

La privatisation des soins de santé par l'assurance complémentaire

Un article dans « *Le Soir* » du 30 novembre 2000 a levé le lièvre : le développement des assurances complémentaires des mutuelles entraîne des distorsions entre les assurés néerlandophones et francophones. Dans le cas présent, il s'agissait d'une situation rencontrée en urologie, mais le problème est en réalité plus vaste.

Que se passe-t-il donc avec ces assurances complémentaires ?

1. Système de l'assurance obligatoire

Actuellement, les bailleurs de fonds du système des soins de santé (ouvriers/employés, employeurs et Etat) versent l'argent dans un pot commun (INAMI). Actuellement ils ne veulent pas augmenter leur contribution financière car ils estiment que le budget actuel (\pm 600 milliards) doit suffire pour couvrir les besoins. Ils estiment qu'il faut d'abord faire « mieux » et/ou « plus » avec les moyens actuels avant tout apport financier nouveau.

L'INAMI travaille ainsi avec des enveloppes budgétaires pré-définies par secteur (secteur des médicaments, secteur des honoraires médicaux, secteur des soins infirmiers à domicile, secteur des maisons de repos, etc.). Tout dépassement constaté en fin d'année est normalement sanctionné (recouvrements, non application de l'index lors de la convention suivante...etc).

Dans le secteur des honoraires médicaux (\pm 168 milliards), des accords globaux sont signés au sein de l'INAMI entre les mutuelles et les représentants officiels des médecins (syndicats). Ces accords portent le nom de « conventions ». Il existe des conventions avec les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes etc. Les prestataires « conventionnés » sont ceux qui s'engagent à respecter les tarifs qui ont été fixés dans la convention. En contre-partie, l'Etat les aide à se constituer une pension.

2. Responsabilisation financière des mutuelles

Parallèlement, et toujours avec un objectif de contrôle du budget, un mécanisme de

« responsabilisation financière » a été imposé aux mutuelles en 1994. Si les affiliés d'une mutuelle coûtent plus que ce qui avait été budgétisé, la mutuelle doit compenser partiellement le surcoût : elle doit rembourser à l'INAMI.

Les budgets prévisionnels des mutuelles sont basés sur des calculs extrêmement complexes, dans lesquels interviennent de nombreux facteurs (nombre d'affiliés, nombre de VIPO's, situation socio-professionnelle des affiliés, taux de mortalité, etc).

Bien entendu, les mutuelles n'ont que peu de prise sur le coût de la consommation en soins de santé de leurs affiliés... Il ne leur reste plus qu'à affilier des gens jeunes, riches et en bonne santé, plutôt que de vieux pauvres malades !

Par ailleurs, cette technique de contrôle financier a sonné le début des grandes manœuvres de concentration-fusion dans le monde des mutuelles, car plus une mutuelle compte d'affiliés, plus elle répartit le risque. Les petites mutuelles situées dans des régions économiquement sinistrées comptant un nombre élevé d'affiliés « à risque » (âgés, pauvres et malades) n'ont pu survivre qu'en se fondant dans des entités plus grandes.

Le groupe Partena grandit ainsi très vite actuellement. Issu de la fusion d'Assubel et La Famille, il a absorbé récemment 4 autres mutuelles. Il est probable que dans un avenir proche ne subsisteront que 5 grandes mutuelles : chrétiennes, socialistes, professionnelles, libérales et neutres.

3. Le problème fondamental

Le « rapport Peers¹ » a pourtant épinglé le problème fondamental de notre système actuel : le prix très faible des actes médicaux incite à la production de nombreux actes, dont la justification économique peut se comprendre mais dont la finalité médicale n'est pas toujours très claire².

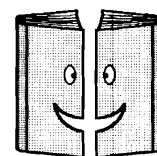
Cette surproduction d'actes compromet la viabilité du système de financement des soins de santé, et faute d'une refonte indispensable des mécanismes actuels, on court droit à la catastrophe. Des mécanismes purement

Jean-Michel Melis,
Secrétaire général du GBO
(Groupement Belge des Omnipraticiens).
76, rue du Tabellion - 1050 Bruxelles.
GBO@swing.be,
http://users.swing.be/gbo

(1) *Les soins de santé en Belgique. Défis et opportunités.*
24 décembre 1999.

(2) sans parler des « chipotages » comptables des hôpitaux...

A lire... à débattre



(3) NDLR :
Présentée
comme une
mesure de
« sauvetage »
par rapport
aux difficultés
croissantes des
personnes à
faire face au
coût des soins
de santé (les
« tickets
modérateurs »
à charge des
patients ont
très fort
augmenté ces
dix dernières
années), nous
pourrions
qualifier cette
« Hospi
Solidaire » de
« mauvaise
réponse » (cfr
ses dangers
développés ici)
à un vrai
problème : le
détricotage de
soins de santé
de qualité
accessibles à
tous dans le
cadre de la
sécurité
sociale...

budgetaires sont fondamentalement insuffisants.

Comme il manque la volonté de mettre en œuvre les réformes indispensables et que les dépenses continuent à augmenter, le coût supplémentaire est reporté finalement sur le patient : des actes (par exemple en dentisterie) et des médicaments sont déremboursés, des techniques ou des médicaments ne sont pas remboursés du tout (exemple : certaines prothèses orthopédiques, certains médicaments utilisés en cancérologie...), des suppléments en tous genres sont demandés, surtout lors des hospitalisations.

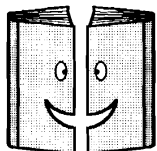
4. Le système des assurances complémentaires (dites assurances « libres »)

Jusqu'il y a peu, les assurances complémentaires des mutuelles jouaient un rôle marginal. Les affiliés étaient libres d'y cotiser ou pas, et en contre-partie, la mutuelle assurait le remboursement total ou partiel d'actes peu ou pas remboursés (location de béquilles, transfusion de sang, transport en ambulance etc).

Les mutuelles (organismes assureurs) ont vu dans les difficultés financières actuelles une possibilité de développer ce secteur. Via leur assurance complémentaire, elles proposent de prendre en charge une partie des coûts supportés actuellement par les patients : certaines techniques thérapeutiques, certaines prothèses, une partie des factures d'hospitalisation...etc.

Ce mouvement s'est amorcé il y a déjà plusieurs années : ces cotisations dites « libres » sont devenues obligatoires et leur montant a augmenté progressivement.

Le vrai signal de départ a cependant été donné l'année passée par les Mutualités Chrétiennes francophones avec leur assurance hospitalisation « solidaire »³, ou moyennant une cotisation supplémentaire, tous les affiliés étaient assurés de ne jamais devoir payer plus de 10.000 fr après une hospitalisation. Cette cotisation a rapporté rapidement plus de 4 milliards, ce qui couvrait largement les besoins !



5. Différences entre assurance obligatoire et complémentaire

Le système des assurances complémentaires est évidemment fondamentalement différent du système de l'assurance obligatoire.

Il n'y a plus d'équité (les prises en charge varient d'après les mutuelles), il n'y a plus de solidarité (le montant de l'assurance complémentaire est identique pour tous les patients de la même mutuelle, indépendamment de leurs revenus), et on introduit parfois des franchises dont le montant est là aussi indépendant des revenus (c'est le cas par exemple dans l'assurance-hospitalisation des Mutualités Chrétiennes, où la franchise est de 10.000 fr).

On fonctionne donc là sur le modèle des autres assurances privées (auto, incendie... etc). La différence fondamentale entre les compagnies d'assurances privées et les mutuelles est que ces dernières ne peuvent pas (encore ?) sélectionner les risques en excluant les patients « trop coûteux » et/ou adapter les primes en fonction du risque.

6. La pente savonneuse

Si la volonté politique manque pour arrêter cette dérive, il est clair que cela va se développer et que de plus en plus d'actes vont glisser de l'assurance obligatoire vers l'assurance complémentaire. La sécurité sociale ne couvrira plus qu'un « paquet de soins de base », le reste étant pris en charge par les assurances mutuellistes et privées.

Les Mutualités chrétiennes cherchent d'ailleurs actuellement à impliquer les employeurs dans le financement de leur assurance complémentaire, pour leur permettre de prendre de plus en plus d'actes en charge.

Par ailleurs, vu leur responsabilisation financière croissante dans le système d'assurance obligatoire, et vu leur intérêt à développer l'assurance complémentaire, les mutuelles sont incitées à comprimer les coûts, soit en agissant sur les prestataires soit en agissant sur les patients.

Elles peuvent agir sur les patients en épinglant

les « gros consommateurs ». Les gros consommateurs de soins sont repérés par le système des remboursements, les gros consommateurs de médicaments sont repérés grâce au système de récolte de données Pharmanet. Si elles ne peuvent actuellement les exclure, on assiste quand même déjà sur le terrain à des manœuvres pour refiler les « patates chaudes » à la concurrence.

7. Le « Managed Care »

Un système de financement, articulé autour des organismes d'assurances, et où des pressions sont faites sur les prestataires et les patients pour ne pas dépenser trop s'appelle du « managed care ». C'est le système qui existe au Etats-Unis, avec des résultats catastrophiques pour les patients : refus de prise en charge de certaines pathologies « trop coûteuses », pression sur les médecins pour qu'ils ne passent pas trop de temps à parler avec leurs patients pendant les consultations, refus d'intervenir lorsque le patient est estimé trop « vieux », etc., etc.

La Belgique ne met pas en place un système aussi pur et dur, mais on peut d'une certaine façon parler d'un managed care « à la belge », mis en place en douce, sans débat public, sans décision politique.

Le dernier exemple en date concerne une technique chirurgicale urologique très performante, mais où intervient une prothèse (18.000 francs) non remboursée par l'INAMI. Les mutualités flamandes ont conclu des accords avec des hôpitaux flamands et la firme qui produit la prothèse, et garantissent actuellement le remboursement de cette intervention via l'assurance complémentaire. Les incontinents flamands ont donc droit à cette intervention, tandis que les incontinents francophones ne l'ont pas⁴.

Je pense qu'il est urgent que les hommes politiques s'emparent de la question et discutent sérieusement de l'évolution future du système de financement des soins de santé : acceptent-ils une privatisation larvée et donc une dualisation ?

Cette question fondamentale a d'ailleurs été posée récemment dans une carte blanche du Soir⁵, en la situant dans la perspective des

bouversements qu'introduit le plan Copernic dans la fonction publique.

Les auteurs terminent leur article par ceci :

« Peut-être sommes-nous d'ailleurs en train de revivre, avec les transformations de la fonction publique, ce que nous avons vécu et vivons avec le démantèlement de l'Etat ou celui de la sécurité sociale. Lentement, par touches successives, par une accumulation de réformes, qui prises isolément, peuvent sembler mineures, nous avons fédéralisé le pays et nous détricotons la sécurité sociale. Et cela sans véritable débat public d'ensemble, sans que jamais nous ne posions frontalement la question de savoir si nous voulons réellement ce que nous faisons. (...) ».

Au GBO nous demandons ce débat public d'ensemble depuis de longs mois, sans que cela ne suscite beaucoup d'échos...

(4) Cette situation a été dénoncée dans la presse médicale mais également dans la grande presse. Voir « Le Soir » du 30 novembre 2000.

(5) « Management et Etat de droit : un couple impossible ? », de Jean-Louis Genard et Alexandre Piraux.

A lire... à débattre

