être analysées selon plusieurs approches en distinguant à chaque fois des typologies différentes de dépenses : par type de maladie, par secteur ou par filière.

6. Correspondant aux trois filières, au régime des catégories à faible revenu et étudiants

## ► Dépenses par secteur :

Le Graphe n°6 met en évidence l'évolution quasi-linéaire des dépenses de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie au niveau des secteurs public et privé.

Graphique n° 6 : Evolution de la répartition des dépenses de la CNAM selon les secteurs en MD



Source : Rapports d'activité de la CNAM

Durant la période 2007-2012, les dépenses de la CNAM dans le secteur public ont augmenté de 82.72% (passant de 452 à 826 MD) alors que dans le secteur privé, cette augmentation est de 305.17% (passant de 175 à 708 MD) et cela malgré la faible variation du nombre d'assurés.

En effet, les paiements de la CNAM aux structures privées n'ont cessé de croître passant de 27,6% à 45,76% de ses dépenses totales entre 2007 et 2012 alors que seuls 30% des assurés ont choisi les deux filières remboursement et privée.

Cela sous-entend une augmentation moyenne des dépenses par tête ce qui nécessite une analyse plus approfondie sur les causes de l'augmentation des dépenses (augmentation de la morbidité ? effet d'appel de la CNAM ? Surconsommation ? etc...).

## ► Dépenses par type de maladie :

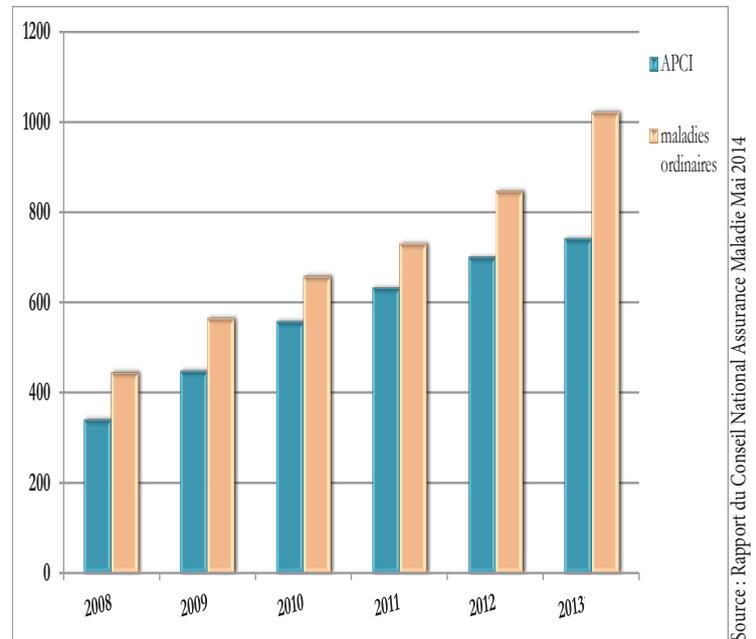
Le nombre de patients bénéficiant d'APCI (Affections prises en charge intégralement) est passé entre 2008 et 2013 de 205541 à 770790, soit une augmentation de 275% et le nombre des prises en charge a augmenté de 300% passant de 270055 à 1079352.

Ceci pourrait expliquer l'évolution des dépenses de la CNAM au niveau de l'APCI qui a atteint 117% pour la période 2008-2013 (Graphe 7).

Cela pose également un nombre de question sur le mode de remboursement au niveau de l'APCI, sur l'état de santé des bénéficiaires et sur le degré de surconsommation.

Cette évolution alarmante du nombre de patients souffrant d'APCI nécessite de conduire des analyses approfondies sur l'efficacité de la prévention en Tunisie.

Graphique n° 7 : Evolution de la répartition des dépenses de la CNAM à titre de Maladies ordinaires et APCI en MD



Source : Rapport du Conseil National Assurance Maladie Mai 2014

Il faut également noter que les dépenses pour médicaments spécifiques sont passées de 115 MD en 2008 à 332 MD en 2014 dont 48% sont annuellement alloués aux maladies cancéreuses.

## Conclusion

Cette lettre a permis de retracer les dépenses de la CNAM depuis sa création tout en tenant compte de la typologie des dépenses ainsi que des effectifs. Il semble que la forte augmentation des dépenses ne soit pas due à des effectifs de cotisants plus élevés.

Un travail beaucoup plus approfondi est donc nécessaire afin d'identifier les facteurs explicatifs de l'évolution de ces dépenses tels que la morbidité, les facteurs démographiques, le progrès technique et la surconsommation etc...

Par ailleurs, le poids des dépenses supporté par les patients nécessite de se pencher également sur le degré d'adéquation des prestations par rapport au coût réel. Cela soulève les questions de l'évaluation des tarifs des soins ainsi que le respect des tarifs conventionnels et d'une approche coût-efficacité.