

Rôles, missions & initiatives des mutualités dans les soins de santé

Hervé AVALOSSE, Anja CROMMELYNCK, Xavier DE BÉTHUNE (*)

ABSTRACT

The primary role of mutual health funds in Belgium is to enable operation of the national compulsory health insurance system. They also play an important role in informing and protecting their members and in cooperating with health care practitioners and institutions to preserve both quality and accessibility of health care. Finally, as members of National Health Institute decision making committees, they contribute to defining national health care policy. In this paper we describe the health care budget layout procedure, the system of financial responsibility of the mutual health funds and a series of information tools to health care users and providers. Subsequently we describe the 'Quality Initiatives' of the Christian Mutual Health Fund and a common initiative of all mutual health funds called the 'Intermutualistic Agency'. This agency integrates mutual health funds data, analyses them and/or puts them at the disposal of external researchers. Finally we describe the complementary services available to members through the mutual health funds.

Keywords: mutual health fund, health insurance, health care policy, accessibility, quality, information tools.

JEL classification code: I18

(*) Département Recherche & Développement – Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
herve.avalosse@mc.be; anja.crommelynck@cm.be; xavier.debethune@mc.be
Remerciements à MM. Kesenne, De Bock, Léonard, Scieur et Cornelis, Mmes Gérard, Remacle et Preal pour leurs avis et remarques.

Table des matières

1	Introduction	249
2	Établissement du budget des soins de santé et rôle des mutualités	250
2.1	Procédure budgétaire	250
2.2	Exemple : la confection du budget pour l'année 2010	252
2.2.1	Mai-juin 2009	253
2.2.2	Septembre 2009	254
2.2.3	Lundi 5 octobre 2009	254
2.2.4	Lundi 19 octobre 2009	255
2.2.5	... Et la suite	257
3	La responsabilité financière des organismes assureurs	258
3.1	Le mécanisme de la responsabilité financière	258
3.1.1	Formule normative	259
3.1.2	Les coefficients	260
3.1.3	Les paramètres	260
3.2	La sélection des risques est-elle écartée ?	262
3.3	La responsabilité financière a-t-elle entraîné une diminution des dépenses publiques ?	263
4	Diffusion d'informations au public et aux prestataires	265
4.1	Informations de base relatives aux prestataires et tarifs de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé (AO)	265
4.2	Médicaments ambulatoires	266
4.2.1	Une série de mesures incitatives	266
4.2.2	Informations sur les médicaments génériques	267
4.2.3	Prescription de médicaments en maisons de repos	268
4.3	Informations relatives aux coûts à charge des patients hospitalisés	271

4.3.1	Le coût d'une hospitalisation pour le patient a diminué en 2008	272
4.3.2	Diminution de la facture pour le patient en chambre à deux lits (ou plus)	272
4.3.3	Multiplication par deux des suppléments d'honoraires en chambre particulière en l'espace de 10 ans	273
4.3.4	Évolution du coût des implants et du matériel médical	274
4.3.5	Répercussions des mesures sur la facture à charge du patient hospitalisé en 2008	275
4.3.6	Récapitulation des tendances observées	276
4.4	Promotion de la santé	277
5	Les Initiatives de Qualité de la mc	279
6	Exploitation des données administratives des organismes assureurs	281
6.1	L'Agence Intermutualiste (AIM)	281
6.2	L'Echantillon Permanent (EPS)	282
7	L'assurance complémentaire	285
7.1	Description générale de l'ac des mutualités	285
7.2	L'assurance complémentaire des mutualités en quelques chiffres	286
7.3	Assurances 'hospitalisation'	288
7.3.1	Proposition des mutualités	288
7.3.2	Proposition des entreprises d'assurances	290
7.3.3	Evolution législative récente	292
8	En guise de conclusion	293
9	Abréviation	294
10	Glossaire	295
11	Bibliographie	296

1 Introduction

Les mutualités occupent une place importante au sein de notre sécurité sociale. La loi du 6 août 1990 les définit de la façon suivante (article 2, §1^{er}): ce sont « des associations de personnes physiques qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social. Elles exercent leurs activités sans but lucratif ». De par cette même loi, les missions générales des mutualités comprennent: l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'octroi d'aide, d'informations et d'assistance à leurs membres ainsi que l'organisation de services d'assurance complémentaire.

De par leur participation aux différents organes de concertation de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), les mutualités participent pleinement à la définition, à la construction même de la politique en matière de soins de santé et d'incapacité de travail. Au-delà donc de la bonne exécution quotidienne de la législation sur les soins de santé et l'incapacité de travail, les mutualités sont cogestionnaires de cette branche de la sécurité sociale.

Vu la diversité des missions des mutualités, nous nous concentrerons dans cette contribution sur certains rôles, peu ou mal connus, exercés par les mutualités dans le domaine des soins de santé. Successivement, nous décrivons la procédure permettant d'établir le budget des soins de santé, le système de responsabilité financière des organismes assureurs ⁽¹⁾ (OA). Ensuite, à l'aide d'initiatives de la Mutualité Chrétienne (MC), nous illustrons diverses modalités de diffusion d'informations utiles et pertinentes tant auprès du public mutualiste qu'auprès de prestataires de soins. Nous faisons part de projets d'amélioration de la qualité des soins que la MC mène en partenariat avec des hôpitaux: ce sont les Initiatives Qualité. Nous présentons également une initiative collective des mutualités : il s'agit de l'Agence Intermutualiste. Celle-ci collecte les données administratives auprès des OA, les analyse ou bien les met à disposition dans le cadre de projets de recherche. Enfin, nous abordons les activités mutualistes en matière d'assurance complémentaire.

¹ Par organisme assureur, il faut entendre : les mutualités (regroupées au sein de 5 unions nationales), la Caisse des soins de santé de la SNCB holding, la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité.

2 Établissement du budget des soins de santé et rôle des mutualités

En Belgique, la confection du budget des dépenses pour les soins de santé est conçue comme un exercice annuel impliquant un grand nombre de parties dans une mesure plus ou moins importante. Autour des tables officielles de négociation sont réunis des représentants tant des prestataires de soins que des mutualités, des employeurs que des travailleurs et du gouvernement. L'exercice débute invariablement au printemps par les premières discussions entre les prestataires de soins et les mutualités concernant les besoins des différents secteurs et se clôture en octobre de l'année qui précède l'exercice budgétaire.

2.1 Procédure budgétaire

En 1994, les organes de décisions de l'INAMI ont été réformés et en 2005 leurs compétences ont été affinées ⁽²⁾. Ceci a conduit au calendrier de la procédure budgétaire suivant.

Tableau 1: Calendrier de la procédure budgétaire

Timing l'année t	Mission	Organe ou Service (INAMI)
avril- juin	Établissement de la liste des « nouveaux besoins » et propositions d'économies par secteur des soins de santé.	Commissions de conventions
30 juin ⁽³⁾	Estimation des dépenses (= « estimations techniques ») de l'année en cours (t) sur la base de l'évolution des trois à cinq dernières années et de l'information la plus récente sur les tarifs, les honoraires et les prix.	Service des soins de santé
15 sept ⁽⁴⁾	Proposition de mesures d'économie sur la base d'une analyse des évolutions des dépenses des années les plus récentes.	Commission de contrôle budgétaire
au plus tard 14 jours avant le 1er lundi d'octobre	Nouvelle estimation des dépenses , compte tenu des évolutions des dépenses des premiers mois de l'année t.	Service des soins de santé
1er lundi d'octobre	Proposition de répartition de la marge présumée sur l'objectif budgétaire global pour de nouvelles initiatives et/ou pour des économies dans les différents secteurs afin « d'atteindre » l'objectif budgétaire de l'année t+1.	Comité de l'assurance
3ème lundi d'octobre	Approbation de la proposition budgétaire (adaptée) pour l'année t+1.	Conseil général
novembre- décembre	Établissement et approbation du budget fédéral global dont le budget des soins de santé.	Gouvernement (conclave budgétaire)

2 Article 14 et suivants, article 38 et suivants de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

3 Arrêté royal du 1er septembre 2005 en ce qui concerne l'établissement du budget des soins de santé, les compétences de la Commission de Contrôle budgétaire et les documents de clôture des comptes, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

4 À partir de 2005, la Commission de contrôle budgétaire peut proposer (au plus tard le 15 septembre) des mesures d'économie à appliquer dans certains secteurs en vue de fixer l'objectif budgétaire global « en respectant la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé » (article 18 modifié de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

Depuis la loi Moureaux (1994), relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les organismes assureurs sont largement représentés au sein des différents organes de l'INAMI. Dans les grandes lignes, ils disposent de la moitié des voix au Comité de l'assurance et d'un quart des voix au Conseil général.

Tableau 2: Composition des organes de négociation et de décision

Organe	Composition (nombre de représentants)
Commissions d'accords et de conventions	organismes assureurs, dispensateurs de soins (pas de nominations mais représentants de fait).
Commission de contrôle budgétaire	organismes assureurs (3), dispensateurs de soins (3), employeurs et indépendants (2), travailleurs (2), gouvernement (4) ⁵ , un conseiller budgétaire et financier (1), la section financement du Conseil national des établissements hospitaliers (1).
Comité de l'assurance	organismes assureurs (21), médecins (7), paramédicaux (6), établissements de soins (5), pharmaciens (2), praticiens de l'art dentaire (1), partenaires sociaux (6 avec voix consultative uniquement).
Conseil général	organismes assureurs (5), employeurs et indépendants (5), travailleurs (5), gouvernement (5), dispensateurs de soins (8 avec voix consultative uniquement).

En raison de leur neutralité vis-à-vis des différents secteurs des soins de santé, les mutualités se sont vues attribuer un rôle important (non défini par la loi mais accepté dans la pratique) dans l'arbitrage entre les nombreux « nouveaux besoins » formulés chaque année par les secteurs. Ils déduisent du budget disponible et des estimations techniques la marge disponible pour de nouvelles initiatives ou, à l'inverse, les économies qui seront requises. Suivent alors toute une série de négociations informelles par les mutualités entre elles mais également avec les dispensateurs de soins et les représentants du Ministre des Affaires sociales. Dans cette phase, l'industrie pharmaceutique ne manque pas non plus de défendre ses intérêts via une concertation informelle auprès des négociateurs des mutualités. Les dépenses de médicaments à charge de l'INAMI représentent près de 4 milliards d'euros par an, soit près de 20 % du budget global des soins de santé. Après un sondage du terrain, les mutualités soumettent ainsi une première proposition de répartition des moyens disponibles sur les objectifs partiels.

Après cette première proposition, le Conseil général joue en principe un rôle clé dans la procédure budgétaire. Lors de l'introduction de la réglementation actuelle en 1993, les « principes élémentaires » énonçaient, en effet, qu'« il faut découpler chronologiquement la définition des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie du conclave budgétaire gouvernemental » et qu'« il faut que les décisions soient prises au niveau le plus proche possible de la réalité quotidienne. Le Ministre des Affaires sociales ne peut intervenir qu'en ultime recours » (repris de Cour des comptes (2006), p. 28, point 53).

Or, dans la réalité, les choses ne se présentent pas de la sorte. Les ministres les plus récents des Affaires sociales avaient, à chaque fois, un agenda très clair que le Conseil général attendait avant de procéder à l'approbation du budget. Ces dernières années, la proposition du Comité de l'assurance a été reprise dans sa

5 Ces quatre membres sont présentés par le Ministre des Affaires sociales, dont un en accord avec le Ministre du Budget.

majeure partie. La majorité des deux tiers lors du vote des propositions budgétaires pour 2009 et 2010 n'y a pas été étrangère, mais le Ministre y a malgré tout apporté quelquefois des modifications importantes. Depuis 2001, le troisième lundi d'octobre, un document portant le titre éloquent de « Proposition de la délégation gouvernementale au Conseil général de l'INAMI » est dès lors approuvé au Conseil général

Enfin, les décisions finales sont traduites en lois-programmes et exécutées au cours de l'année budgétaire concernée. Les Commissions d'accords et de conventions jouent à nouveau un rôle important lors de l'exécution des mesures. Les dossiers élaborant l'exécution des mesures émanent d'ailleurs de ces commissions et peuvent encore être affinés à ce moment là par leurs membres. En cas de dépassement des budgets prévus, les textes des accords doivent prévoir les mesures d'économie qui s'imposent. En outre, des conventions sont conclues au sein de ces commissions entre les mutualités et les prestataires, en vue de fixer les tarifs et apporter les adaptations requises à la nomenclature, et ceci dans le cadre des limites budgétaires prévues.

2.2 Exemple : la confection du budget pour l'année 2010

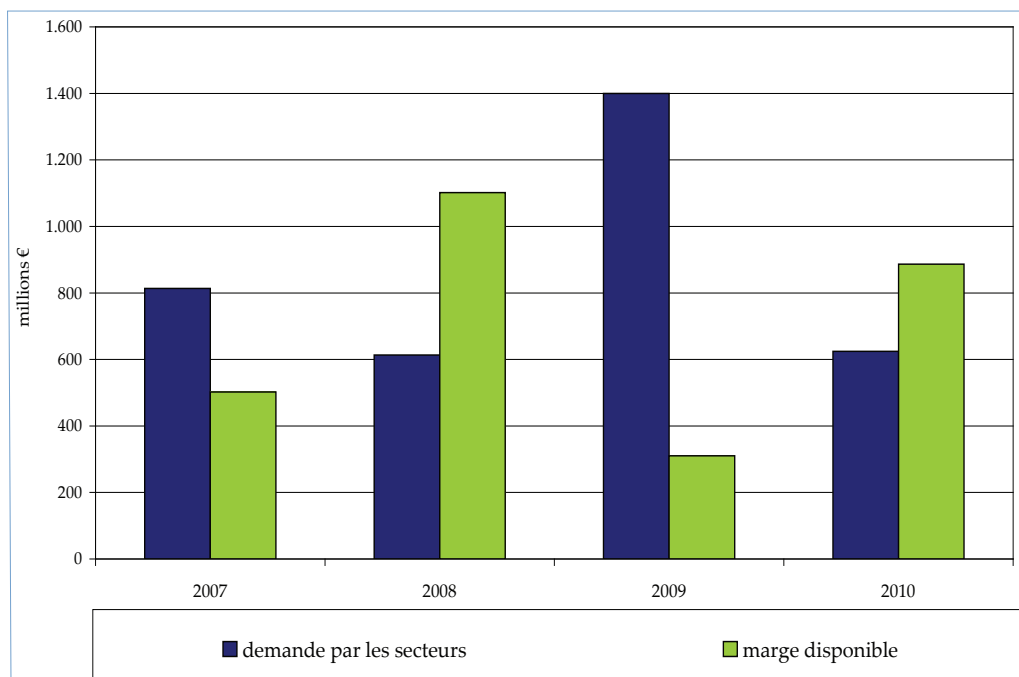
En 2009, la confection du budget s'est déroulée dans un contexte particulier. La spirale économique descendante, enclenchée par la crise financière américaine début 2007, a également touché l'Europe fin 2008. L'État belge a injecté des milliards d'euros dans le secteur bancaire pour « sauver » l'économie mais, très rapidement, on s'est rendu compte que c'était le début d'une crise de longue durée. En fait, en septembre 2009, période cruciale pour l'établissement du budget, le climat était propice à une politique soucieuse d'économies, mais le cadre légal en vigueur et le système politique en ont décidé autrement, comme on peut l'observer dans les décisions finales prises le 19 octobre 2009.

La situation du budget des soins de santé contrastait vivement avec le déficit des finances publiques. Depuis l'augmentation de la norme de croissance à 4,5 % en 2005, les moyens prévus pour les soins de santé n'ont jamais été totalement épuisés. Et comme le montant global du budget est calculé chaque année sur la base du budget de l'année précédente et non sur les dépenses réelles, l'excédent budgétaire s'est depuis lors constamment amplifié. Parallèlement (par le système du financement alternatif), les pouvoirs publics ont vu leur part dans le financement des dépenses de soins de santé croître continuellement. Les négociateurs budgétaires sont partis d'une situation dans laquelle leur propre secteur disposait d'une confortable marge budgétaire qui devait cependant être financée en partie par des pouvoirs publics en détresse financière.

2.2.1 Mai-juin 2009

En mai et juin, les Commissions d'accords, mieux connues sous l'appellation « médicomut » (concertation entre les mutualités et les médecins) et « dento-mut » (concertation entre les mutualités et les dentistes), et les Commissions de conventions (autres organes de concertation) se penchent comme chaque année sur les besoins à financer de leur secteur. La 'sonnette d'alarme' quant aux déficits imminents en matière de financement public est tirée et, comparativement à 2008, des propositions plus économes sont formulées et soutenues par les prestataires. La somme de l'ensemble des besoins pour l'année 2010 s'élevait à 625 millions d'euros, alors que théoriquement la marge disponible était de 887 millions d'euros (voir 2010 au graphique 1). Dans l'exercice 2008 pour le budget 2009, la demande en matière de financement supplémentaire s'élevait à 1,4 milliard d'euros pour une marge à l'époque nettement inférieure (310 millions d'euros). C'est surtout la demande des hôpitaux qui pèse dans ce montant global. Depuis des années, ils allèguent que le « sous-financement structurel » de leur cadre du personnel paramédical doit être compensé. De même, dans le secteur des soins aux seniors, la demande de moyens supplémentaires est importante. Les maisons de repos sont confrontées à un financement nettement insuffisant pour leur personnel, alors que la population des seniors ne cesse de croître. Le graphique 1 illustre la demande en matière de nouveau financement par année budgétaire et la compare à la marge disponible pour satisfaire à cette demande. Ces montants varient fortement et la demande est peu adaptée à la marge disponible.

Graphique 1: Nouveau financement : disparité entre l'importance de la demande par les secteurs de soins de santé et la marge disponible



2.2.2 Septembre 2009

Les mutualités adoptent des positions diverses sur l'affectation « des marges ». À ce moment, on ignore encore si la norme de croissance de 4,5 % sera maintenue. Les positions varient de « préserver autant que possible les moyens disponibles pour les soins de santé ou d'autres secteurs de la sécurité sociale comme filet de sécurité pour ceux qui ont été le plus durement touchés par la crise » à « considérer le financement inconditionnel d'un objectif budgétaire en fait surestimé comme un danger pour la continuité du système de sécurité sociale qui, de la sorte, conduirait à la faillite de l'État ». En dépit de ces divergences, les mutualités conviennent d'un montant qu'elles proposent pour le financement de nouvelles initiatives ainsi qu'une série d'économies. Au cours du processus, il apparaît clairement que le Ministre souhaite maintenir la norme de croissance de 4,5 %.

2.2.3 Lundi 5 octobre 2009

Les mutualités soumettent leur proposition au Comité de l'assurance. Elle est axée sur une série de nouvelles initiatives et économies et laisse la décision finale quant à l'utilisation des marges au Conseil général. L'ensemble des nouvelles initiatives proposées requiert 187 millions d'euros de moyens supplémentaires, en grande partie compensés par des économies à concurrence de 131 millions d'euros. La proposition peut largement compter sur l'appui des membres de l'assemblée et est approuvée à plus de deux tiers des voix. Elle recueille les suffrages des mutualités, dentistes et pharmaciens et de la moitié des paramédicaux. L'autre moitié des professions paramédicales et les médecins votent contre et les hôpitaux s'abstiennent.

Rapide tour d'horizon des « nouvelles initiatives » proposées :

- ▶ Il existe encore d'importants écarts de rémunération entre les différentes spécialités médicales. Près de 23 millions d'euros sont prévus pour combler le retard des psychiatres et pédiatres notamment.
- ▶ Le budget des moyens financiers des hôpitaux est augmenté de 15 millions d'euros pour suivre l'évolution salariale, en raison d'une ancienneté croissante.
- ▶ La norme de personnel dans les maisons de repos (nombre de membres du personnel financés par résident) est augmentée. L'impact budgétaire est de 20 millions d'euros.
- ▶ Le ticket modérateur pour les soins « forfait B » par des infirmiers à domicile est diminué. Ce traitement devient donc meilleur marché pour le patient (7 millions d'euros).

- ▶ Les soins parodontaux sont mieux remboursés (coût : 4 millions d'euros).
- ▶ Un montant est prévu par hôpital, qui devra être utilisé pour payer les médicaments coûteux non (encore) remboursés, par exemple pour le traitement du cancer. 4 millions d'euros sont prévus pour financer ce qui auparavant pesait lourd dans la facture à charge d'un groupe restreint de patients gravement malades.

Quelques exemples d'économies proposées:

- ▶ Le système de remboursement de référence des médicaments est renforcé. Produit attendu de cette mesure d'économie : 65 millions d'euros.
- ▶ Les médecins sont également mis à contribution (notamment en facturant moins d'aide opératoire et de tests électrophysiologiques) pour près de 30 millions d'euros.
- ▶ La soudaine progression du nombre de « miniforfaits⁽⁶⁾ » portés en compte en hôpital de jour avec, en conséquence, une augmentation des dépenses de 9,6 millions d'euros encourage les mutualités à demander une économie aussi importante dans ce secteur.
- ▶ Pour les orthopédistes, on estime que les baisses des prix devraient engendrer pour l'INAMI une économie de 4 millions d'euros.

2.2.4 Lundi 19 octobre 2009

La « proposition de la délégation gouvernementale » reprend la proposition du Comité de l'assurance dans son intégralité mais en augmente, globalement, le montant tant des nouvelles initiatives de 118 millions d'euros supplémentaires que des économies de 70 millions d'euros supplémentaires. Comme on peut le lire sur le graphique 2, on observe, par rapport aux années précédentes, une importante disparité entre la proposition du Comité de l'assurance et la décision du Conseil général.

Les adaptations provenant de la proposition de la délégation gouvernementale au Conseil général ayant la plus grande incidence budgétaire sont les suivantes :

6 Le miniforfait est le forfait que les hôpitaux peuvent facturer à l'INAMI s'ils traitent un patient en urgence ou posent une perfusion médicamenteuse. En 2007, la notion de « perfusion de garde » a également été ajoutée comme prestation ouvrant l'accès au miniforfait. L'important accroissement des dépenses était sans doute imputable à une augmentation du nombre de perfusions de garde, augmentation qui ne répond cependant pas à une nécessité médicale.

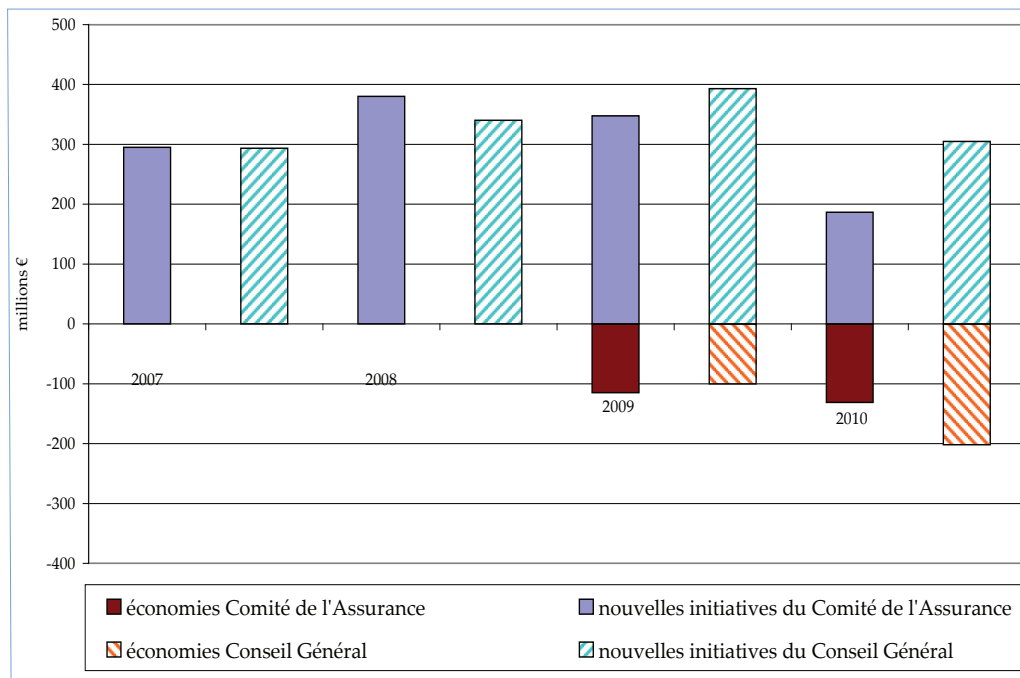
- ▶ Les hôpitaux, mais également les services de soins à domicile, sont confrontés à une pénurie de praticiens de l'art infirmier. Différentes mesures ont été prises afin de rendre cette profession plus attrayante. La rémunération pour les services en soirée et de nuit est augmentée. Les qualifications spéciales sont mieux honorées et les soins à domicile de patients lourdement dépendants sont mieux rémunérés. Total : 80 millions d'euros.
- ▶ Le montant prévu dans la proposition du Comité de l'assurance pour mieux adapter le financement des hôpitaux au coût du personnel est encore augmenté de 46 millions d'euros.
- ▶ De même, le montant pour les frais de personnel dans les maisons de repos est relevé de 9 millions d'euros.

Économies supplémentaires :

- ▶ On attend des secteurs de l'imagerie médicale et de la biologie clinique une économie de 100 millions d'euros (sur base annuelle) par une révision de la nomenclature. Les prestations obsolètes doivent être supprimées et les doubles paiements évités.

Par ailleurs, la proposition englobe également la décision au sujet de l'affectation de la marge budgétaire qui ne va pas aux nouvelles initiatives. Cette marge peut être utilisée de trois façons. Un petit 50 millions d'euros est considéré comme « provision de stabilité ». Un montant qui restera intact si les dépenses pour les soins de santé demeurent sous les budgets prévus. Secundo, 294 millions alimenteront le dit « fonds pour l'avenir », une cagnotte pour les dépenses des soins de santé à partir de 2012. Enfin, il reste encore 350 millions d'euros qui seront utilisés pour renflouer les déficits dans les autres secteurs de la sécurité sociale.

Graphique 2: Comparaison de l'utilisation de la marge budgétaire entre les propositions du Comité de l'assurance et les décisions du Conseil général



2.2.5 ... Et la suite

Enfin, la décision du Conseil général entre dans le cadre des discussions budgétaires globales au niveau fédéral. Le budget des soins de santé tel que proposé au Conseil général a été repris dans son intégralité par le gouvernement fédéral, en dépit des déficits financiers. Les contributions du secteur des soins de santé aux autres secteurs de la sécurité sociale et au « fonds pour l'avenir » sont considérées comme des mesures d'économie structurelles⁽⁷⁾. Le solde de financement pour l'État fédéral est ainsi estimé pour 2010 à un déficit de 10 milliards d'euros, soit 2,89 % du PIB. Ceci porte le taux d'endettement de la Belgique à 101,7 % du PIB.

7 Budgets des recettes et des dépenses pour l'année budgétaire 2010. Exposé général. Chambre des Représentants de Belgique. 6 novembre 2009 (DOC 52 2221/001, p.22, tableau 3).

3 La responsabilité financière des organismes assureurs

Depuis plusieurs décennies, les dépenses de soins de santé connaissent une forte croissance. Cette augmentation est le résultat d'une demande sans cesse croissante de soins (para)médicaux, de l'évolution de la technologie médicale et des nouveaux médicaments disponibles, tous deux devenant de plus en plus onéreux. Une telle évolution se manifeste dans tous les États-providence d'Europe. En guise de réponse, les pouvoirs publics ont réagi en 1994 par l'introduction de la responsabilité financière des OA pour une partie du budget. Nous décrivons, ci-après, le mécanisme introduit et examinons si l'effet souhaité, à savoir un système plus efficace de remboursement des dépenses de santé, sans exclusion sociale par suite d'une sélection des risques, a été atteint.

3.1 Le mécanisme de la responsabilité financière

Si les dépenses réalisées par un OA pour ses membres excèdent sa part théorique dans le budget prévu, officiellement appelée la *quotité budgétaire*, l'OA prend en charge un quart de cette différence. À l'inverse, lorsque les dépenses sont inférieures au budget, le boni dégagé profite aux fonds de réserve de l'OA. Si le dépassement global (de tous les OA confondus) est supérieur à 2 % du budget global, les dépassements individuels sur lesquels sont calculés les montants pris en charge par les OA sont cependant plafonnés à ces mêmes 2 % (comme cela a été le cas en 1996, 2000, 2001 et 2004). De la sorte, les OA ne sont pas tenus responsables d'une sous-estimation globale du budget et le coût de la responsabilité financière envers les membres demeure limité. Pour la clôture des comptes de l'année 2008, il aurait par exemple été, théoriquement, de 16 euros maximum par titulaire.

Dans le cadre d'un tel système, il serait avantageux pour un OA d'attirer des membres « économiques », soit des membres présentant un faible risque de problèmes de santé. Conscient de ce danger d'exclusion sociale, le législateur a toutefois incorporé des mécanismes dans le système afin d'empêcher la sélection des risques. La quotité budgétaire par OA augmente à mesure que ses membres présentent des risques accrus de dépenses de santé. Elle résulte de l'application d'une *clé normative* à raison de 30 %, tandis que les 70 % restants demeurent basés sur la part de chaque OA dans les dépenses réelles. Aux paragraphes suivants, nous examinons la formule normative à l'origine du calcul de cette clé normative.

Tableau 3 : Répartition du budget global des soins de santé entre les OA, selon le mécanisme de la responsabilité financière

Financement normatif	En fonction du profil de risque propre à chaque OA, on calcule son budget normatif. On détermine la clé normative, soit la part de chaque OA dans le total des budgets normatifs	
Répartition du budget global des soins de santé entre les OA	30 % est réparti en fonction de cette clé normative (= A). 70 % est réparti en fonction de la part de chaque OA dans les dépenses réelles totales (= B)	Quotité budgétaire par OA = (A x 30 %) + (B x 70 %) Budget individuel par OA = quotité budgétaire de l'OA x budget global des soins de santé
Responsabilité financière des OA	En fin d'exercice, on compare les dépenses réelles de chaque OA à son budget individuel. La responsabilité de chaque OA porte sur 25 % de l'écart constaté. Si le déficit cumulé des OA atteint 2 % du budget des soins de santé, alors le déficit de chaque OA est limité à 2 % de son budget.	
Fonds de réserve de la responsabilité financière	Ce fonds a été constitué en 1995 et 1996, à raison d'une cotisation spéciale de 2,23 euros prélevée auprès des titulaires. Contrainte : le fonds de réserve doit s'élever à, minimum, 4,46 euros par titulaire.	En cas de boni : on alimente le fonds de réserve En cas de déficit : on puise dans le fonds de réserve, on prélève une cotisation auprès des titulaires de sorte que la contrainte soit respectée

Source : repris de Gaussin (1999) et adapté

3.1.1 Formule normative

Si les bénéficiaires des OA avaient tous autant besoin de soins de santé et, partant, avaient tous les mêmes dépenses (soit le montant a), le calcul serait vite fait : budget = a*nombre de membres.

Si nous estimons cependant que nous devons adopter une « norme » supérieure pour les dépenses des membres plus âgés et handicapés, par exemple, et que nous ajoutons un montant b pour chaque membre de plus de 70 ans et un montant c pour chaque membre qui bénéficie d'une allocation pour les personnes handicapées, la **formule normative** devient alors :

Budget normatif = a*nombre de membres + b* nombre de membres de plus de 70 ans + c*nombre de handicapés

De la sorte, on peut choisir une série de caractéristiques ou *paramètres* ayant chacun une incidence sur les dépenses de soins de santé, appelée *coefficients* a, b, c....

3.1.2 Les coefficients

Afin de déterminer l'incidence de chaque paramètre sur les dépenses de santé ou, en d'autres termes, le coefficient de chaque paramètre, on recourt à des techniques statistiques (analyse de régression). On calcule, sur la base d'un ensemble observé de données, de quel coefficient les différents paramètres augmentent (ou diminuent) les dépenses. Pour le modèle actuel, on a utilisé l'ensemble de données de l'année 2002, c'est-à-dire les valeurs de l'époque de tous les paramètres et les dépenses totales de l'époque pour les soins de santé. Une fois les coefficients établis et dans l'hypothèse où les soins de santé restent tributaires de la même manière des paramètres retenus, il suffit d'actualiser la valeur des paramètres au cours des années suivantes pour calculer le budget normatif par oA.

3.1.3 Les paramètres

Lors de l'introduction du système de la responsabilité financière en 1994, la formule normative contenait les paramètres ou facteurs suivants qui étaient réputés expliquer le besoin de soins santé des membres :

- ▶ facteurs démographiques : âge, sexe, composition du ménage ;
- ▶ facteurs socio-économiques : indication de revenu, statut socio-professionnel (indépendant ou travailleur salarié), taux de chômage ;
- ▶ facteurs de santé : taux de mortalité ;
- ▶ facteurs environnementaux : degré d'urbanisation.

Au cours de la période 1994-2000, l'incapacité de travail primaire a été ajoutée comme facteur de morbidité, de même que le droit à l'indemnité d'invalidité et le droit à l'intervention majorée. Une variable d'environnement, qui était au centre des débats mais qui n'a pas été retenue, est l'offre médicale. Il s'agit là d'un choix politique. La densité de l'offre médicale est élevée en Belgique mais varie fortement entre les régions. Des soins de santé efficaces doivent toutefois être déterminés par la demande et non par l'offre de soins. Nous ne souhaitons pas « récompenser » par exemple les hospitalisations supplémentaires qui sont une pure conséquence de la présence d'un plus grand nombre d'hôpitaux.

Au cours de la période 2001-2006, différents paramètres se sont encore ajoutés : le diagnostic de l'invalidité, le droit au « forfait de soins »⁽⁸⁾ et quelques critères entrant en ligne de compte dans le cadre de l'ancienne 'franchise sociale' (rem-

8 Un forfait destiné à compenser les frais élevés non strictement médicaux de personnes qui, en raison de leur maladie, sont en perte d'autonomie et qui sont exposées à des dépenses élevées de soins de santé. En fonction des critères de perte d'autonomie, le montant du forfait varie de 273 à 547 euros par an (montants de 2009).

placée par le maximum à facturer). En 2008, les équipes universitaires de la KU-Leuven et de l'Université Libre de Bruxelles ont analysé la possibilité d'ajouter encore une série de paramètres à la formule normative, à savoir les données de morbidité (taux de maladie). Comme indiqué plus haut, une incapacité de travail primaire peut être utilisée comme indicateur de morbidité, mais des informations beaucoup plus précises peuvent être dérivées de la consommation de médicaments et des données de diagnostic de chaque hospitalisation. Nous déduisons la consommation de médicaments des factures transmises par les pharmaciens aux OA (par voie électronique via Pharmanet) et les diagnostics ou Résumés Cliniques Minimum (RCM) sont documentés par les hôpitaux et transmis au SPF Santé Publique depuis 1986 déjà⁹. L'ajout des données de morbidité à la formule normative fait en sorte que le budget normatif calculé se rapproche davantage des dépenses réellement observées. Ceci contribue donc à un financement plus correct des OA de sorte que leur responsabilité à l'égard d'une bonne gestion des moyens se concentre sur l'efficacité et non sur le fait d'avoir une population de membres en bonne santé. Les données de morbidité ont été ajoutées au modèle à partir de la clôture de l'exercice 2008.

Paramètres repris dans le cadre de la formule normative (2008)

- ▶ Âge
- ▶ Sexe
- ▶ Statut de veuve, orphelin
- ▶ Bénéficiaire de l'intervention majorée
- ▶ Mortalité (nombre de décès par 100 personnes)
- ▶ Incapacité de travail primaire
- ▶ Isolement (ménages mutualistes isolés)
- ▶ Urbanisation (nombre de citadins)

Critères dans le cadre de l'ex- 'franchise sociale' :

- ▶ Allocation aux handicapés
- ▶ Allocations familiales majorées
- ▶ Minimum de moyens d'existence ou aide du CPAS

⁹ Le SPF Santé Publique utilise ces données pour déterminer en partie le financement des hôpitaux.

Critères dans le cadre du forfait de soins :

- ▶ Soins infirmiers à domicile pour les personnes fortement dépendantes (forfait B et forfait C)
- ▶ Traitement de kinésithérapie pour les pathologies lourdes (liste E)
- ▶ Allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne (AR 02/06/1998, point i)
- ▶ Allocation d'intégration pour les personnes handicapées
- ▶ Allocation pour l'aide aux personnes âgées
- ▶ Allocation pour l'aide d'une tierce personne (AR 02/06/1998, point g)
- ▶ Indemnité majorée d'invalidité ou d'incapacité de travail primaire pour l'aide d'une tierce personne
- ▶ Diagnostic de l'invalidité

Données de morbidité

- ▶ Groupes de diagnostic basés sur les données cliniques par patient à l'hôpital
- ▶ Groupes de pathologies basés sur la consommation de médicaments en ambulatoire

3.2 La sélection des risques est-elle écartée ?

La formule normative calcule pour chaque OA sa part « justifiée » dans les dépenses nationales pour les soins de santé. Comprenons-nous bien : il ne s'agit en l'occurrence que des frais couverts par l'assurance soins de santé obligatoire, et donc solidaire, remboursés par l'INAMI. Dans le même temps, les mutualités offrent encore des services et des produits d'assurance complémentaire. Le mécanisme de correction qu'est la formule normative n'a évidemment aucune influence sur ceux-ci. C'est pourquoi, il est toujours possible que les mutualités cherchent à attirer des membres jeunes et en bonne santé, pour des raisons concurrentielles, en développant des services complémentaires spécifiques à leur égard. Cependant, l'assurance complémentaire ne représente qu'une fraction des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé (AO).

L'effet de l'ajout des données de morbidité ne se fera ressentir que lorsque cette adaptation sera d'application. Ce qui est cependant certain, d'après van de Ven

et al. (2007), c'est que la Belgique, par comparaison avec quelques pays (Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Israël), adopte une formule normative très détaillée et connaît moins de problèmes de sélection des risques. En Allemagne, les plus grandes mutualités perdent la plupart des membres en bonne santé au profit de nouveaux fonds de petite envergure et sont entraînées dans une spirale descendante où elles sont obligées de relever leurs cotisations de sorte qu'elles perdent encore davantage de membres (en bonne santé et actifs). En Israël où les mutualités offrent aussi elles-mêmes des soins médicaux, des différences considérables se font jour dans l'offre médicale, avec la création de nouveaux hôpitaux dans les régions dotées d'une population plus jeune et aisée. Aux Pays-Bas, les assureurs peuvent offrir une ristourne aux membres d'un groupe désireux de souscrire conjointement une assurance de soins. Un représentant de 19 organisations de patients n'a cependant pu négocier un tel contrat de groupe que pour 3 des 19 organisations de patients. En Suisse, enfin, les malades chroniques ou d'autres groupes à risque paient une cotisation nettement plus élevée pour l'affiliation à une assurance de soins que les personnes jeunes, actives et en bonne santé.

3.3 La responsabilité financière a-t-elle entraîné une diminution des dépenses publiques ?

Il n'est pas possible de répondre de manière péremptoire à cette question étant donné que nous ignorons comment les dépenses des OA auraient évolué sans le mécanisme de la responsabilité financière. Ce qui est certain, c'est que l'introduction du système en 1994 a enclenché une dynamique de contrôle de l'exactitude des données fournies par les OA. Les différences entre les OA quant à l'écart entre quotités budgétaires et dépenses réelles sont mises en évidence chaque année et ainsi mises en question. Au fil des ans, les OA « méritaient », en effet, des bonis différents ou devaient suppléer différents malis en demandant une cotisation à leurs membres. L'INAMI a calculé que le solde en 2004 s'élevait à 176 millions d'euros en défaveur des OA. Au cours des 10 premières années, les OA ont donc dû puiser en moyenne 0,1 % du budget des soins de santé dans leurs fonds de réserve de la responsabilité financière.

Différentes raisons nous permettent cependant de croire que ce mécanisme de responsabilité financière n'a eu qu'un impact limité. Primo, les montants en jeu dans ces exercices sont relativement restreints et n'influencent pas fortement les comptes publics. Le mali global est en effet limité à 2 % de l'objectif budgétaire pour les soins de santé. Dans son rapport, transmis à la Chambre, la Cour des comptes écrivait en 2006 (p. 3) : « La décision de récupérer auprès des organismes assureurs et de l'industrie pharmaceutique une partie du dépassement du budget n'a eu qu'un impact relativement limité du point de vue financier sur l'évolution des dépenses ».

Secundo, ce n'est pas le mécanisme de la responsabilité financière mais bien la taille du budget global des soins de santé qui détermine si les OA dépassent leur part relative dans ce budget. En Belgique, la norme de croissance pour les soins de santé est de 4,5 % depuis 2005. Ce qui signifie que le budget est relevé chaque année de 4,5 %, même si le budget d'une année précédente n'a pas été intégralement utilisé. Hasard ou non, mais depuis cette même année, le budget des soins de santé du pays connaît en effet un « excédent ». Ceci a généré des bonis considérables qui se sont accumulés depuis 2005 jusqu'à 2007 à 286 millions d'euros, soit au cours de cette période, 0,53 % en moyenne par an du budget des soins de santé, cette fois en faveur des OA. Du point de vue des pouvoirs publics, ce n'est donc pas une économie.

Tertio, les mutualités n'ont à leur disposition guère d'instruments – voire aucun – pour corriger les dépenses de soins de santé de leurs membres. En Belgique, les patients jouissent d'une grande liberté de choix de leurs prestataires de soins et ceux-ci jouissent d'une grande liberté de choix quant au type de traitement et aux médicaments à prescrire. De manière générale, cette liberté est perçue comme un atout majeur du modèle belge, mais elle a pour effet d'entraver tout changement afin d'accroître l'efficacité du système. Les principales mutualités œuvrent activement à la mise à disposition d'informations de manière à ce que les patients puissent poser leur choix en tenant compte des coûts, mais elles n'en récoltent pas nécessairement les fruits. Par le biais de campagnes d'information, les mutualités peuvent encourager les médecins par exemple à prescrire plus souvent des médicaments « bon marché » mais elles ne peuvent pas les y contraindre et, de surcroît, les campagnes menées auront des conséquences pour les membres de toutes les mutualités. Les mutualités peuvent également faire pression sur la maîtrise des dépenses en tant que participantes aux négociations collectives au sein de l'INAMI, mais ici aussi, les effets ne se limiteront pas à leurs propres membres.

4

Diffusion d'informations au public et aux prestataires

Ces dernières années, comme d'autres mutualités, la mc a développé une série de modules d'informations à destination de divers publics : aussi bien les assurés sociaux que certaines institutions ou prestataires. L'idée sous-jacente de ces dispositifs est de diffuser de l'information pratique, utile et pertinente, mais aussi d'améliorer les pratiques afin que les soins de santé restent de qualité et accessibles à tous. Ci-après, nous reprenons quelques exemples de modules développés par la mc et disponibles sur son site internet⁽¹⁰⁾. Les mutualités travaillent aussi sur le terrain, notamment grâce à leurs services de promotion de la santé. Nous terminons en présentant succinctement cette activité.

4.1 Informations de base relatives aux prestataires et tarifs de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé (Ao)

Où puis-je trouver un médecin conventionné ? Combien dois-je prévoir pour une consultation ? Combien la mutualité va-t-elle me rembourser pour cette consultation ? Ce sont des questions de base que nos membres nous posent souvent. Les réponses sont disponibles, en libre accès, sur le site de la mc.

La recherche d'un prestataire peut se faire nominativement ou en fonction d'un code postal, de la spécialité (médecin généraliste, spécialiste, dentiste, paramédical). Le site recense les prestataires selon qu'ils sont conventionnés, partiellement conventionnés ou non-conventionnés. L'adresse communiquée est l'adresse de correspondance transmise à l'INAMI (source primaire de toutes ces informations).

Un autre module permet d'accéder aux tarifs officiels pour la plupart des prestations prévues dans la nomenclature pour les médecins généralistes, spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes : en fonction de la 'qualité' de l'assuré (bénéficiaire de l'intervention majorée ou non), le module donne par code de nomenclature sélectionné : le montant des honoraires, l'intervention de la mutualité et le ticket modérateur à charge du patient. De cette façon, l'assuré social peut se faire une idée précise du coût d'une prestation ambulatoire, surtout si le prestataire est conventionné.

¹⁰ www.mc.be

4.2 Médicaments ambulatoires

4.2.1 Une série de mesures incitatives

Ces dernières années, dans le but de mieux maîtriser les dépenses liées aux médicaments, de nombreuses mesures incitatives ont été prises en vue de favoriser le recours à des alternatives moins chères.

En juin 2001, le système du *remboursement de référence* a été introduit : lorsqu'une alternative générique (ou une copie) d'un médicament est disponible, la base de remboursement (à partir de laquelle l'intervention de l'AO est calculée) de la spécialité originale est diminuée d'un certain pourcentage. Depuis juillet 2005, ce pourcentage est fixé à 30 %. Et, à partir du 1er janvier 2009, cette base de remboursement est encore diminuée de 2,5 % si la spécialité originale est intégrée dans le système de remboursement de référence depuis deux années. La base de remboursement correspondant, grosso modo, au prix maximum des génériques, ce nouveau système a fortement incité les fabricants à diminuer le prix public de bien des spécialités originales jusqu'à ce niveau.

Pour les patients, l'intérêt de recourir aux génériques ou aux spécialités originales dont le prix a été ainsi ajusté est évident : le coût final à sa charge s'en trouve nettement réduit. Par contre, si une spécialité originale est prescrite alors qu'un générique existe mais que le prix public de cette spécialité n'a pas été ajusté jusqu'à sa base de remboursement, alors la différence entre les deux reste à charge du patient, en plus de l'éventuel ticket modérateur.

L'exemple didactique suivant, repris de Proesmans et Van Tichelen (2006), vient éclairer ce dernier point. Une spécialité coûte 20 euros et est remboursée⁽¹¹⁾ dans la catégorie B. Le ticket modérateur à charge d'un patient (assuré ordinaire) s'élève à 25 %, soit 5 euros. Le coût à charge de l'AO est donc $(20 - 5) = 15$ euros. Un générique est lancé sur le marché et peut coûter 14 euros maximum (- 30 % par rapport à l'original). Le ticket modérateur s'élève à 25 % de 14, soit 3,5 euros. L'intervention de l'AO s'élève donc, ici, à $(14 - 3,5) = 10,5$ euros. Vu la disponibilité du générique, le remboursement de référence est introduit. La base de remboursement de la spécialité passe à 14 euros et l'intervention de l'AO se limite alors à 10,5 euros. Si le patient se voit malgré tout prescrire la spécialité originale et que le prix de cette dernière est resté inchangé, le patient ne paiera plus 5 euros, mais $(20 - 10,5) = 9,5$ euros.

11 Il y a 5 catégories d'intervention de l'AO pour les médicaments. Les tickets modérateurs varient en fonction de ces catégories. Pour les médicaments de la catégorie A : pas de ticket modérateur. Pour la catégorie B : le ticket modérateur est de 25 % pour un assuré ordinaire, 15 % pour un bénéficiaire de l'intervention majorée. Catégorie C : le ticket modérateur est de 50 % ; catégorie Cs : 60 % ; catégorie Cx : 80 %. Pour les catégories B et C, les tickets modérateurs sont plafonnés.

D'autres mesures incitatives ont été prises envers les prescripteurs et pharmaciens. Ainsi, à partir du 1er octobre 2005, la prescription en DCI (dénomination commune internationale, soit le nom du principe actif de la molécule) est autorisée, ce qui permet au pharmacien de délivrer des médicaments moins chers (génériques ou autres). Enfin, des seuils minima⁽¹²⁾ de prescription de médicaments 'bon marché'⁽¹³⁾ ont été fixés pour les prestataires (par spécialité, pour les médecins généralistes, spécialistes et dentistes).

L'INAMI produit et envoie un feedback aux prestataires à propos de leur prescription. D'après INAMI (2009), ces mesures ont obtenu le succès escompté « la quasi-totalité des prescripteurs se situe au-dessus du seuil minima fixé pour leur discipline, pour le 2ème semestre 2008 : 90 % des spécialistes, 94 % des dentistes et 98 % des généralistes atteignent le seuil. Depuis janvier 2005, le pourcentage de prescriptions 'bon marché' (en doses journalières / DDD) est passé de 22,9 % à 40,8 % en décembre 2008».

Selon INAMI (2009), cette prescription 'bon marché' a permis aux patients d'économiser 130 millions d'euros à leur charge. Mais, il y a encore un potentiel de gain non négligeable : si les spécialités originales dont le prix n'a pas été aligné sur la base de remboursement étaient remplacées par une alternative moins chère, il en résulterait encore une diminution de 65 millions d'euros à charge des patients.

4.2.2 Informations sur les médicaments génériques

D'où l'intérêt de bien informer le grand public sur les génériques et autres alternatives moins chères disponibles. Comme d'autres, la MC produit des brochures présentant les médicaments génériques, diffuse des affiches et articles de sensibilisation en leur faveur et met à disposition du public (en libre accès sur son site internet) un module permettant d'identifier les génériques disponibles par rapport à une spécialité originale. De plus, ce module permet aussi d'évaluer l'économie que font l'AO et le patient si ce dernier recourt à un de ces génériques (après encodage de la consommation présumée, de la qualité de l'assuré social).

Malgré la pénétration des médicaments moins chers, cette diffusion d'informations de base est toujours nécessaire, plus particulièrement vis-à-vis des groupes sociaux moins favorisés. En effet, d'après une étude réalisée par le CRIOC - voir Vandercammen (2008) -, « les consommateurs issus des groupes sociaux inférieurs et moyens déclarent moins souvent connaître les médicaments génériques, à l'inverse des groupes sociaux supérieurs. En général, les consomma-

12 Ces seuils sont exprimés en % et portent sur le volume de la prescription évalué en DDD (dose journalière).

13 On considère, ici, les génériques, les spécialités originales dont le prix a été diminué jusqu'à la base de remboursement, les prescriptions en DCI.

teurs membres des groupes sociaux inférieurs perçoivent plus négativement que la population les médicaments génériques. Ils doutent de leur efficacité, de leur prix, de leur composition et de la facilité d'obtention et de prise ».

Enfin, dans le cadre d'une grande campagne de sensibilisation, sur base de ses données administratives, la mc a développé en 2006 un feedback personnalisé à l'intention des médecins. Le module, accessible via un mot de passe, permet à chaque médecin de se situer par rapport aux autres dans un espace défini par deux dimensions : les économies potentielles vis-à-vis de l'AO et vis-à-vis des patients, si pour chaque médicament prescrit l'alternative la moins chère avait été choisie (à volume maintenu constant).

4.2.3 Prescription de médicaments en maisons de repos

Mis en place en 2007, l'idée de ce module est de donner aux maisons de repos (tant les maisons de repos et de soins que les maisons de repos pour les personnes âgées) un feedback personnalisé sur la consommation de médicaments. Ce module est seulement accessible, via un mot de passe, au directeur et au médecin coordonnateur et conseiller des établissements concernés. Les données utilisées sont relatives aux médicaments remboursés en 2005 à des affiliés de la mc ayant séjourné au moins 30 jours dans des institutions comportant au moins 20 membres de la mc.

Cette initiative a été prise suite à la constatation des grandes différences de consommation de médicaments, tant en quantité qu'en qualité. Exploitant les données administratives de la mc, Cornelis (2007) présente quelques résultats globaux à ce sujet, que nous reprenons ci-après.

- ▶ Durant son séjour, un résident a reçu, en moyenne, 9,5 médicaments différents. Le nombre moyen de médicaments différents consommés par jour est de 4,1. Les disparités observées entre établissements sont importantes : la moyenne varie de 3,8 au minimum à 16 au maximum. Par jour, le nombre moyen varie entre 1,6 et 6,4.
- ▶ Concernant les médicaments délivrés, les résultats globaux sont présentés⁽¹⁴⁾ au graphique 3.

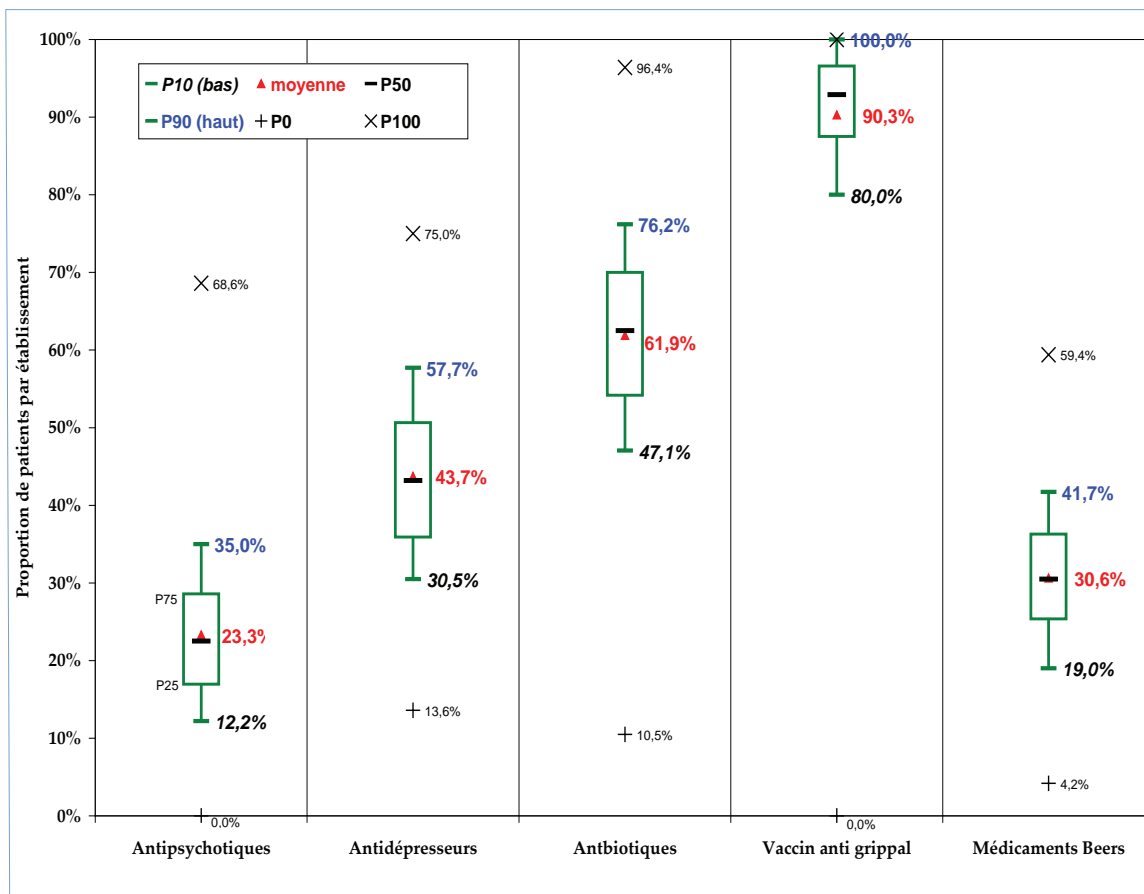
14 Les graphiques 3 et 4 représentent graphiquement les paramètres de distribution des valeurs observées par établissement sous forme de *boxplot*. La 'boîte' est délimitée par le 1er (P25) et 3ème quartile (P75). La médiane (P50) est représentée par un trait horizontal dans la boîte. Le premier (P10) et le dernier décile (P90) sont dénotés par les traits horizontaux en dehors de la 'boîte'. Enfin, on ajoute le minimum (Po) et le maximum (P100) observé. La moyenne de la distribution est également donnée (triangle).

- ▷ Les médicaments antidépresseurs sont fort présents : en moyenne, 43,7 % des résidents s'en sont vu prescrire. De grandes variations sont observées entre les établissements : dans certains 75 % des patients ont consommé des antidépresseurs, contre seulement 13,6 % dans d'autres.
- ▷ Pour les antipsychotiques (médicaments avec lesquels on traite les pathologies psychiatriques graves, comme la schizophrénie), cette proportion moyenne est de 23,3 %, la variation observée s'étalant de 0 à 68 %.
- ▷ La proportion moyenne de patients ayant reçu au moins une administration d'antibiotiques est de 61,9 %, la variation observée allant de 10,5 à 96,4 %.
- ▷ La couverture vaccinale contre la grippe est très bonne : en moyenne, elle est légèrement supérieure à 90 %. On trouve toutefois des établissements où aucun vaccin n'a été administré ...
- ▷ La liste 'Beers' contient des médicaments jugés moins adaptés aux personnes âgées, car ils peuvent être plus néfastes que bénéfiques en raison des effets secondaires liés à l'âge. La proportion moyenne de patients ayant reçu au moins un médicament de cette liste est de 30,6 %, la variation observée étant de 4,2 à 59,4 %.
- ▶ Pour ce qui est de la nature des médicaments prescrits (voir graphique 4), on constate globalement que près de 25,1 % du volume de médicaments sont constitués par des médicaments génériques (G) ou de spécialités dont le prix public a été ajusté jusqu'à leur base de remboursement (Rmin). La proportion des spécialités pour lesquelles il existe une alternative générique mais dont le prix public reste supérieur à la base de remboursement (Rplus) est en moyenne de l'ordre de 15,3 %. Enfin, les spécialités sans alternative générique sont, en moyenne, majoritaires : 59,6 %. Mais les variations observées sont très importantes.

Le feedback fournit à chaque établissement : le profil des affiliés mc qui y résident et des indications quant au volume et à la nature des médicaments prescrits (les catégories du graphique 3). Enfin, le module montre la proportion de médicaments moins chers (génériques et spécialités originales dont le prix a été diminué jusqu'à rejoindre celui de la base de remboursement) et les possibilités d'économie qui peuvent encore être faites (au niveau des spécialités pour lesquelles il existe des alternatives moins chères). Chaque établissement peut se situer par rapport aux autres (on indique sa place au sein des distributions observées).

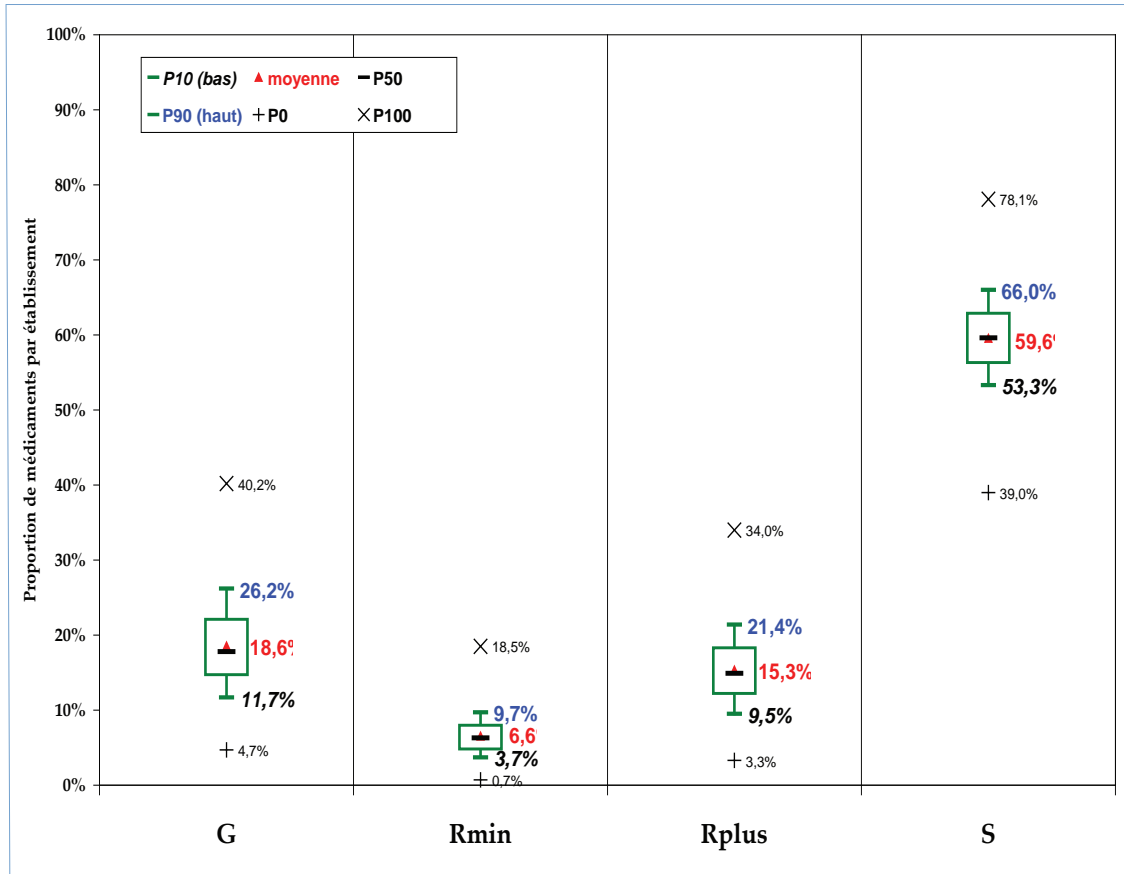
Avec ce genre d'initiative, on voit que le rôle d'une mutualité et le but poursuivi devient plus ambitieux : il ne s'agit pas seulement de mettre des informations de gestion utiles et intéressantes à disposition des institutions. On vise aussi à 'questionner' les pratiques dans le but d'améliorer la qualité des soins prodigués : suivi et ajustement de la prescription des médicaments, attention particulière à la consommation d'antidépresseurs et de psychotiques, à la consommation de médicaments moins chers, surveillance de la couverture vaccinale contre la grippe, ...

Graphique 3: Par établissement, distribution de la proportion de patients ayant consommé des antipsychotiques, antidépresseurs, antibiotiques, vaccins antigrippaux et des médicaments de la liste 'Beers' (données MC, 2005)



Source : Cornelis (2007)

Graphique 4: Par établissement, distribution de la proportion de génériques (G), de spécialités pour lesquelles le prix a été ajusté (Rmin) ou non (Rplus) jusqu'au niveau de leur base de remboursement et de spécialités sans alternative générique (S) (données MC, 2005)



Source : Cornelis (2007)

4.3 Informations relatives aux coûts à charge des patients hospitalisés

Afin de pouvoir informer ses membres correctement et les protéger contre des factures d'hôpital déjà trop élevées, la Mutualité Chrétienne présente, sur son site internet, un module interactif permettant de comparer les pratiques tarifaires des hôpitaux. L'information est détaillée par type d'admission (avec ou sans nuitée), par type de chambre (individuelle, 2 lits ou commune) et par service (chirurgie, maternité...). La comparaison se fonde sur toutes les factures des membres la MC au cours de la dernière année écoulée. **Le module se veut être une source d'information pour le patient, mais a également pour effet positif que les hôpitaux apportent des adaptations, voire même des corrections, lorsque leurs chiffres révèlent une politique tarifaire atypique.** En outre, le département Recherche & Développement (service d'étude) de la MC tire cha-

que année des conclusions globales sur tous les hôpitaux, permettant, ainsi, de suivre l'évolution à long terme. Au fil des ans, ce module est ainsi devenu le « baromètre de la facture d'hôpital » et joue son rôle de moyen de pression sur la politique en faveur d'une facture du patient abordable à l'hôpital. Les principales conclusions dérivées de l'analyse des chiffres les plus récents sont données ci-après.

4.3.1 Le coût d'une hospitalisation pour le patient a diminué en 2008

En 2008, le patient a payé en moyenne 507 euros pour un séjour avec nuitée dans un hôpital général. C'est un euro de moins qu'en 2007, mais tenant compte de l'inflation importante de 2008, cela signifie une baisse réelle de la facture de 4 %⁽¹⁵⁾. Le prix d'un séjour non chirurgical en hôpital de jour est resté stable, légèrement inférieur à 50 euros. Le mouvement à la baisse est relativement général pour les différentes rubriques qui composent la facture au patient, à l'exception d'une seule : les suppléments d'honoraires des médecins. Le choix du type de chambre influence cependant très fortement cette rubrique.

4.3.2 Diminution de la facture pour le patient en chambre à deux lits (ou plus)

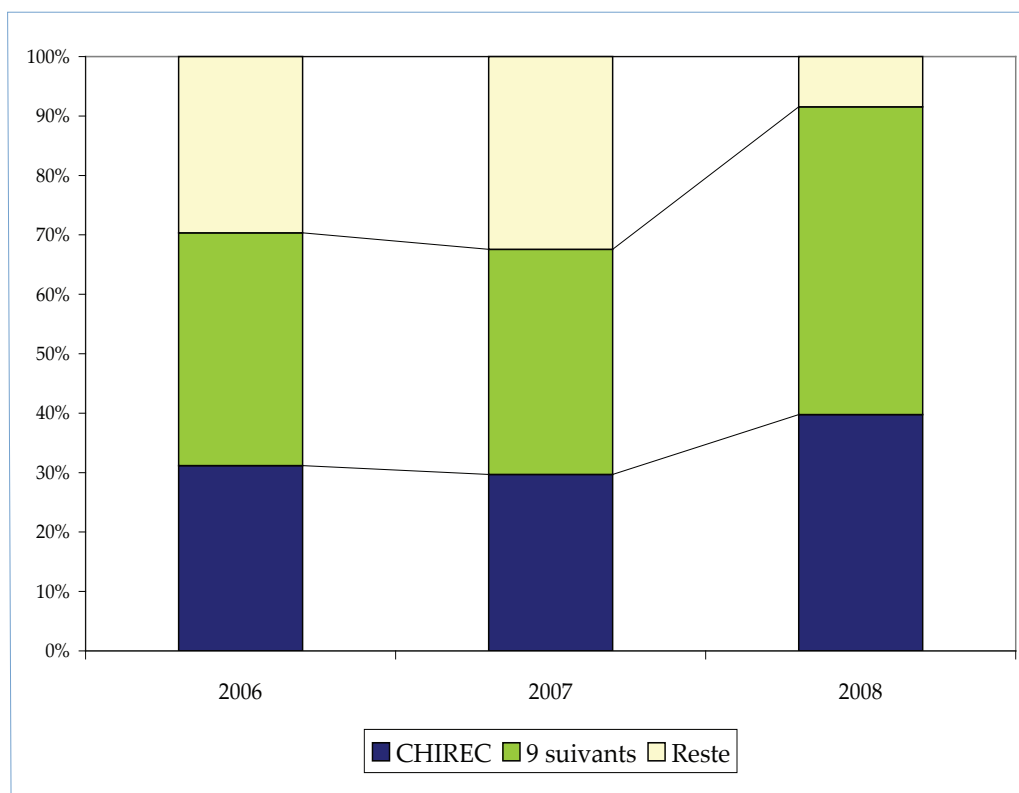
Afin de préserver l'accessibilité des soins de santé, il est essentiel que la sécurité tarifaire soit assurée, du moins en cas d'admission en chambre commune ou à deux lits, soit 80 % des séjours hospitaliers. La mc a milité à cet effet pendant des années. Avec succès. Différentes mesures ont été prises. Mi-2007, les suppléments (de chambre et d'honoraires) ont été interdits pour les « patients protégés » en chambre commune ou à deux lits. Au cours de cette même année, le SPF Santé Publique a décidé de répartir une partie du financement des hôpitaux d'une valeur de 21 millions d'euros sur les hôpitaux qui ne facturent jamais de suppléments d'honoraires dans ce type de chambre. Entre-temps, cette décision est devenue structurelle et, en 2008 et 2009, 21 millions d'euros ont également été réservés pour les hôpitaux engagés.

Quel est le résultat de cette politique d'incitation ? Alors qu'en 2006, 37 hôpitaux facturaient encore des suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits, ce nombre est tombé à 25 en 2008. 93 des 118 hôpitaux généraux se sont engagés à ne plus le faire et nous ne trouvons plus dans nos données que 15 hôpitaux pour lesquels le volume total de suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits est encore substantiel.

15 En guise de comparaison, la facture hospitalière moyenne était de 479 euros en 2004, 492 euros en 2005 et 493 euros en 2006. Sur une plus longue durée : cette même moyenne s'élevait à 334 euros en 1998. Source : Crommelynck & Wantier (2007).

Il est à noter que 7 des 118 hôpitaux généraux en Belgique représentent 80 % de tous les suppléments d'honoraires facturés en chambre à deux lits et commune de l'ensemble du pays et, comme l'indique le graphique 5, ce phénomène s'accroît encore en 2008. Un hôpital (Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell) encaisse à lui seul plus de 30 % de tous les suppléments d'honoraires et 10 hôpitaux sont, à eux seuls, responsables de 95 % des suppléments d'honoraires en chambre commune ou à deux lits.

Graphique 5: Évolution de la part des hôpitaux dans le total des suppléments d'honoraires facturés en chambre commune et à deux lits



4.3.3 Multiplication par deux des suppléments d'honoraires en chambre particulière en l'espace de 10 ans

A long terme, ce sont principalement les honoraires qui continuent à augmenter. En 10 ans, ces derniers ont doublé en termes réels ! Cette évolution est propre aux chambres particulières. Dans ce type de chambre, la part des suppléments d'honoraires est passée de 37 % à 55 % de la facture du patient, soit 40 % de plus que l'évolution de l'inflation. Concrètement, en 2008, le patient séjournant en chambre particulière a dû, en moyenne, déboursier 1.211 euros, dont 657 euros pour les suppléments d'honoraires, 230 euros pour les suppléments de chambre, 124 euros pour les suppléments de matériel, autres suppléments divers et

médicaments non remboursables. Les 200 euros restants représentent la somme des quotes-parts personnelles.

En 2008, on estime, pour la Belgique (par extrapolation des données de la mc), que les suppléments d'honoraires ont rapporté 274 millions d'euros aux médecins et aux hôpitaux. Sur ce montant : 63 millions (dont plus de la moitié dans 61 hôpitaux) représentent des suppléments tarifés à raison de plus de 100 % des honoraires prévus au barème officiel de l'AO et pour 12 millions d'euros, des suppléments à raison de plus de 200 %. Ces derniers montants sont concentrés dans 18 hôpitaux seulement.

4.3.4 Évolution du coût des implants et du matériel médical

Le coût du matériel médical (implants et dispositifs médicaux invasifs) peut peser lourd dans la facture à charge du patient. En chirurgie, cette rubrique représente en moyenne un quart de la facture à charge du patient. Il s'agit néanmoins de dépenses indispensables pour lesquelles le patient ne porte aucune responsabilité. Reporter ce coût sur le patient n'est donc pas justifiable. Dans cette optique, l'INAMI prévoit déjà d'année en année un budget croissant pour le remboursement de ce matériel médical. Ces budgets n'ont cependant pas été totalement utilisés au cours de ces dernières années. L'approbation de nouveaux remboursements encourt des retards et ressemble à une tactique récurrente du gouvernement pour économiser sur les dépenses en soins de santé. Par conséquent, les suppléments de matériel facturés diminuent mais si les budgets prévus étaient totalement utilisés, cet effet serait nettement renforcé. Les anneaux gastriques pour les diabétiques en surcharge pondérale, le matériel de viscérosynthèse (pour les endoscopies et la suture des tissus mous) et les prothèses de hanche sont quelques exemples de matériels mieux remboursés en 2008. Le graphique 6 montre clairement la différence entre les prévisions de l'INAMI et les dépenses définitives. Les différences – les budgets inutilisés – s'élèvent à 66, 121 et 78 millions d'euros respectivement pour les années 2006 à 2008.

Une autre évolution plus positive est le transfert de la dite marge de sécurité⁽¹⁶⁾ des implants de la rubrique « supplément » à la rubrique « ticket modérateur ». De la sorte, ce coût est repris dans les compteurs du maximum à facturer (MAF) de sorte que les patients confrontés à des coûts élevés atteignent plus rapide-

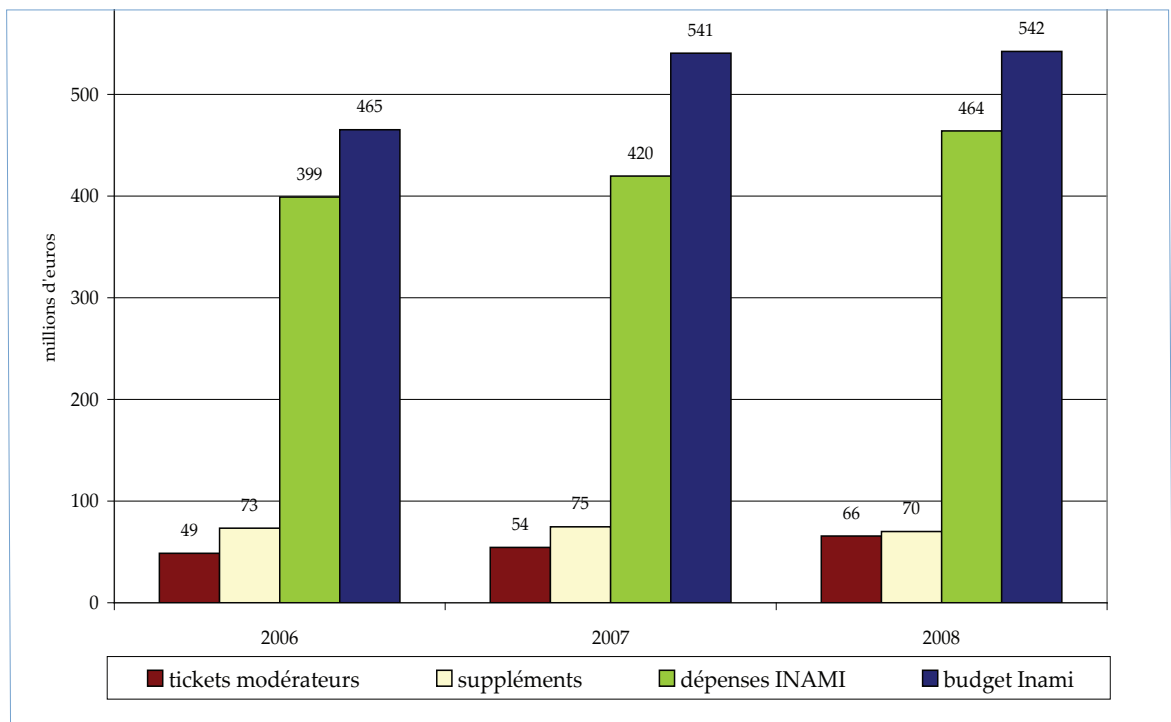
16 La *marge de sécurité* est le montant maximal qui peut être facturé au-delà du prix de référence de certains matériels médicaux (des articles 35 et 35bis de la nomenclature des soins de santé). L'AO intervient sur base de ces prix de référence, tandis que la marge de sécurité est à charge du patient. Mais si le prix payé par l'hôpital au fournisseur du matériel est supérieur au prix de référence augmenté de la marge de sécurité, alors l'AO n'intervient plus.

Pour rappel : en 2006, la *marge de délivrance* a également été reprise dans le MAF comme ticket modérateur et à l'époque également, l'effet sur les données a été très clairement visible. La *marge de délivrance* est l'indemnité versée au pharmacien d'hôpital par délivrance. Cette marge s'élève à 10 % du prix du produit avec un maximum de 148 euros. La marge de délivrance et la marge de sécurité peuvent être facturées de manière cumulative.

ment leur plafond à partir duquel les tickets modérateurs ultérieurs seront remboursés par l'AO. On observe également sur ce même graphique 6 le transfert des suppléments vers les tickets modérateurs.

En moyenne, un patient a déboursé en chirurgie 173 euros par hospitalisation pour le matériel médical (99 euros de suppléments et 74 euros de tickets modérateurs) contre 181 euros (113 euros de suppléments et 68 euros de tickets modérateurs) en 2007.

Graphique 6: Budgets globaux pour le matériel médical et les implants



4.3.5 Répercussions des mesures sur la facture à charge du patient hospitalisé en 2008

- *Introduction du forfait douleur chronique en hôpital de jour non chirurgical (juillet 2007)*
2008 a été la première année complète durant laquelle ce forfait a été octroyé aux hôpitaux de jour pour le traitement de patients souffrant de douleurs chroniques. Ceci a généré une multiplication du nombre d'admissions par plus de deux (119 % de plus qu'en 2007).

- ▶ *Circulaire INAMI pour une attestation plus transparente des « frais divers » (décembre 2007)*
La restructuration du code de nomenclature pour les frais divers et la pression exercée sur les hôpitaux en vue d'une utilisation correcte et sélective de cette rubrique ont porté leurs fruits. En 2008, cette rubrique a diminué de 15 %, de 35 à 30 euros par admission. Plusieurs suppléments d'honoraires ou de matériel cachés et une série de frais de médicaments non remboursés ont donc été à juste titre éliminés des frais divers.

- ▶ *Interdiction de suppléments de chambre après le 15^{ème} jour d'hospitalisation la même année (février 2008)*
Dans la pratique, cette mesure n'a pas été appliquée dans tous les hôpitaux et ne l'a été que pour les jours consécutifs dans le même hôpital. Cette interdiction a été compensée par une augmentation du budget des moyens financiers que l'INAMI paie aux hôpitaux. Les conséquences se font, en toute logique, le plus ressentir dans les services où la durée d'hospitalisation est la plus longue. En gériatrie, le supplément de chambre par admission a diminué en moyenne de 12 %.

- ▶ *Transfert de la « marge de sécurité » des implants de la rubrique « supplément » à la rubrique « ticket modérateur » (juillet 2008) et meilleur remboursement de certains matériels médicaux.*
Les conséquences favorables de ces mesures ont été décrites ci-dessus.

- ▶ *Adaptations en profondeur du remboursement de matériels pour les prestations « phacoémulsification » en ophtalmologie (novembre 2008)*
Le coût d'une intervention ophtalmologique pour le patient est en forte diminution (-17 %). Celle-ci se situe principalement dans la rubrique suppléments de matériel (-39 %), mais également dans les médicaments non remboursables (-18 %), les suppléments divers (-39 %) et les tickets modérateurs sur le matériel (- 8 %).

4.3.6 Récapitulation des tendances observées

La tendance à long terme est relativement explicite et résulte en grande partie d'une politique ciblée des pouvoirs publics, encouragés par les mutualités et d'autres défenseurs des droits du patient. Le prix d'une hospitalisation a évolué dans deux directions. D'une part, il a diminué pour les hospitalisations en chambre commune ou à deux lits, mais d'autre part a considérablement augmenté pour les patients optant explicitement pour une chambre particulière. Le principal facteur expliquant ces deux mouvements est l'importance des suppléments d'honoraires demandés par les médecins. En chambre commune ou à deux lits, ils ont été abandonnés par les médecins en accord avec les gestionnaires d'hôpitaux ou ont été légalement interdits dans un certain nombre de cas.

Par contre, on a assisté à une forte augmentation des suppléments d'honoraires en chambre particulière, échappatoire pleinement exploitée. La forte croissance des suppléments d'honoraires s'est en outre concentrée presque exclusivement dans les services de chirurgie et de maternité. Même si l'on peut applaudir à la stabilisation du coût d'une hospitalisation en chambre commune ou à deux lits, nous devons rester vigilants par rapport aux très grandes différences de prix pour un même traitement. Ces différences pourraient avoir une répercussion quant à la qualité des soins prodigués, le supplément 'rétribuant' non seulement le confort d'une chambre particulière mais aussi l'efficacité du traitement médical. Ceci s'opposerait diamétralement à l'idée de soins de santé en tant que droit fondamental.

4.4 Promotion de la santé

Les activités de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ne datent pas d'hier. C'est en 1976 que la mc s'est lancée dans ce genre d'activités. D'autres mutualités en développent également. Ces activités visent à sensibiliser le public sur différentes thématiques liées à la santé et au bien-être au sens large. Par cette sensibilisation sur les modes et conditions de vie, on essaie de susciter une prise de conscience des personnes par rapport aux moyens, leviers d'action disponibles (au sein de leur environnement physique et social) permettant d'améliorer leur santé et bien-être. Ces activités entrent bien dans le cadre des missions légales des mutualités. En effet, la loi du 6 août 1990 sur les mutualités confirme (article 3c) que les mutualités peuvent organiser des services visant « l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social ».

Les thématiques abordées en promotion de la santé sont nombreuses : alimentation, vie affective et sexuelle, tabac, santé dentaire, activité physique, sportive, ... Bien sûr, les services mutualistes de promotion de la santé appuient, relaient les campagnes de prévention et objectifs définis par les pouvoirs publics, que ce soit au niveau fédéral (ex. Plan national nutrition et santé) ou au niveau des Communautés, qui sont compétentes en matière de 'prévention collective' (ex. campagne de promotion du dépistage du cancer du sein par le mammothest).

Les activités des services de promotion de la santé peuvent prendre différentes formes et agir à différents niveaux :

- ▶ Diffusion d'informations sous forme de brochures, dépliants, articles de presse, réunions et conférences ;

- ▶ Création d'outils pédagogiques destinés à des animateurs de terrain. Ces outils pédagogiques sont très variés : guides méthodologiques, jeux, livres, dossiers, dvd. Les animateurs visés sont d'une part les enseignants (afin de leur permettre d'organiser des activités de promotion de la santé au sein des écoles), d'autre part des personnes 'relais', actives au sein d'associations de terrain (par exemple, afin d'atteindre les publics plus défavorisés).

Tout ce matériel est disponible à la demande. Le matériel développé et les projets d'animation sont mis en place suite à une analyse des besoins du terrain, exprimés par le public cible de ces actions. Pour les mener à bien, le travail des services de promotion de la santé se fait, dès lors, en collaboration avec divers partenaires et réseaux d'intervenants, actifs sur les thématiques choisies. Ces actions peuvent être menées très localement ou à l'échelle d'une Communauté⁽¹⁷⁾. Par exemple, le guide pédagogique « Et toi, tu manges quoi ? », développé par le service francophone de promotion de la santé de la mc, permettant aux enseignants de mener en classe des animations sur l'alimentation des adolescents (alcool, régime, fast-food, ...), a été largement diffusé auprès des écoles de la Communauté française.

Une nouvelle approche de la promotion de la santé est en train de se développer : donner des conseils individualisés via un site internet. Par exemple : dans le cadre de l'action « Kiloetje minder », les mc flamandes ont mis en ligne⁽¹⁸⁾ un 'coach' où on peut s'inscrire afin de recevoir informations, avis et conseils pratiques pour pouvoir garder son poids sous contrôle.

17 On peut se reporter à la revue mensuelle 'Education Santé' (www.educationsante.be), publiée par la mc (et en coordination avec la Mutualité Socialiste) qui présente les concepts, stratégies, méthodes et processus d'évaluation en promotion de la santé ainsi que les initiatives concrètes, tant locales qu'au niveau de la Communauté française.

18 www.kiloetjeminder.be

5 Les Initiatives de Qualité de la mc

Depuis 10 ans, le contexte de la qualité des soins et de la sécurité des patients a fortement évolué en Belgique et dans le monde occidental en général. Le poids économique du secteur de la santé justifie certainement une grande attention à la qualité des pratiques, mais c'est le constat publié, il y a 10 ans par l'*Institute of Medicine* américain, qui a réellement lancé la dynamique. Ce constat concernait les 50 à 100.000 décès évitables chaque année dans les hôpitaux aux USA.

A cette époque-là, la mc a agi en précurseur en lançant une convention de partenariat volontaire avec les hôpitaux francophones du pays, autour des Initiatives de Qualité (IdQ). Chaque IdQ est un projet, mené avec plusieurs hôpitaux autour de thématiques particulières. En ordre dispersé, les hôpitaux ont participé, jusqu'à présent, à des projets comme par exemple : la gestion des transfusions et l'informatisation de la banque de sang, la prise en charge de la douleur postopératoire, la comparaison des pratiques chirurgicales et médicales en cas de rétrécissement artériel, l'éducation du patient diabétique ou la simulation en anesthésie. Les hôpitaux comparent leurs activités et échangent leurs expériences lors de réunions périodiques, organisées par la coordination des IdQ. Celle-ci y apporte des informations provenant des bases de données de la mc, des revues de littérature, des experts ou encore des modèles de travail.

Progressivement, les projets se sont concentrés autour des deux thèmes prioritaires suivants.

- ▶ **L'organisation optimale des processus de soins** s'est organisée au travers du « Réseau Itinéraires Cliniques » (RIC), mis en place avec l'Ecole de Santé Publique (ESP) de l'UCL (www.nkp.be). Ce réseau comporte plusieurs dizaines d'hôpitaux, s'étend en France, en Suisse et au Luxembourg et collabore de façon rapprochée avec le réseau identique en Flandre et aux Pays-Bas. Plusieurs dizaines d'itinéraires cliniques ont été développés pour prendre en charge des patients en orthopédie, en chirurgie cardiovasculaire, en gynéco-obstétrique, en médecine et même en revalidation de longue durée. Depuis 2008, les 3 ESP francophones se sont regroupées pour lancer un projet similaire à propos des transferts de patients à l'intérieur des murs de l'hôpital (TIM).
- ▶ La **gestion des risques hospitaliers** est le deuxième grand pilier des IdQ. Pour le lancer, les IdQ ont d'abord réalisé une analyse approfondie de la gestion des principaux risques dans une dizaine d'hôpitaux. Des modèles français, hollandais et américains ont servi de sources d'inspiration pour organiser des visites d'« accréditation » des hôpitaux. Lors de ces visites, des collègues d'autres hôpitaux utilisent une grille de référence pour identifier les pratiques optimales ou plus problématiques à propos, par exemple, de la prévention des chutes, de la sécurité transfusionnelle ou encore de la planification des activités.

- ▶ Ce projet a donné lieu à une réflexion importante au niveau national sur la manière la plus adaptée d'évaluer et de motiver les hôpitaux à plus de qualité et de sécurité. Un lien quasi direct peut être fait avec les contrats Qualité-Sécurité que le SPF Santé Publique allait proposer aux hôpitaux 3 ans après la clôture de ce projet.
- ▶ Depuis la mise en place de ces contrats – et vu leur succès jusqu'à présent (www.patientsafety.be) – les IdQ les plus récentes se sont données pour objectif de soutenir la démarche des hôpitaux qui cherchent à remplir les clauses des contrats. C'est ainsi que des IdQ ont été organisées sur la planification de la gestion des risques, la notification et la prévention des événements indésirables, la communication entre patients et prestataires de soins dans le contexte du consentement éclairé et plus récemment, la mesure des événements indésirables liés aux médicaments.

Il est très difficile de démontrer qu'un projet de qualité a des effets positifs à long terme. Selon certains, il faudrait une période d'observation de 20 années ou plus. Il est heureusement beaucoup plus facile de démontrer l'intérêt des professionnels de la santé pour la problématique et leur investissement dans le domaine. Depuis 10 ans, les ESP, le SPF Santé Publique et le Réseau Santé Louvain (qui regroupe une trentaine d'hôpitaux) ont participé ou lancé des projets de qualité, parfois à très grande échelle. Plusieurs hôpitaux ont investi dans ces projets, au minimum en argent et en personnel. Les IdQ de la MC sont partenaires de ces projets et ont bénéficié de financements extérieurs pour en réaliser certains.

Le futur n'est pas trop difficile à envisager. De nouveaux partenaires apparaissent avec une proposition de la fédération hospitalière Santhéa et des Mutualités Socialistes de commencer également des projets dans le domaine de la qualité des soins. Le Ministère de la Région Wallonne a récemment exprimé un intérêt majeur dans la réalisation du projet TIM, évoqué plus haut. La multiplicité des intervenants et la complexité du sujet imposent de réfléchir ensemble à un cadre de référence général. On peut penser dans ce contexte aux expériences d'accréditation hospitalière à l'étranger ou avoir recours à des modèles structurants comme celui de l'European Forum for Quality Management (EFQM). Des contacts sont déjà pris en ce sens.

6 Exploitation des données administratives des organismes assureurs

Afin de mener à bien leurs missions légales, liées à l'exécution de l'AO, les organismes assureurs détiennent de nombreuses données administratives. Ces dernières couvrent à la fois des données détaillées de facturation (chaque prestation de soins de santé remboursée fait l'objet d'un code spécifique, repris dans une nomenclature qui en compte près de 10.000) et des données propres aux assurés sociaux (âge, sexe, statut social, ...). Certes, ces données ont des limites : elles ne comportent pas de données de diagnostic en tant que telles. Toutefois, elles permettent de faire bien des analyses et études, contribuant ainsi au suivi et à l'amélioration de notre système de santé. Afin de mieux exploiter cette masse considérable de données, de la rendre plus accessible, diverses initiatives **collectives** ont été prises ces dernières années.

6.1 L'Agence Intermutualiste (AIM)

L'AIM est une association sans but lucratif qui regroupe tous les organismes assureurs. Elle a été créée en 2002⁽¹⁹⁾ et a pour but de collecter et analyser les données administratives des OA. L'AIM peut agir en ce sens de sa propre initiative ou à la demande d'institutions comme l'INAMI, les SPF Santé Publique et Sécurité Sociale, le Centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE). Le Conseil d'administration de l'AIM est d'ailleurs composé de représentants de ces institutions ainsi que de représentants des 7 OA.

Comme l'indique l'AIM dans son *'mission statement'* : « L'AIM [...] peut offrir tout un éventail de services allant de la simple mise à disposition de données brutes, à la fourniture ou la mise à disposition de fichiers déjà traités dans le cadre d'une finalité déterminée ou encore à la réalisation effective d'études en sous-traitance ». Outre les partenaires légaux, ci-dessus mentionnés, l'AIM est également ouverte à des projets de recherche en collaboration avec d'autres partenaires (chercheurs universitaires, autres institutions publiques).

Concrètement, par rapport à un projet déterminé, chaque OA procède à la sélection des données demandées selon un schéma standardisé. Les fichiers produits sont doublement cryptés et rassemblés par un organisme intermédiaire. Ensuite, ils sont mis à disposition de l'équipe de recherche (dont font généralement partie des collaborateurs de différentes OA) par la cellule de coordination de l'AIM qui veille à la qualité des données livrées et assure la gestion des accès à ces informations. Tout l'intérêt de l'AIM est qu'ainsi des données exhaustives (pour l'ensemble des assurés sociaux inscrits auprès des OA) peuvent être rassemblées et analysées.

19 Reconnaissance légale via la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 (art 278 et suivants).

Par exemple, l'AIM produit régulièrement, depuis 2002, un rapport d'évaluation concernant le dépistage du cancer du sein. A partir de 2001, un programme de dépistage organisé a été mis en place sur tout le territoire belge. Il s'agit d'offrir, gratuitement, aux femmes de 50 à 69 ans une mammographie de dépistage appelée mammothest (normalement à faire tous les deux ans). Ces rapports (jusqu'ici, 6 rapports ont déjà été produits) ont pour but de suivre l'évolution de ce programme par période de deux années : estimation de la couverture de dépistage, des taux de recrutement, de fidélisation et de population perdue, de l'impact du dépistage organisé sur le dépistage 'opportuniste' (réalisé en dehors du programme, via une mammographie diagnostique, accompagnée éventuellement d'autres examens). Dans ces rapports, l'AIM porte aussi son attention sur certains critères de qualité comme le pourcentage de biopsies et de tumorectomies et les délais associés, ainsi que sur les aspects financiers des choix faits par les prestataires de soins concernés. Tous ces résultats permettent de mieux appréhender le comportement des femmes face au dépistage organisé ou 'opportuniste'. Ils sont disponibles au niveau national, mais aussi par région, province, arrondissement et commune, sur le site internet de l'AIM (www.nic-ima.be).

Au-delà de rapports d'évaluation, utiles aux institutions, l'AIM réalise également certains feedbacks (antibiotiques, suivi prénatal, ...) envoyés par l'INAMI aux prestataires de soins, dans le cadre de la promotion de la qualité. Dernièrement, un feedback sur le dépistage du cancer du sein a été envoyé à 14.000 médecins généralistes, gynécologues, radiologues et aux maisons médicales. Ce feedback leur a fourni de l'information quant à leur patientèle éligible pour le programme de dépistage et la couverture de cette dernière selon les différentes possibilités de dépistage. L'idée de ce feedback est ainsi de sensibiliser les prestataires au dépistage du cancer du sein⁽²⁰⁾, via le programme organisé (moins cher que le dépistage 'opportuniste').

6.2 L'Echantillon Permanent (EPS)

Nouvel outil né en 2005, l'EPS est une base de données, constituée à partir d'une cohorte longitudinale d'environ 305.000 personnes pour lesquelles les données administratives des OA (données de facturation et socio-démographiques) sont rassemblées et complétées d'une année à l'autre (à partir de 2002). Ces personnes ont été choisies au hasard mais sont bien représentatives de l'ensemble de la population des assurés sociaux en Belgique. Un premier échantillon de base a été formé par la sélection d'une personne sur 40. Un échantillon complémentaire est composé d'une personne sur 40 parmi les personnes âgées de 65 ans et plus. Cette surreprésentation des plus âgés (au final : 1/20 au lieu d'1/40) a été voulue afin d'augmenter la précision des informations pour cette partie de la population. A noter qu'une même personne ne restera dans l'échantillon que pour une période de 10 années maximum.

20 Selon le dernier rapport de l'AIM (voir Fabri et Remacle (2009)), la couverture totale atteint, globalement, 59 % de la population cible, après le troisième tour 2005-2006. L'objectif à atteindre est fixé à 75 %. Enfin, 28 % des femmes entre 50 et 69 ans sont dépistées par le programme organisé de mammothest.

Physiquement, les données sont hébergées par l'AIM qui en assure la gestion technique et fonctionnelle. Les données individuelles alimentant l'EPS proviennent des OA. Avant d'aboutir à l'AIM, l'identification des individus composant l'échantillon est doublement cryptée, d'une part par les organismes assureurs d'autre part par un organisme intermédiaire.

L'utilisation de l'EPS est réglementée par l'arrêté royal du 9 mai 2007 qui crée un organe de gestion spécifique à cet effet : la Commission technique de l'échantillon permanent (CTPS). La CTPS veille à la qualité des données (respect des critères d'exhaustivité, de représentativité, continuité du soutien technique, accessibilité), et au respect de la vie privée. Cet organe est composé de représentants de l'AIM, de l'INAMI, du KCE, du Bureau fédéral du Plan, du SPF Santé Publique - y compris l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) -, du SPF Sécurité Sociale, ainsi que de représentants de la Commission de la protection de la vie privée. L'accès aux données de l'EPS est permanent, via une connexion sécurisée, pour cinq partenaires : INAMI, KCE, Bureau fédéral du Plan et les SPF Santé Publique (ISP compris) et Sécurité Sociale. Mais l'EPS est également accessible à des tiers dans le cadre de projets de recherche spécifiques. C'est la CTPS qui approuve les demandes.

Tableau 4: L'échantillon Permanent - en résumé

Nombre de personnes suivies	305.000
Années suivies	De 2002 à 2008
Durée du suivi	Max. 10 années successives
Nombre d'enregistrements	30 à 35 millions par année
Nombre de variables	Données de soins de santé : 128 Données de population : 67
Volume	Environ 7 gigabytes de données de base [°] par an Environ 16 gigabytes de données de base plus variables dérivées ^{°°}

Source : Mertens & Preal (2009)

[°] données originellement envoyées par les organismes assureurs

^{°°} nouvelles données ('flags') déduites des données originales (par exemple : arrondissement, catégories d'âge, de coûts, ...)

Enfin, les données de l'EPS peuvent être enrichies avec d'autres données. Cela a récemment été fait dans le cadre d'une étude du KCE (actuellement en cours) sur le statut OMNIO⁽²¹⁾ : les données fiscales (provenant du SPF Finances) ont été couplées aux données de l'EPS. Ceci a pu être fait moyennant une autorisation spécifique de la Commission pour la protection de la vie privée. L'ensemble des données ainsi rassemblées permettra de faire le bilan de ce dispositif particulier de l'AO, d'examiner son efficacité et de faire des propositions d'amélioration (dont l'impact budgétaire pourra être estimé grâce à des simulations).

Pour Mertens & Preal (2009), « les possibilités de l'échantillon permanent en matière de production d'informations stratégiques pertinentes n'ont été exploitées que de façon très limitée. Il faut sans doute s'attendre à ce qu'il devienne au fil des ans un instrument indispensable pour les autorités et nombre d'autres chercheurs dans le secteur. **Ses atouts sont la disponibilité permanente, la représentativité, la bonne maniabilité par rapport à son importance et surtout le niveau de détail et le caractère longitudinal des données** ».

21 Ce statut étend le droit à l'intervention majorée de la part de l'AO aux ménages dont les revenus sont faibles (en dessous d'un certain plancher).

7 L'assurance complémentaire

Au-delà de l'AO, la loi du 6 août 1990 sur les mutualités oblige ces dernières à organiser également au moins un service d'assurance complémentaire (AC). Ce champ d'actions permet aux mutualités de prendre de nombreuses initiatives et de se différencier entre elles (l'AC n'étant pas identique d'une mutualité à l'autre). Enfin, sur le terrain spécifique des assurances complémentaires en rapport avec des séjours hospitaliers, mutualités et entreprises d'assurances entrent directement en concurrence.

7.1 Description générale de l'AC des mutualités

L'AC des mutualités apparaît comme le prolongement, le complément naturel de l'AO. Avec l'AC, les mutualités peuvent pallier à ses limites, voire anticiper les développements de la couverture obligatoire (exemple : certains vaccins ont d'abord été remboursés en AC puis intégrés à l'AO). Les services d'AC répondent à une logique non marchande et ne se cantonnent pas à des interventions purement financières. Leur terrain d'action est plus large et vise le bien-être global des membres.

L'originalité fondamentale des mutualités est leur capacité à pouvoir mettre en place des systèmes d'interventions sur la base de la **solidarité** entre leurs membres. Les mutualités (pour la plupart) y arrivent en rendant, statutairement, l'affiliation obligatoire à ces services. C'est grâce à cette solidarité entre tous les membres, que les mutualités peuvent offrir des services diversifiés et intéressants à tous leurs affiliés (en ordre de cotisation), sans sélection ni exclusion.

Ces services rendus obligatoires sont globalisés en un ensemble proposé à tous les affiliés. Mais, il n'y a pas d'uniformité : ce paquet varie d'une mutualité à l'autre⁽²²⁾, tant au niveau de son contenu qu'au niveau de la cotisation, car chaque mutualité agit en toute autonomie. Ce sont, en effet, les représentants des affiliés siégeant à l'Assemblée Générale de chaque entité mutualiste qui décident de l'instauration d'un nouveau service, de son évolution ultérieure. Au niveau de la tarification, la différenciation des cotisations est très limitée (selon le statut chef de famille, isolé), voire absente.

Les mutualités organisent également des services sur une base purement facultative. Ici, les effectifs couverts sont plus restreints et une certaine sélection des risques devient possible. Ainsi, pour une assurance 'hospitalisation', la mutualité qui organise ce genre de service peut imposer des conditions à l'affiliation : remplir un questionnaire médical, ne pas dépasser une certaine limite d'âge, ...

²² Ces dernières années, on note toutefois une tendance de la part des mutualités faisant partie d'une même union nationale à mettre de plus en plus en place des services uniformes, gérés en commun au sein de sociétés mutualistes créées à cet effet.

De même, du côté de la tarification, les cotisations peuvent varier en fonction de tranches d'âge.

Toutes ces activités sont contrôlées par l'Office de contrôle des mutualités (OCM) qui veille au respect des règles administratives, comptables et financières (notamment la constitution des fonds de réserves), qui approuve les statuts des mutualités où doivent être repris la description des services et des avantages octroyés. Si la situation financière d'un service devient précaire, l'OCM peut obliger la mutualité en cause à présenter un plan de redressement, voire lui en imposer un.

7.2 L'assurance complémentaire des mutualités en quelques chiffres

Les informations mentionnées au tableau 5 reprennent les cotisations et prestations pour quelques grandes catégories de services liés à la santé ou au bien-être des membres. La première ligne du tableau 5 est mentionnée pour mémoire. En effet, à partir de 2008, les services facultatifs organisant le remboursement des 'petits risques' des indépendants sont supprimés puisque ces prestations de soins de santé sont intégrées à l'AO des indépendants. Compte non tenu des 'petits risques', les prestations sont alors de l'ordre de 570 millions d'euros en 2007. Ce qui est relativement faible par rapport à l'importance du budget global de l'AO.

Nous aborderons les services liés à l'hospitalisation au point suivant. Quelques mots d'explication sur les autres grandes catégories mentionnées dans le tableau 5.

- ▶ Le **transport des malades** est organisé par l'ensemble des mutualités en Belgique. Il est susceptible d'intervenir dans les frais relatifs à divers types de transport : les frais de transport de malades ou blessés qui ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens, les frais de déplacement en faveur des affiliés qui ont des déplacements fréquents à faire pour des traitements à l'hôpital, pour des consultations de spécialistes, pour des examens, ... Pour mettre en place ce genre de service, les mutualités ont recours à diverses possibilités : organisation du transport par la mutualité elle-même, via des transporteurs avec lesquels les mutualités ont des accords de collaboration (les mutualités remboursent alors directement le transporteur selon un tarif fixé), remboursement sur la base de la facture délivrée par le transporteur.

- ▶ Le service des **soins à l'étranger** (Eurocross) est organisé par les cinq unions nationales. Ce service est en fait théoriquement facultatif (dans le chef des mutualités). Comme la plupart des mutualités ont adhéré au service organisé par leur union nationale, une très large majorité de la population en bénéficie (**9.835.169** personnes couvertes en 2006). Les activités de ce service sont principalement : l'assistance, l'aide médicale d'urgence, le rapatriement en cas de nécessité, et ce pour ceux qui tombent malades ou sont victimes d'un accident lors d'un séjour à l'étranger (on vise les séjours de vacances) ; l'intervention dans les frais de soins de santé, prestés à l'étranger, à condition que ces soins soient urgents.

- ▶ Les **services divers** sont organisés par les unions nationales, les mutualités, les sociétés mutualistes et sont généralement d'affiliation obligatoire pour les membres. On en recense près d'un millier. On peut y identifier (par ordre d'importance, en % des cotisations prélevées en 2007 et affectées aux services divers) :
 - ▷ 32,5 % - remboursements liés à des *soins médicaux, paramédicaux* : logopédie, pédicure, orthodontie, matériel de soins, prothèses, médecines alternatives ...

 - ▷ 14,5 % - services de *bien-être* (vacances pour jeunes, aides et activités pour les malades, handicapés, invalides, pensionnés, éducation à la santé, ...). Dans l'optique de l'épanouissement complet des membres, un certain nombre de mutualités ont pris l'initiative d'organiser des services et des mouvements pour et avec les jeunes, les femmes, les malades, les invalides, les handicapés et les retraités. La principale mission de ces services consiste à promouvoir l'intégration sociale de ces groupes cibles.

 - ▷ 11,1 % - *indemnités uniques* (versées en cas de naissance, adoption, ...).

 - ▷ 8 % - remboursements liés *aux soins à domicile* : aide familiale et aux personnes âgées, garde à domicile d'enfants malades, de malades chroniques, service de prêt de matériel, ...

 - ▷ 2,9 % - services d'*informations* et d'assistance aux membres (information périodique des membres, assistance juridique, ...).

 - ▷ 2,8 % - services liés à des *soins intramuraux* : cures de convalescence, séjours en préventorium, court séjour en institution, ...

Tableau 5: AC des mutualités

en milliers d'euros	1997	2007	croissance annuelle moyenne de 1997 à 2007	1997	2007	croissance annuelle moyenne de 1997 à 2007
	cotisations			prestations		
petits risques' des indépendants °°	242.645,6	262.160,6	0,8%	251.978,81	296.466,10	1,6%
hospitalisation - services obligatoires	26.435,4	28.212,0	0,7%	24.714,98	25.191,20	0,2%
hospitalisation - services facultatifs	89.705,2	257.883,7	11,1%	72.159,33	189.593,00	10,1%
transport des malades	23.525,1	41.933,2	6,0%	24.843,89	41.204,60	5,2%
soins à l'étranger	12.860,7	22.729,3	5,9%	8.825,01	17.399,10	7,0%
services divers	137.449,5	336.369,9	9,4%	148.817,92	300.757,90 °	7,3%
Total =	532.621,5	949.288,7	5,9%	531.339,94	870.611,90	5,1%

Source : rapports de l'ocm

°Y compris les 'transferts à des entités liées et à des entités avec lesquelles il existe un accord de collaboration'. Avant 1998, cette dernière rubrique et celle des prestations aux membres n'étaient pas différenciées et il n'apparaissait, dans le compte de résultats globalisé des mutualités, qu'un montant global repris sous forme de 'prestations aux membres'.

°°Services supprimés à partir de 2008, suite à l'intégration des 'petits risques' au sein de l'ao des indépendants.

7.3 Assurances 'hospitalisation'

7.3.1 Proposition des mutualités

Comme on l'a vu, les mutualités organisent tant des services d'affiliation obligatoire que facultative en rapport avec les séjours hospitaliers.

- ▶ Du côté des services obligatoires, on ne compte pas moins de **28** entités mutualistes disposant de pareils services, fin 2007. Généralement, les services obligatoires octroient aux membres hospitalisés une intervention journalière forfaitaire (moins de **12,4** euros par jour, dans la plupart des cas). Mais on trouve également des services qui prennent en charge, partiellement, les frais réellement exposés.
- ▶ Les services facultatifs sont très répandus : on recense près de **42** entités mutualistes qui organisent des services de ce genre. Ces services connaissent une croissance soutenue : l'encaissement progresse de près de **10 %** par an. Ils existent sous deux variantes :
 - ▷ ou bien il s'agit d'une intervention forfaitaire par journée d'hospitalisation (qui se situe en général entre **12 et 30** euros par jour),

- ▷ ou bien l'intervention est fonction des frais réellement exposés et restant à charge du patient lors de son séjour hospitalier. Certaines interventions peuvent être limitées (par exemple, le remboursement des suppléments d'honoraires), une franchise peut être demandée (pe : en chambre privée).

Environ la moitié des services appartiennent à cette dernière catégorie. Ce sont ces services facultatifs qui entrent directement en concurrence avec les assurances 'hospitalisation' des entreprises d'assurances.

La loi du 11 mai 2007 vient renforcer la sécurité juridique des affiliés. Et c'est là une distinction importante avec les assurances 'commerciales' : une mutualité ne peut refuser l'affiliation en raison de maladies ou affections préexistantes. Ces dernières doivent faire l'objet d'une intervention (qui peut être limitée, forfaitarisée). De plus, elles ne peuvent pas donner lieu à une majoration des cotisations pour les personnes concernées. L'affiliation ne peut également plus être refusée aux personnes de moins de 65 ans. Enfin, les conditions de couverture ne peuvent être modifiées que sur base d'éléments objectifs, durables et de manière proportionnelle à ces éléments. C'est l'ocm qui apprécie ces éléments. Même principe pour l'augmentation des cotisations.

Comme on le voit au tableau 6, ces dernières années, les services mutualistes en matière d'hospitalisation dégagent, globalement, des bonis (après dotation aux fonds de réserves). En fait sur la période 1992 à 2007, on note que les services obligatoires ont été en mali en 2002 et 2003. Au cours de cette même période, les services facultatifs ont toujours été globalement en boni. Cela dit, la situation varie selon les mutualités. En 2007, sur les 42 entités mutualistes proposant des services facultatifs, on en compte 7 qui clôturent l'exercice avec un mali mais aucune avec un mali cumulé.

Tableau 6: Assurance 'hospitalisation' des mutualités, quelques postes du compte de résultats agrégé

en millions d'euros	services obligatoires			services facultatifs		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Cotisations (1)	29,8	29,4	28,2	194,0	223,3	257,9
Prestations	29,9	27,3	25,2	154,6	174,1	189,6
Frais de fonctionnement (2)	2,1	2,7	2,0	19,5	21,1	24,6
Boni/mali de l'exercice	0,9	4,1	4,6	9,2	9,8	24,1
Ratio : (2) / (1)	6,9%	9,1%	7,1%	10,0%	9,4%	9,6%

Source : ocm, rapport annuel 2008

7.3.2 Proposition des entreprises d'assurances

Vu la concurrence intense entre mutualités et entreprises d'assurances, nous présentons ci-après les activités organisées par ces dernières dans le cadre de leur branche maladie. Cette branche comprend divers sous-secteurs, selon le type de contrat (individuel ou collectif⁽²³⁾) et la nature des risques couverts. Nous nous concentrons spécifiquement sur les sous-secteurs⁽²⁴⁾ en rapport avec les assurances 'soins de santé'. Il s'agit de couvertures intervenant pour des frais de santé parmi lesquelles on trouve essentiellement des contrats d'assurance 'hospitalisation'.

Les couvertures proposées varient beaucoup d'un assureur à l'autre. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une couverture des frais réellement encourus. L'accès à ce genre d'assurance se fait via un examen médical (un questionnaire médical doit être rempli). Un âge maximum d'affiliation est généralement appliqué (exemple : 65 ans). La tarification se fait en fonction de l'âge de l'assuré, parfois le domicile intervient également (quelques assureurs pratiquent des surprimes vis-à-vis des assurés résidant dans la région de Bruxelles).

En terme d'encaissement, les entreprises d'assurances 'pèsent' 3 fois plus lourd que les services hospitalisation des mutualités. La progression de cet encaissement sur la décennie 1998 à 2008 est de l'ordre de **11 à 12 %** par an. Derrière cette croissance, il y a des hausses de primes (parfois importantes⁽²⁵⁾) mais également la progression du nombre d'assurés. Alors qu'en 2001, les entreprises d'assurances couvraient 3,9 millions d'assurés, « en 2008, le cap des 5,3 millions a été franchi » (d'après Assuralia (2009), p. 35). La plupart sont couverts dans le cadre de contrats collectifs : ce type de couverture fait de plus en plus partie de la politique de rémunération de l'employeur, en tant qu'avantage extra-légal octroyé au personnel.

23 Contrats souscrits par les employeurs au profit de leur personnel.

24 Les autres sous-secteurs de la branche maladie concernent des assurances 'revenus garantis' (compensant la perte de revenus en cas d'incapacité de travail), des assurances 'autonomie' (octroyant une rente en cas de dépendance).

25 D'après Test-Achats (voir Coteur et al. (2009)), les primes ont fortement augmenté ces dernières années : 50 %, 100 %, voire 200 %. Un index médical devrait, à l'avenir, encadrer l'adaptation des primes.

Tableau 7: Assurances 'soins de santé' des entreprises d'assurances, quelques postes du compte de résultats agrégé

en millions d'euros	contrats individuels			contrats collectifs			ensemble		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Primes acquises (1)	266,8	294,5	320,7	413,7	460,6	502,7	680,5	755,1	823,4
Prestations	156,6	174,3	183,4	360,6	394,0	426,1	517,1	568,3	609,5
Frais d'administration et de gestion ° (2)	34,0	36,3	40,5	71,9	78,3	74,9	105,9	114,6	115,3
Commissions d'acquisition (3)	39,2	42,7	46,5	11,5	12,8	14,6	50,8	55,6	61,1
Solde technico-financier	2,6	-2,1	-0,6	-27,3	2,2	-22,8	-24,7	0,0	-23,5
Ratio : (2) / (1)	12,8%	12,3%	12,6%	17,4%	17,0%	14,9%	15,6%	15,2%	14,0%
Ratio : (2+3) / (1)	27,5%	26,8%	27,1%	20,2%	19,8%	17,8%	23,0%	22,5%	21,4%

Source : CBFA, statistique des opérations d'assurance directe non-vie en Belgique

° frais de gestion lié à l'acquisition, frais internes de gestion de sinistres, frais d'administration.

Au tableau 7, nous reprenons quelques indications chiffrées en rapport avec les assurances 'soins de santé'. On peut y remarquer que les frais d'exploitation sont considérables : en 2008, les frais d'administration et de gestion sont de l'ordre de **13 à 15 %** de l'encaissement. Si on y ajoute les commissions d'acquisition (rémunérant les intermédiaires d'assurances), on arrive à **27 %** des primes acquises pour les contrats individuels, **18 %** pour les contrats collectifs. Enfin, soulignons les soucis de rentabilité de cette activité : le solde technico-financier (après prise en compte des produits des placements) est plus souvent négatif que positif. D'ailleurs, pour les contrats collectifs, sur la décennie 1998 à 2008, le résultat global n'a été positif que deux fois : en 1998 et 2007.

Les suppléments d'honoraires ne sont pas étrangers à cette situation. En effet, comme on l'a vu au point 4.3., ci-dessus, présentant les frais hospitaliers à charge des patients, si la facture hospitalière est globalement assez stable ces dernières années, il n'en va pas de même des suppléments d'honoraires en chambre privée qui ont doublé en 10 ans. Les couvertures des entreprises d'assurances sont plus sensibles que celles des mutualités à ce type de frais : alors que les services mutualistes limitent, généralement, le remboursement des suppléments d'honoraires à 100, 200 % du tarif officiel de l'Ao, les entreprises d'assurances interviennent davantage. Du fait des mesures prises tendant à limiter, supprimer les suppléments d'honoraires en chambre à deux lits et commune, il ne reste alors que les séjours hospitaliers en chambre privée comme opportunité pour facturer des suppléments d'honoraires. Or, le fait d'être 'bien' couvert en chambre privée est un incitant majeur quant au choix de ce type de chambre ...

7.3.3 Evolution législative récente

Suite à une plainte de l'association professionnelle des entreprises d'assurances (Assuralia), la Commission Européenne a enclenché, fin 2006, une procédure de mise en demeure vis-à-vis de la Belgique à propos de la législation régissant les services complémentaires des mutualités. La Commission considère que cette législation n'est pas conforme aux directives européennes relatives à l'assurance non-vie. Les arguments de la Belgique (défendant le cadre légal existant) n'ont pas été acceptés, de sorte que la Commission demande, dans un avis motivé, que la législation belge soit adaptée. Pour ce faire et à la demande du gouvernement belge, les mutualités ont négocié un compromis avec les entreprises d'assurances. Il a pour but de mieux délimiter l'assurance complémentaire des mutualités et de répondre aux exigences de la Commission. Ce compromis a été atteint en septembre 2008. Il acte les points importants suivants :

1° Les services complémentaires *obligatoires*, organisés par les mutualités, sont inchangés et restent bien soumis à la loi sur les mutualités. Des critères supplémentaires, définissant ces services, seront précisés dans la loi : accessibilité quel que soit l'âge, le sexe ou l'état de santé, couverture des états préexistants, pas d'exclusion, cotisations forfaitaires (non segmentées et calculées par répartition). Il est ainsi confirmé que ces services ont un rôle d'intérêt général.

2° Les *services facultatifs 'hospitalisation'* des mutualités devront être organisés par une entité distincte (une société mutualiste) et être soumises aux mêmes règles que les entreprises d'assurances. Dès lors, les sociétés mutualistes seront intégrées aux différentes législations sur les assurances de sorte que la concurrence sera bien égale pour tous les opérateurs. Avec l'application de ces règles financières et fiscales (constitution des réserves, garanties, solvabilité, taxe de 9,25 %) aux sociétés mutualistes, on peut s'attendre à certaines hausses des cotisations. Enfin, les assurances facultatives 'hospitalisation' gérées par les mutualités ne peuvent être offertes qu'à leurs membres et via leur réseau propre.

Le compromis a été accepté par la Commission. La législation belge a été adaptée il y a quelques mois par la Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire. Comme l'indique Derieuw (2008), « La mise en demeure de la Commission européenne a brutalement réveillé le monde mutualiste. Le modèle belge des soins de santé, dans le cadre duquel les mutualités jouent un rôle important, est confronté aux règles de jeu européennes du marché unique ».

8 En guise de conclusion

Les initiatives, activités et missions des mutualités sont très variées, tant au niveau de l'assurance obligatoire des soins de santé qu'au niveau des services développés en assurance complémentaire. Mais, au travers de tous les exemples présentés, une constante se dessine : il ne s'agit pas seulement de rembourser des soins, d'exécuter correctement et fidèlement des législations complexes. Les mutualités participent au développement même des soins de santé dans le but qu'ils soient accessibles à tous. Vu la complexité du système de soins de santé, les efforts des mutualités en matière d'informations et de conseils vis-à-vis de leurs membres sont essentiels : ces informations peuvent faire la différence quant à la facture qu'ils auront à payer, peuvent les aider à améliorer leur santé et bien-être. Mais des initiatives se dirigent aussi vers les institutions de soins et les prestataires : par l'exploitation des données administratives, des analyses, études et feedbacks individualisés sont produits, contribuant ainsi à questionner les pratiques et à améliorer notre système de santé. En la matière, l'Agence intermutualiste et son échantillon permanent ont un bel avenir. Dans toutes ces initiatives, le souci de la qualité des soins n'est pas absent. La MC a d'ailleurs innové en lançant un partenariat avec hôpitaux autour d'initiatives de qualité.

La crise actuelle met particulièrement la sécurité sociale sous pression et, pour l'avenir des soins de santé, les défis sont considérables : vieillissement de la population, coût croissant des nouvelles technologies médicales, tendance à la 'marchandisation' de la santé (avec tous les risques de dualisation que cela comporte), ... C'est donc à un véritable enjeu de société auquel nous faisons face (que ce soit en matière de santé ou de bien d'autres risques sociaux). Continuons-nous à investir collectivement et solidairement dans la sécurité sociale, à faire appel à des organismes capables d'exercer leur mission de service public sans esprit de lucre ? Pour la couverture des soins de santé, les mutualités démontrent un savoir-faire certain en la matière. Les pouvoirs publics (belges ou européens) ne peuvent négliger cet état de fait quant à leurs projets de réforme de notre système de soins de santé.

9

Abréviations

AC	Assurance complémentaire
AIM	Agence Intermutualiste Intermutualistisch Agentschap
AO	Assurance obligatoire soins de santé
CBFA	Commission bancaire, financière et des assurances Commissie voor het bank-, financie- en assurantiewezen
CTPS	Commission technique de l'échantillon permanent Technische commissie van de permanente steekproef
EPS	Echantillon Permanent Permanente Steekproef
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
MAF	Maximum à facturer Maximumfactuur
OA	Organisme assureur Verzekeringsinstelling
OCM	Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen

10 Glossaire

MAF

Le maximum à facturer est un dispositif de l'assurance obligatoire soins de santé (AO) permettant de limiter la charge de tickets modérateurs que les ménages doivent payer. Dès que la somme de tickets modérateurs dépasse un certain plafond, les tickets modérateurs ultérieurs sont pris en charge par l'AO. Le plafond à appliquer dépend des revenus et/ou du statut du ménage. On distingue le MAF-social du MAF-revenus. Le premier concerne certaines catégories sociales déterminées et un seul plafond est, ici, d'application (450 euros). Dans le second, 5 plafonds (de 450 à 1.800 euros) sont définis en fonction des revenus nets imposables du ménage. Le plafond à appliquer croît selon la tranche de revenus à laquelle le ménage appartient.

Ticket modérateur, intervention majorée, honoraire et supplément d'honoraire

La nomenclature des soins de santé reprend la valeur des honoraires fixés par les accords et conventions passés avec les prestataires de soins. C'est par rapport à ce tarif ou barème officiel que l'intervention de l'ao est déterminée. La différence entre l'honoraire figurant à ce barème officiel et l'intervention de l'ao constitue le ticket modérateur. Pour certaines catégories sociales, l'intervention étant plus élevée, ce ticket modérateur sera moindre : ce sont les bénéficiaires de l'intervention majorée (on parle aussi de régime préférentiel) qui représentent environ 14 % de la population. Ce que le patient paie au-delà du montant de l'honoraire figurant au barème officiel correspond au supplément d'honoraire. Ces suppléments sont souvent exprimés en % du montant de l'honoraire figurant au barème officiel.

11 Bibliographie

Assuralia, 2009, Chiffres clés et principaux résultats de l'assurance belge en 2008, *AssurInfo* 33.

Agence Intermutualiste, 2005, Mission Statement et Critères de sélection des missions.

Document disponible sur : [http://www.nic-ima.be/library/documents/presentation/Mission%20statement%20F%20IMA%202005%2001%2020\(1\).pdf](http://www.nic-ima.be/library/documents/presentation/Mission%20statement%20F%20IMA%202005%2001%2020(1).pdf)

Coteur, J.P., Moriau, A. and Nauwelaers I., 2009, Hospitalisatieverzekering - Comfortabel, maar duur ..., *Budget & Recht* 207, 8-11.

Cour des comptes, 2006, Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé. Rapport de la Cour des comptes transmis à la Chambre des représentants (Cour des comptes, Bruxelles).

Disponible sur : http://www.ccrek.be/docs/Reports/200%2006_05_SoinsDeSante.pdf

Crommelynck, A. & Wantier, M., 2007, Les factures d'hospitalisation : évolution après deux ans d'existence du module de comparaison on line sur mc.be, *MC-Information*s 228, 3-8.

Derieuw, S., 2009, Procédure de mise en demeure par la Commission européenne : état de la situation, *MC-Information*s 233, 25-27.

Gaussin, C., 1999, La responsabilité financière des organismes assureurs en Belgique, *MC Information*s 187, FICHE INFO.

INAMI, 2009, Progression positive de la prescription bon marché chez les médecins et les dentistes : quasi tous les prescripteurs prescrivent au-dessus du seuil fixé (INAMI, Communiqué de presse du 3 novembre 2009).

Cornelis, K., 2007, Des grandes différences dans la consommation de médicaments en maisons de repos, *MC-Information*s 229, 3-6.

Fabri, V. & Remacle, A., 2009, Programme de dépistage du cancer du sein – Comparaison des trois premiers tours 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006 (Agence Intermutualité, rapport n°6, Bruxelles).

Mertens, R. & Preal, R., 2009, L'échantillon permanent : un eldorado pour épidémiologistes ?, *MC-Information*s 236 : 33-35.

Proesmans, H. & Van Tichelen, B., 1996, Quelles alternatives pour des médicaments moins chers ?, *MC-Information*s, Edition spéciale 1.

van de Ven, W.P.M.M., Beck, K., Van de Voorde, C., Wasem, J. & Zmora, I., 2007, *Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later*, *Health Policy* 83(2-3), 162-179.

Vandercammen, 2008, La consommation des ménages à revenu modeste (CRIOC, Bruxelles).

