

Cette dame est à jeter ?

La responsabilisation financière des mutuelles : une évolution à préserver des dérives

Des mutuelles financièrement responsabilisées. Pourquoi ?

Le principe de responsabilisation financière des organismes assureurs consiste à leur faire supporter tout ou une partie des résultats de la gestion du système d'assurance maladie-invalidité. Lorsque le budget de l'AMI¹ est en bonus, les organismes assureurs perçoivent une partie de ce bonus, tandis qu'en cas de malus budgétaire, il leur appartient de supporter une partie du déficit.

La loi du 9 août 1963 instaurant l'assurance maladie-invalidité obligatoire prévoyait déjà que les organismes assureurs devaient compenser, via leur propre budget, un éventuel écart entre recettes et dépenses. Ce mécanisme devait se traduire par une diminution des frais de fonctionnement ou par une augmentation des cotisations réclamées à leurs affiliés. Ce système ne fut jamais appliqué, l'Etat continuant à honorer la totalité des paiements occasionnés par la consommation médicale, les mutuelles n'assurant qu'un rôle de courroie de transmission entre la « manne publique » et la population des consommateurs de soins. Parallèlement, on comptabilisait annuellement, de manière purement théorique, les boni et mali de chaque organisme assureur.

Il importe de préciser à cet égard que les ressources imputées virtuellement aux différents organismes assureurs proviennent principalement des cotisations sociales de leurs affiliés respectifs et d'une intervention de l'Etat (pour les personnes qui ne cotisent pas, comme par exemple les chômeurs, les invalides, les pensionnés, les veuves, les minimexés). Les dépenses, elles, sont remboursées aux assurés ou aux prestataires via le système du tiers-payant, sur base des attestations de soins donnés.

Or, la structure de la population assurée varie sensiblement entre les différents organismes assureurs. Ce qui a pour conséquence immédiate qu'une mutualité composée de plus de personnes à faible revenu, minimexées ou invalides par exemple perçoit des recettes théoriques proportionnellement plus faibles pour ses affiliés

en raison de cotisations sociales moindres. La part décroissante au fil des années de l'intervention de l'Etat ne fait qu'accentuer ces disparités.

Les risques de maladie des assurés qui se trouvent dans une situation sociale fragile ou dans des tranches d'âge élevées étant plus importants, on comprend aisément les implications sous-jacentes à un tel système de comptabilisation des « boni » ou « mali » : plus une mutualité comprend des affiliés provenant de catégories défavorisées, plus ses dépenses sont élevées et moins ses recettes sont importantes. Et inversement...

Via ce mécanisme de transmission des flux financiers et indépendamment de leur efficacité en termes de gestion, certaines mutualités ont accumulé au fil des ans un « déficit » comptable, du fait de la structure de leur population affiliée. A l'opposé, d'autres accumulaient tout aussi fictivement un « surplus ».

Le remplacement de ce système par le mécanisme de « responsabilisation financière » actuellement en oeuvre relève de la conjonction de plusieurs facteurs :

- premièrement, une volonté générale de « responsabiliser » l'ensemble des acteurs du système de soins de santé dans un contexte d'austérité et de restriction budgétaire destiné à assurer la pérennité du système ;
- ensuite, un besoin probable de montrer, par divers signes que les organismes assureurs ne sont pas exclus du processus de restriction budgétaire ;
- enfin, une pression de certains milieux ralliés à l'idée qu'il existe des profils divergents - rationnellement injustifiés - de consommation (parmi la population), de production (entre les prestataires de soins) et de qualité de gestion (entre les organismes assureurs). La responsabilisation financière des mutualités aurait pour conséquence de pousser ces dernières à mettre en oeuvre des mécanismes visant à réduire les disparités existantes : gestion plus efficace, promotion de soins moins coûteux à qualité équivalente, réduction de la surconsommation médicale...

*Pierre Cools,
Union nationale
des mutualités
socialistes.*

*1. AMI :
Assurance
maladie-
invalidité.*

La responsabilisation financière des mutuelles :
une évolution à préserver des dérives

Ce dernier point appelle plusieurs remarques. En premier lieu, l'existence de disparités de consommation de soins de santé parmi la population relève principalement de facteurs socio-sanitaires. Une consommation quantitativement supérieure n'est pas automatiquement synonyme de pratiques médicales inadéquates ou d'excès liés à des habitudes culturelles.

Lorsque des divergences en termes de prestations de soins ne se justifient pas par des différences de morbidité, il n'apparaît pas évident que les organismes assureurs aient les outils nécessaires pour influencer directement le comportement des prestataires.

Des diminutions des dépenses de soins ne se traduisent pas forcément par une utilisation plus rationnelle ou plus efficace des ressources de l'assurance maladie. Ces diminutions peuvent entraîner une « sous-consommation » de prestations nécessaires et une réduction dommageable de l'accessibilité aux soins requis, dans le chef d'une population aux moyens limités.

Sur base des propositions d'un groupe d'experts chargés de formuler pour la fin de l'année 1994 des propositions visant à adapter ou modifier les dispositions financières de la loi du 9 août 1963 et des avis du Conseil général de l'INAMI et de

Le mécanisme de responsabilisation financière actuel

Que le lecteur veuille bien s'accrocher pour franchir le cap de la description technique. Un exemple suit plus loin...

L'arrêté royal du 12 août 1994 prévoit de ventiler l'objectif budgétaire global de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs sur base de deux clés de répartition.

Une première clé est constituée de la part des dépenses *réelles* (dites aussi « historiques ») de chaque organisme assureur dans les dépenses annuelles totales de l'exercice concerné.

La seconde clé de répartition est de nature *normative* et est censée refléter les dépenses d'un organisme assureur en fonction de la structure de sa population. Elle prend donc en compte les différences existant entre les mutualités en termes de risques socio-sanitaires.

La mise en oeuvre de ce mécanisme de répartition du budget soins de santé, à partir de l'année 1995 s'effectue de manière graduelle : le poids de chaque clé va progressivement varier au fil du temps, de manière dégressive pour les dépenses réelles et progressive pour les dépenses normatives (voir tableau 1).

La clé normative est déterminée en fonction de paramètres définis dans l'arrêté du 12 août 1994 : la situation socio-professionnelle des bénéficiaires, le statut social, l'âge, le sexe, la mortalité, le taux d'urbanisation, le taux de chômage, la composition du ménage, le revenu.

L'évaluation de l'influence de ces paramètres sur les dépenses de soins a été confiée à deux équipes universitaires de la KUL² et du DULBEA³.

Dans leur rapport au Conseil général, elles quantifient les corrections financières liées aux différents facteurs pour chaque organisme assureur en fonction d'un modèle économétrique d'explication des dépenses de soins. Ainsi, en prenant pour exemple la catégorie sociale des titulaires indemnisables primaires (soit la majeure partie de la population) pour l'année 1995, on obtient le tableau 2, où les termes de corrections financières sont exprimés en francs, par affilié et par an.

Par exemple, l'organisme assureur 3 percevra en 1995 pour chaque assuré de la catégorie des

Phase	Clé normative	Clé réelle
1995-1996-1997	10 %	90 %
1998-1999	20 %	80 %
à partir de 2000	30 %	70 %

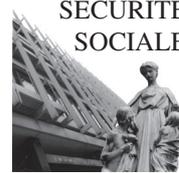
tableau 1

l'Office de contrôle des mutualités, une réforme complexe du système de financement des mutualités a été mise sur pied. Cette réforme a été instaurée par l'Arrêté royal du 12 août 1994.

Si cet accord détermine de manière précise le mode de répartition des ressources allouées aux soins de santé entre les organismes assureurs, il est par contre totalement silencieux sur les instruments et mécanismes qui permettraient de promouvoir l'efficacité des soins. En sus de la définition de la technique de responsabilisation financière, le nouveau système prévoit que les ardoises des « boni » et « mali » antérieurs soient effacées, de manière à ne pas pénaliser une mutualité en raison d'une situation passée sur laquelle elle n'avait aucune maîtrise.

2. KUL : Katholieke universiteit van Leuven.

3. DULBEA : département d'économie appliquée de l'Université libre de Bruxelles.



Cette dame est à jeter ?

OA1	OA2	OA3	OA4	OA5	OA6	OA7
- 851	+ 462	+ 1396	+ 747	- 84	- 34	-3614

tableau 2
OA = organisme assureur

titulaires indemnisables primaires un montant de 1.396 francs en plus de la dépense moyenne nationale pour cette catégorie sociale. Ce montant traduit une situation socio-sanitaire plus défavorable que la population moyenne : taux de chômage et taux de mortalité plus élevé, plus de personnes en incapacité de travail, ... tandis que l'organisme assureur 1 se voit attribuer une correction négative (- 851 francs) par bénéficiaire, reflet d'une population en meilleure santé. Les corrections varient également entre chaque état social.

Le budget normatif représente donc la dépense que devrait supporter l'organisme assureur en fonction de la structure de risques et des caractéristiques de sa population affiliée.



Pour chaque exercice budgétaire, un objectif budgétaire est attribué aux organismes assureurs en fonction du poids respectif des clés réelles et normatives : une mutualité dont les

dépenses réelles s'élèvent à 30 % de l'ensemble des dépenses soins de santé et dont le budget normatif représente 35 % se verra attribuer pour l'année 1995 (10 % de normatif et 90 % de réel) :

$$(0,9 \times 30 \%) + (0,1 \times 35 \%) = 30,5 \%$$

de l'objectif budgétaire global.

En 1998 (20 % de normatif et 80 % de réel), à composition constante de la population affiliée, ce pourcentage devient :

$$(0,8 \times 30 \%) + (0,2 \times 35 \%) = 31 \%$$

Lors de la clôture des comptes de l'exercice, on compare les dépenses réellement comptabilisées avec l'objectif attribué. L'organisme assureur doit supporter une partie du déficit constaté ou percevoir une partie du bonus. La part de responsabilité financière de la mutualité varie également de manière progressive (voir tableau 3).

L'excédent du bonus ou malus par rapport à la partie responsabilisée individuellement est affecté à un fonds commun.

Phase	Partie responsabilité individuelle	Partie fonds commun
1995-1996-1997	15 %	85 %
1998-1999	20 %	80 %
à partir de 2000	25 %	75 %

tableau 3

L'arrêté prévoit également qu'en cas de dépassement de l'objectif budgétaire global de plus de 2 %, le dépassement soit plafonné à 2 % pour chaque mutualité individuellement. Cette disposition permet d'éviter que le gouvernement reporte sur les mutualités un déficit croissant dû à une insuffisance des ressources allouées à l'assurance soins de santé. On pourrait en effet imaginer qu'un gouvernement fixe tellement bas l'objectif budgétaire des soins de santé par rapport aux dépenses raisonnablement prévisibles qu'il

La responsabilisation financière des mutuelles : une évolution à préserver des dérives

provoquerait un déficit exorbitant à charge des mutualités et les condamnerait ainsi à des hausses de cotisations insupportables pour les affiliés.

Le tableau ci-dessus indique les résultats de l'année 1996 pour le régime général (travailleurs salariés). A l'examen de la colonne « pourcentage de dépassement par rapport à l'objectif budgétaire », on ne peut constater de disparités importantes entre

Chaque année, des personnes et des familles quittent un organisme assureur pour un autre pour des motifs divers. Dans l'ensemble, jusqu'ici, ces transferts sont relativement stables et se compensent grosso modo. Il est peu probable qu'un avantage de 40 francs induise des changements massifs d'affiliations. Mais sous le poids des défis macro-économiques, le processus pourrait s'emballer.

O.A.	Objectif budgétaire '96	%	Dépenses 96	%	Boni / Mali	% dépassement par rapport à objectif budgétaire	Limitation dépassement à 2 %	Responsabilisation 15 % du dépassement (limité)
ANMC	163.407.399.036	42,23%	172.893.833.874	42,16%	-9.486.434.838	-5,81%	-3.268.147.981	-490.222.197
UNMN	16.916.802.194	4,37%	17.995.212.831	4,39%	-1.078.410.637	-6,37%	-338.336.044	-50.750.407
UNMS	117.525.250.106	30,38%	124.584.954.272	30,38%	-7.059.704.166	-6,01%	-2.350.505.002	-352.575.750
UNML	25.057.693.142	6,48%	26.600.359.956	6,49%	-1.542.666.814	-6,16%	-501.153.863	-75.173.079
UML	52.450.366.313	13,56%	55.809.396.106	13,61%	-3.359.029.793	-6,40%	-1.049.007.326	-157.351.099
CAAMI	2.638.370.498	0,68%	2.770.007.637	0,68%	-131.637.139	-4,99%	-52.767.410	-7.915.111
SNCB	8.917.798.838	2,30%	9.469.507.926	2,31%	-551.709.088	-6,19%	-178.355.977	-26.753.397
	386.913.680.127	100%	410.123.272.602	100%	-23.209.592.475	-6,00%	-7.738.273.603	-1.160.741.040

tableau 4

ANMC : Alliance nationale des mutualité chrétiennes - UNMN : Union nationale des mutualités neutres
 UNMS : Union nationale des mutualités socialistes - UNML : Union nationale des mutualités libérales
 UML : Union des mutualités libres - CAAMI : Caisse auxiliaire d'allocations maladie-invalidité
 SNCB : Société nationale des chemins de fer belges.

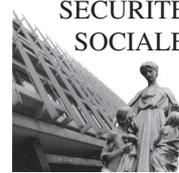
organismes assureurs en ce qui concerne l'importance du dépassement budgétaire. Cette constatation prévaut également pour l'année 1995 qui était en bonus.

Pour les années 1995 et 1996, l'arrêté du 12 août 1994 impose aux organismes assureurs la perception d'une cotisation spéciale de 90 francs par titulaire et par an afin de constituer un fonds de réserve permettant de couvrir un éventuel malus. En 1997, cette cotisation a été fixée, suite à une décision intermutualiste, à 180 francs. L'année 1998 voit pour la première fois une ébauche de concurrence entre mutualités : alors que l'ensemble des autres organismes assureurs demandent 90 francs de cotisation spéciale, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes a décidé de percevoir une cotisation de 50 francs auprès de ses affiliés. Cette cotisation peut également varier entre les affiliés du régime général et du régime des indépendants.

Responsables ?

Comme on l'a vu précédemment, si le mécanisme de répartition de l'objectif budgétaire entre les organismes assureurs et la part de responsabilité financière qui peut leur être imputée sont définis de manière précise et technique, il n'en va pas de même de la définition des règles et de la mise à disposition des outils nécessaires à assumer cette responsabilisation individuelle.

Actuellement, un système de responsabilisation collective est institué via le système de commissions d'accords et de conventions entre les organismes assureurs et les prestataires de soins où sont négociées les dispositions tarifaires et les mesures à prendre en cas de dépassement budgétaire du secteur concerné. Les accords conclus valent pour l'ensemble des mutualités et il



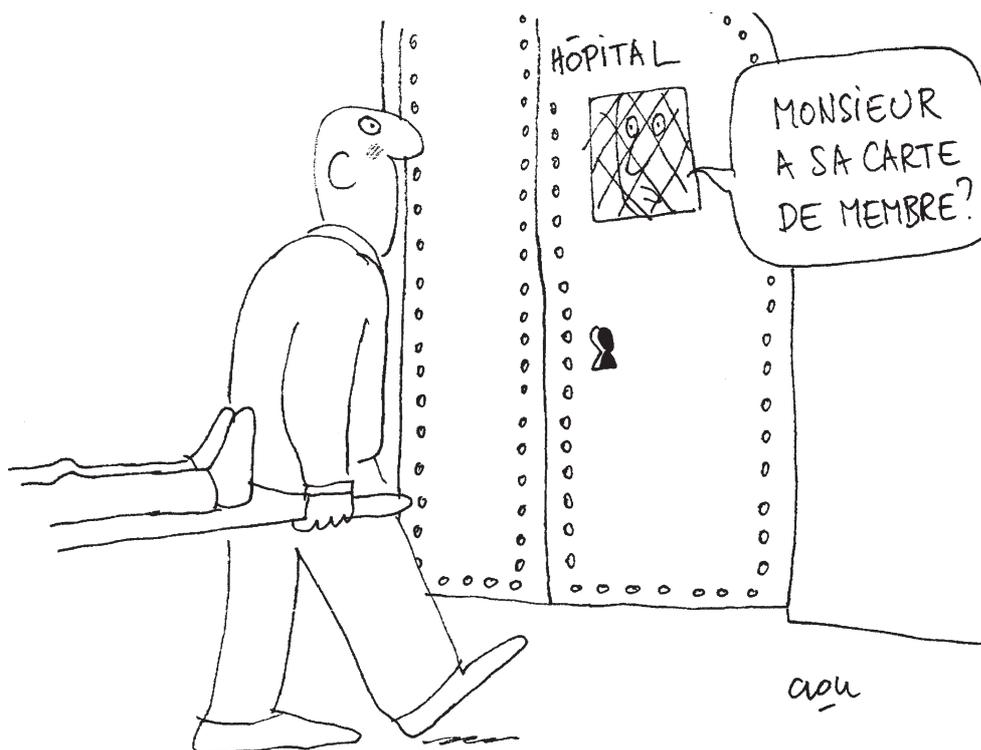
Cette dame est à jeter ?

n'est pas possible pour les prestataires de débattre des tarifs individuellement avec un organisme assureur dans le cadre de l'assurance obligatoire.

En l'absence d'un cadre légal définissant de manière claire et précise les limites à ne pas dépasser, *on peut se demander si le principe de responsabilité individuelle ne va pas conduire certains organismes assureurs à négocier des tarifs préférentiels pour leurs affiliés auprès de prestataires privilégiés.* Ce processus est déjà esquissé dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire dans certaines régions (remboursement de matériel endoscopique non couvert par l'assurance obligatoire, matériel de viscéro-synthèse, ...).

a prévalu jusqu'ici par rapport aux logiques d'assurances privées. Il importe donc que la solidarité collective soit la norme en la matière.

Les organismes assureurs ont un rôle responsable à jouer dans une optique d'information des producteurs et des consommateurs de soins. De manière concertée, entre l'ensemble des mutualités et des prestataires, l'établissement de standards de qualité au moindre coût est une voie à prospecter plus avant. Sans toutefois oublier que la norme n'est pas nécessairement synonyme d'efficacité, sans tomber dans un économisme réducteur. Sans oublier non plus que l'amélioration des mécanismes de gestion financière doit s'articuler avec une politique de santé cohérente et imaginative. Il faut



Ouvrant la porte à une sélectivité des prestations en fonction de l'appartenance mutualiste ou régionale des affiliés, *la concurrence entre les organismes assureurs sur le terrain des prestations de soins porte les germes de l'érosion du système d'assurance maladie et estompe le caractère redistributif du système à fondement solidaire qui*

en effet rappeler que celle-ci fait en grande partie défaut dans notre pays, bien que des voix n'aient pas manqué depuis longtemps pour en souligner « l'urgence ».

Les perspectives du système des soins de santé pour le XXI^{ème} siècle

*Jean Degré,
Secrétaire de la
Mutualité
socialiste du
Centre et de
Soignies.*

Profondément déterminées par l'évolution de l'environnement caractérisé par les nouvelles technologies, la compétitivité, la mondialisation des échanges et la construction européenne, on peut dégager les perspectives suivantes en ce qui concerne les soins de santé dans notre pays :

1. Le financement

Nous ne nous attarderons pas sur les nouvelles sources du financement. Plusieurs pistes sont avancées : impôt, cotisation sociale généralisée, application du principe pollueur-payeur, valeurs ajoutées des entreprises. Quelle que soit l'influence de l'une ou l'autre de ces solutions sur la politique économique, nous constatons que se dégage une tendance à travailler désormais à l'intérieur d'un budget fermé (ou enveloppe) par une norme de croissance.

Notre pays a fixé cette norme à 1,5 %. Cette décision a été le premier pas vers un changement de régime.

2. Les acteurs, leurs rôles, leurs relations

Au départ de cette décision, le rôle des acteurs va être profondément affecté ; les relations entre eux se modifient et les modalités de régulation changent profondément.

En somme, la question qui se pose désormais est la suivante : comment les acteurs vont-ils se positionner pour utiliser (ou s'approprier...) au mieux le budget attribué au système ?

● La responsabilisation

C'est ici qu'intervient le deuxième acte qui se situe dans la logique du précédent : la responsabilisation financière des acteurs.

Le principe est simple : sur la base de l'enveloppe arrêtée pour les soins de santé sont définis des critères d'attribution de cette enveloppe aux organismes assureurs, c'est-à-dire les mutuelles.

Quels sont les critères (dits objectifs...) pris en considération : la situation des ayants-droits sur le plan social et professionnel (pensions, invalides, bénéficiaires du revenu minimum, ...), l'âge, le sexe, le taux de mortalité, le taux d'urbanisation, le taux de chômage, la composition de la famille, le revenu.

De manière à créer une période transitoire, ces critères ne sont pas appliqués à la totalité du budget à distribuer mais à une partie de ce budget appelé « part normative » évoluant positivement au cours des années futures.

A noter qu'en Belgique, des mesures importantes qui devaient accompagner cette réforme n'ont pas été prises :

- la responsabilité des médecins prescripteurs a été seulement appliquée à la biologie clinique ;
- la mise à disposition « des organismes assureurs des instruments nécessaires pour contrôler et maîtriser les dépenses découlant de leur mission légale » est restée lettre morte.

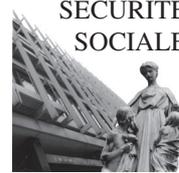
Nous ne nous étendons pas sur les différentes modalités d'application de cette responsabilité mais plutôt sur la principale conséquence d'un excès de dépenses par rapport aux recettes :

Un organisme assureur dont les dépenses sont supérieures aux recettes doit couvrir lui-même 15 % de ce déficit (en supposant qu'au total, le budget n'ait pas été dépassé de plus de 2 %).

Cet organisme assureur doit financer ce déficit à l'aide d'un fonds de réserve qu'il aura constitué. Si ce fond de réserve est insuffisant, l'organisme assureur doit faire face au déficit soit par ses moyens propres, soit en demandant une cotisation supplémentaire à ses membres.

Pour être complet, nous devons mentionner que lorsqu'un organisme assureur est bénéficiaire, c'est-à-dire lorsque les recettes sont supérieures aux dépenses, il peut lui-même s'approprier 15% du bonus.

Par cette disposition, les organismes assureurs sont placés en situation de concurrence, chacun s'efforçant de minimiser ses pertes ou... de maximiser son profit !



Cette dame est à jeter ?

● La concurrence

Celle-ci doit être arbitrée par le citoyen qui aura à rechercher l'organisme assureur qui demande la cotisation la plus attractive.

Cette concurrence est couplée au principe qui veut que toute entreprise doit viser à maîtriser ses incertitudes, c'est-à-dire les acteurs de son marché. Il s'agit ici des prestataires et des citoyens, qu'ils soient malades ou potentiellement malades.

Cette volonté de maîtrise est rencontrée par le MANAGED CARE, c'est-à-dire l'intégration en une seule organisation, des assureurs et des prestataires.

Nous y reviendrons.

Attardons-nous quelque peu sur la notion de concurrence. Pourquoi séduit-elle autant les responsables politiques, désireux de diminuer les dépenses ?

Parce qu'ils estiment que la concurrence renvoie au prestataire l'obligation d'offrir au consommateur ou à l'assureur ses services selon les meilleurs rapports qualité/coût.

Le prestataire intériorise - s'il veut conserver sa clientèle - qu'il devient l'arbitre *individuel* du dilemme suivant : les soins les plus appropriés d'une part et leur coût le plus concurrentiel d'autre part.

On ne dit plus au prestataire ce qu'il doit faire en agissant par une contrainte extérieure mais ce qu'il lui est loisible de faire en vertu d'une contrainte intériorisée. Par ce procédé, les partisans de la concurrence estiment que se corrige l'asymétrie d'information qui existe entre les patients et les prestataires.

● Le managed care

Ce concept s'inscrit dans celui de la concurrence. Il repose sur l'organisation intégrée des prestataires et de l'assureur. Les prestations de santé portent sur toute la durée de vie d'un patient, couvrent la prévention, le dépistage, le traitement et la convalescence et visent à une association optimale, pour chaque traitement de soins ambulatoires, hospitaliers, à domicile et extra-hospitaliers : les réseaux de soins.

Il a pour résultat de modifier - par rapport au modèle



classique libéral - la relation entre les partenaires : les prestataires deviennent des offreurs ou des producteurs ; les assureurs se transforment en acheteurs de soins qui passent des contrats (plus ou moins contraignants) avec les producteurs les plus performants (qualité/prix) ; les patients sont assimilés à des consommateurs à la recherche du meilleur assureur-acheteur.

Soulignons que le managed care ne peut prendre sa réelle signification qu'avec l'appui des technologies informatiques qui permettent d'encoder et de comparer les procédures diagnostiques et thérapeutiques pour normaliser les approches de la maladie.

Les recherches peuvent concerner tous les domaines du comportement médical (prescription d'actes, consommation de médicaments, évaluation thérapeutique). Cette dernière attitude est communément qualifiée de disease management.

On peut évidemment estimer que de telles perspectives sont incompatibles avec notre modèle

européen de protection sociale. Pourtant, notre argumentation démontre qu'un fil conducteur sous-tend l'équation suivant :

$$\text{budget enveloppé} + \text{responsabilisation} = \text{concurrence} + \text{managed care}$$

Cette équation a, de plus, la caractéristique de s'inscrire dans une chronologie cohérente, le premier terme induisant le second qui, lui-même, entraîne les deux derniers en fonction du cadre institutionnel.

3. Le managed care est-il souhaitable dans un cadre concurrentiel ?

Soulignons dès le départ que cette évolution tourne le dos à la conception solidariste dans la mesure où elle adopte la logique assurantielle en s'efforçant d'évaluer le risque que représente le citoyen pris individuellement et de quantifier le coût en rapport avec ce risque-santé.

Or, ce risque-santé est-il réellement évaluable ? D'autre part, le coût est dépendant soit des prix administrés, soit de celui fixé par le marché.

Peut-on réellement parler de concurrence dans le marché des soins de santé alors que tous les économistes de la santé s'accordent à convenir que l'offre conditionne la demande ? Le marché de la

santé n'est pas un marché comme les autres et la concurrence n'aurait pour seul effet que de confirmer la domination de l'offreur ou de l'acheteur puisque l'acheteur n'est pas à même d'apprécier toutes les caractéristiques du produit.

Dans ses rapports avec l'Etat, la caisse d'assurance reçoit une somme fixée en fonction d'une formule mathématique qui tient compte de facteurs de risque. Cette formule n'est pas parfaite dans la mesure où :

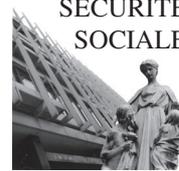
- les situations des citoyens sont fluctuantes au cours du temps ;
- les facteurs de risque ne sauraient être énumérés de manière exhaustive ;
- seules sont prises en compte les caractéristiques de risque de la demande en méconnaissant l'influence de l'offre dans l'induction de la dépense ;
- elle donne lieu à un financement qui ne précise pas comment et dans quelle proportion il prendra en compte les facteurs exogènes inattendus (par exemple une épidémie).

Reconnaissons que répartir des enveloppes financières par caisse (sur la base de critères contestables) peut provoquer une rupture de la cohésion sociale dans un pays ou une communauté et oblige à imaginer un mécanisme de compensation (dit de péréquation) entre caisses ou organismes assureurs.

● Que devient le consommateur, le citoyen dans ce processus ?

1. Il devra accepter une restriction quant au choix des prestataires. Il devra fréquenter le réseau d'institution agréé par l'assureur ;
2. Partant du principe que « le mauvais risque de chasser le bon », les organismes assureurs auront une tendance naturelle et logique à segmenter le marché et - pourquoi pas - à moduler les cotisations en fonction du risque ;
3. Outre la segmentation, on peut aussi craindre que l'assureur refuse soit d'assumer le risque, soit l'adhésion du membre, soit le rejette du système (sélection des risques) ;
4. Toute entreprise - assureur compris - vise à assurer sa pérennité et à maîtriser ses incertitudes. Le « case manager » sera - pour l'assureur - le garant de l'usage le plus économe des soins de santé. Avec quels critères ? Sous





Cette dame est à jeter ?

quel contrôle ? Avec quel recours pour le malade ?

5. La relation du consommateur avec l'assureur (comme actuellement pour les assurances privées) se concrétisera par un contrat. Le consommateur aura-t-il la capacité de comparer les contrats entre eux lorsqu'on connaît la multitude des paramètres à prendre en compte : franchise, étendue et durée de la couverture, exclusion de certains soins, évolution en fonction de l'âge.

En conclusion, si l'on veut préserver quelques règles héritées des conceptions solidaristes, l'intervention du législateur s'imposera.

● **Pour les professionnels de la santé : une révolution culturelle !**

La nature du contrat qui liera l'assuré et le professionnel pose questions. La pratique de celui-ci devra intégrer sa dimension financière et son évaluation constante guidera le comportement thérapeutique.

Que devient le secret professionnel ?

Quelle garantie aura-t-on d'un respect de la vie privée ?

● **Le système est-il moins coûteux ?**

Il est certain qu'une évolution est prévisible (... elle est déjà perceptible aux Etats-Unis). De nouveaux rapports de force apparaissent entre producteurs regroupés face aux assureurs et la diminution des coûts n'est pas aussi importante que prévue.

De plus, la nécessité de rassembler et traiter les informations entraîne des coûts de gestion qui risquent d'obérer le système.

● **Et les problèmes éthiques ?**

En proposant l'introduction de mécanismes incitatifs à l'efficacité des soins, les questions éthiques sont abordées sans un éclairage précis.

Peut-on tracer une limite financière à la dispensation des soins ?

A partir de quel moment peut-on considérer qu'une thérapeutique est opportune ?

L'approche économique suggère une issue à ce

problème en déclarant inutile ce qui n'entre pas dans un modèle financier.

L'éthique porte la marque des valeurs véhiculées au sein d'une société. Si l'empreinte économique s'insinue dans tous les rouages de la société, l'éthique déclarera inacceptable ce qui est considéré comme une atteinte à la compétitivité, à la rentabilité !

La conclusion est simple

1. Soyons attentifs à l'introduction de notion telle que la responsabilité dans les mécanismes sociaux. Elle pose les bases d'une sécurité sociale uniquement assurantielle.
2. Cette perspective n'est pas moins coûteuse et accentue l'individualisme, générateur de rupture de la cohésion sociale.
3. La concurrence et le managed care exigent un large éventail de réglementations et appellent une nouvelle inflation de lois.

Ne faudrait-il pas mieux améliorer le modèle solidariste ? Ce principe de solidarité reste - à notre avis - la seule référence valable car elle offre au moins un avantage qui n'a pas de prix : créer un espace de socialisation qui contribue à l'harmonie des relations sociales. ●

Justice sociale et individualisme libéral

Axel Hoffman.
Extraits de
« *Considérations éthiques sur le dépistage génétique des travailleurs à l'embauche* » in *Médecine du travail et ergonomie*, vol. XXXIV n°1, 1997, p 29-35.

(...) Parler de justice, et de justice sociale, notamment au plan des soins de santé n'équivaut pas automatiquement à parler de justice redistributive.

Dans nos sociétés pluriculturelles en voie de globalisation, où les repères traditionnels et religieux ne portent plus la vision unanime du bien, il importe que la justice soit garante du droit de chacun à poursuivre son existence selon ses convictions, dans le respect de celles des autres. Cette conception de la justice qui se fonde sur le droit des individus en s'interdisant toute hiérarchie des conceptions de la vie bonne ou de la finalité de l'existence a donné naissance à diverses théories relevant de ce que l'on peut appeler l'individualisme libéral. Nous citerons brièvement trois théories de la justice qui marquent la pensée de nos sociétés actuelles et nous verrons comment elles régissent la distribution des soins de santé.

différentes conceptions du bien-être, il existe différentes versions de l'utilitarisme, mais toutes affirment que les actions humaines, individuelles ou collectives ne peuvent être jugées qu'en terme de production maximale d'une certaine valeur appelée utilité.

Dans cette perspective, les intérêts de chacun contribuent à déterminer de manière égale ce qui est collectivement préférable. Les préférences minoritaires sont négligées si elles ne rencontrent pas le choix du plus grand nombre : **maximiser le bien est prioritaire par rapport à l'égalité de considération des personnes.**

En terme de bien-être collectif et de soins de santé, cette théorie accorde le pouvoir d'emporter les décisions aux analyses de type coût/efficacité et coût/bénéfice mais ne garantit que des soins de base minimum et encourage la prise en charge individuelle des autres besoins. Elle justifie donc l'inégalité d'accès aux soins, et l'exclusion de certains groupes.

(...)



● Le libertarisme

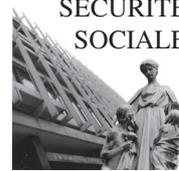
Une seconde théorie qui recueille beaucoup d'échos depuis les années 70 est le libertarisme.

Dans sa version pure et dure, le libertarisme fait de la liberté la valeur suprême. Cette liberté n'a d'inscription sociale que dans un système de droit de propriété absolu. Ce droit de propriété est considéré comme sacré, inviolable et inaliénable. La justice consiste simplement à respecter les droits fondamentaux de chacun ainsi définis. Toute forme d'Etat est rejetée, la société n'a d'autre rôle que de sauvegarder les intérêts privés : c'est un anarcho-capitalisme.

Au plan des soins de santé, chacun est totalement libre de s'acheter les soins qu'il désire ou qu'il a les moyens de s'offrir. Toute intervention de l'Etat visant à imposer un modèle de distribution de soins est rejetée ; c'est ainsi que les impôts destinés à financer la recherche, la formation ou les organismes de dispensation de soins sont considérés comme un vol qualifié. Les inégalités

● L'utilitarisme

L'utilitarisme considère le bien-être individuel comme la valeur éthique fondamentale. Selon



Cette dame est à jeter ?

de besoins ou d'accès aux soins sont de l'ordre de la loterie naturelle et n'ont aucune portée éthique ; seuls sont injustes et susceptibles de réparation les problèmes de santé provoqués du fait d'autrui sans que l'on y ait consenti, ou encore les problèmes de santé liés à la coexistence sociale, tels que les maladies dues à la pollution ou à des substances toxiques .

(...)

L'exemple libertarien, si étranger à nos sociétés européennes, nous met en garde contre les dangers d'un emploi intempestif du concept de liberté. Une liberté qui exclut par principe toute réponse collective basée sur une obligation légale de rencontrer les besoins en soins de santé n'aboutit qu'à générer des inégalités qui diminuent de fait la liberté réelle de chaque personne dans cette collectivité.

(...)

● Le libéralisme égalitaire

Ces deux théories se réfèrent à des notions d'intérêt (l'efficacité des utilitaristes) ou de droits (la liberté négative des libertariens). Une troisième théorie, exposée par John Rawls dans sa « *Théorie de la Justice* » parue en 1977 se rapproche davantage de nos conceptions. Rawls soutient que des institutions sont justes quand on ne fait aucune distinction arbitraire entre les personnes dans la fixation des droits et des devoirs de base, et quand les règles déterminent un équilibre adéquat entre des revendications concurrentes à l'égard des avantages de la vie sociale.

Cette théorie de la justice comme équité se présente comme une théorie du contrat social, conclu par un accord volontaire sur des principes susceptibles de réguler l'ordre social.

Elle repose sur deux principes :

- toute personne a un droit égal à l'ensemble le plus étendu de libertés fondamentales égales qui soit compatible avec un ensemble semblable de libertés pour tous ;
- les inégalités sociales et économiques doivent satisfaire deux conditions : elles doivent être au plus grand bénéfice des membres les moins

avantagés de la société et attachées à des fonctions et positions ouvertes à tous dans des conditions d'égalité équitable des chances.

C'est une tentative de concilier les deux valeurs fondamentales de nos sociétés : liberté et égalité, d'où l'appellation de libéralisme égalitaire : « A chacun de faire son bonheur, mais à la société d'en distribuer équitablement les moyens ».

(...)

Le problème est que Rawls ne considère pas les soins de santé comme des biens sociaux premiers ! Sa théorie, en effet s'attache aux relations entre citoyens normalement actifs et pleinement coopérants d'une société... Les services « spéciaux » en matière de santé et de soins de santé correspondent à des besoins inhabituels, difficiles à rencontrer et qu'il n'envisage pas dans « *Théorie de la Justice* ». (...) ●

Privé

Défense d'entrer

ou les dangers liés à la privatisation des soins de santé

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste.*

L'assurance maladie obligatoire couvre de moins en moins les soins de santé... Il s'ouvre ainsi un champ de soins non couverts sur lequel mutuelles (via l'assurance complémentaire) et assureurs (contrats privés) peuvent semer en liberté.

L'exemple du « modèle de Bruges » a beaucoup fait jaser. L'INAMI traînait la patte pour faire accéder au remboursement le matériel de chirurgie endoscopique. Pas patientes, les mutualités chrétiennes de Bruges ont négocié ce remboursement directement avec cinq hôpitaux de la région, dans le cadre de leur assurance complémentaire d'hospitalisation. Pour être remboursés, les patients devaient se faire soigner dans les hôpitaux ayant signé cet accord. On se trouvait à ce moment dans une situation proche du managed care : l'affilié n'avait pas le choix du médecin, celui-ci se voyait fortement suggéré la procédure thérapeutique à suivre... Depuis, happy end, les techniques chirurgicales en question sont rentrées dans le cadre de l'assurance obligatoire (remboursement INAMI).

Le plan 1+1=3 éveille les mêmes craintes : les mutualités libres proposent aux hôpitaux de négocier, chacun pour soi, des accords de sécurité tarifaire en échange de facilités administratives. A nouveau des contrats quasi « privés » dont l'aboutissement aurait pour conséquence que l'organisme assureur détermine le comportement des soignants et soignés...

Privatiser

Les deux exemples que nous venons de citer nous introduisent à la gestion privatisée des soins, basée sur des contrats passés entre partenaires agissant à titre privé.

Privatiser, c'est attribuer à une société privée une mission auparavant dévolue au secteur public. Dans ce transfert, l'Etat espère pousser la société privée à remplir les tâches que lui-même assumait. La société privée souhaite ne reprendre que les tâches rentables ou rentabilisables, le profit étant une condition de survie dans le secteur privé. Il y a entre ces deux parties négociation d'un contrat ou d'un

cahier de charges, et la privatisation revêtira des aspects bien différents selon ces contrats.

*Six cents piastres pour un bras droit.
Cinq cents pour un bras gauche.
Et deux mille pour les deux yeux.
Dans l'île de la Tortue, les pirates blessés
au combat sont assurés d'un capital. Tout
l'équipage cotise, chacun sur sa part de
butin. Le quartier maître gère la caisse de
solidarité. Quelle que soit sa valeur à
l'abordage, l'estropié est indemnisé selon
la perte qu'il a subi. C'est la règle, une
règle sacrée dans cette société dite hors les
lois. Et malheur à qui tenterait de se sucrer
sur le compte de la caisse...*

Dans le secteur des soins de santé, une privatisation totale représenterait le passage d'un modèle de solidarité à un modèle d'assurance privée.

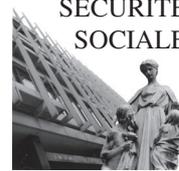
Modèle solidaire : tous les citoyens cotisent sur base des revenus de leur travail et les malades bénéficient de soins selon leurs besoins de santé, indépendamment de ce qu'ils ont cotisé. Le principe fondateur de ce modèle est l'équité.

Modèle privé : chacun cotise ce qu'il désire et bénéficie d'une couverture de ses frais médicaux à hauteur des montants ou des prestations pour lesquels il a versé des primes. Ceux qui peuvent payer plus sont assurés de meilleurs soins et d'une couverture plus large. Le principe fondateur de ce modèle est la rentabilité économique.

La plupart de systèmes de santé sont axés sur un de ces deux modèles mais recèlent des éléments mixtes. Ainsi le système américain, essentiellement privé et financé par les grandes entreprises, possède un embryon de sécurité sociale pour les personnes âgées et les démunis (Medicare et Medicaid). De plus, toutes les HMO* ne sont pas de nature commerciale.

En Belgique, pays à système solidaire, il existe des éléments de privatisation de la couverture soins de santé. Par exemple, les cotisations complémentaires

*HMO : Health
maintenance
organization



Cette dame est à jeter ?

demandées par les mutuelles pour couvrir certaines prestations fonctionnent sur un modèle où l'assuré verse un montant indépendant de ses moyens pour obtenir un service en cas de besoin. On connaît d'autre part les contrats d'assurance privée portant sur des risques santé non couverts par l'assurance obligatoire ou complétant une couverture incomplète. L'assurance « dépendance » est un besoin « nouveau » dont il faudra déterminer qui du privé ou de la protection sociale assurera la couverture.

le représenter... que penser alors du déroulement quasi confidentiel des élections mutualistes ? Ou devra-t-il s'en remettre au privé en espérant que « le client y est roi » ?

Les mutuelles ? Auront-elles la possibilité de représenter réellement l'utilisateur... ou seront-elles acculées à gérer la pénurie tout en veillant à leur propre survie et à celle de leurs institutions de soins ? Alimentées par l'argent de la solidarité, poussées dans le dos par la « responsabilisation »¹,

Non, ce n'est pas un fantasme

La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) va plus loin. Lors de son assemblée générale extraordinaire, tenue mercredi 22 avril, la première organisation médicale a adopté un « projet confédéral » dans lequel elle préconise de mettre fin au monopole de la sécurité sociale pour la couverture des maladies de base. Mutuelles et compagnies d'assurance seraient autorisées à rembourser « au premier franc », mais l'Etat définirait au préalable un cahier de charges pour les opérateurs mis en concurrence

(non sélection des risques, obligation de s'assurer, etc.).

Le groupe Axa a mis au point un projet de ce type pour ses assurés d'Ile-de-France, et la Confédération des syndicats médicaux français a participé à son élaboration. Jusqu'à présent, le gouvernement a explicitement rejeté la proposition du groupe de Claude Bébear. Dans leur lettre aux médecins, les ministres mettent en garde ceux qui jouent « l'échec d'une politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé pour laisser le champ libre aux initiatives privées, c'est-à-dire à plus de contrainte et moins d'éthique pour les médecins, plus d'inégalités et moins de garanties pour les patients ».

Cela n'empêche pas les réflexions d'aller bon train, y compris à gauche. Dans un récent article publié par l'Encyclopédie de l'assurance (Economica 1997), Gilles Johanet, ex-directeur de la Caisse nationale d'assurance mutuelle des travailleurs salariés (CNAMTS) et ancien conseiller de Pierre Mauroy n'exclut pas une solution où l'Etat ne serait plus gestionnaire de système de soins (à travers les caisses de « sécurité sociale »), mais seulement garant de la bonne application d'un cahier des charges qu'il aurait fixé, laissant ainsi la concurrence jouer entre les assureurs publics et privés, comme en Allemagne par exemple.

Extrait de « Médecine libérale ou démocratie sanitaire », article de Jean-Michel Bezat paru dans le Monde du 30 avril 1998.

Enjeux de la privatisation : qui va avoir la maîtrise des coûts ?

Privatiser : le succès de cette idée est proportionnel aux difficultés rencontrées dans la maîtrise des soins. La question est : qui va redresser la barque... ou à défaut assumer la catastrophe. Ou : qui a voix au chapitre de la maîtrise des coûts ?

L'utilisateur, comme dans l'île de la Tortue ? En tant que payeur et consommateur il est éthiquement impensable qu'il n'ait pas son mot à dire. Dans nos démocraties représentatives, il devra déléguer sa parole, mais à qui ? A l'Etat qui lui paraît si lointain et désincarné ? Aux mutuelles qui disent

ne seront-elles pas tentées par les dérives managériales, les contrats particuliers qui sont une négation de la solidarité ? N'est-ce pas là un pas vers une privatisation plus large qui pourrait voir des lobbys privés les déborder ?

Les médecins ? Trop d'intérêts à la fois scientifiques, éthiques, économiques et corporatistes, trop de pressions à la fois politiques et commerciales les tiraillent. S'il est indispensable d'entendre leur expertise de gens de terrain dans les choix de politique de santé, la spirale inflationniste de la techno-science rend impensable de leur abandonner sans contrôle la régulation financière du système.

1. voir les articles de Jean Degré et Pierre Cools dans ce numéro.

Privé. Défense d'entrer... ou les dangers liés à la privatisation des soins de santé

L'Etat, émanation de la démocratie ? Dans de nombreux domaines, les lourdeurs d'appareil et l'insuffisance de motivation « compétitive » sont dénoncées pour appeler à la privatisation de pans entiers du service public. L'Etat n'a pas grande marge de manoeuvre : laxiste, il ne jugule pas l'hémorragie financière, autoritaire, il est accusé d'attentat à la liberté individuelle et de rationnement des soins. Il n'a que deux façons de résoudre ce dilemme : sortir de l'objectif strictement budgétaire et réformer le système en profondeur ou alors « vendre » les services... c'est-à-dire euthanasier la solidarité, lui tordre le cou dans l'illusion que les lois de la concurrence et de la compétitivité perpétueront ses bienfaits.

C'est dans le New Jersey que l'on peut croiser les dirigeants de Health maintenance organization (HMO) les mieux payés de tous les Etats Unis. L'un d'eux a gagné trois millions (en francs belges) par... jour en 1996.

A sa démission, il a reçu une prime de départ de trois cent cinquante millions. Ce qui correspond à un peu plus de trois mois de préavis, normal.

Le « privé »... ? Pour un opérateur privé, l'intérêt de « racheter » une affaire aussi peu rentable que l'assurance maladie réside dans la possibilité de changer les règles du jeu et de la rendre rentable. Les lois du marché et de la concurrence l'y poussent vigoureusement. Et ça fonctionne : grâce aux techniques de managed care made in USA, le secteur privé y engrange de plantureux bénéfices. La qualité des soins est un autre débat...

Ne pas confondre privatisation et managed care.

La privatisation signifie que le système de soins est géré par un organisme privé. Le managed care signifie que tous les soins sont contrôlés par le manager quel qu'il soit (ce peut être l'Etat, une caisse mutuelle ou un privé). En pratique, si le managed care n'implique pas forcément une privatisation, la privatisation appelle le managed care : l'organisme privé a évidemment intérêt à contrôler son entreprise de soins.

Les lois naturelles du marché

Un argument avancé en faveur de la privatisation des couvertures soins de santé repose sur l'hypothèse d'une régulation naturelle des coûts quand ils sont soumis aux lois du marché et de la concurrence.

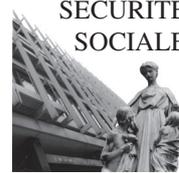
La protection « artificielle » du risque maladie par la solidarité serait une cause majeure de l'inflation des coûts et la suppression de cet « artifice » suffirait à équilibrer les budgets. Il est vrai que la protection sociale dope la solvabilité de tous en soins de santé. La masse d'argent brassée dans ce secteur s'en trouve considérablement accrue. Usagers et professionnels de la santé piochent dans le pot commun sans restriction majeure, l'Etat hésitant dans son rôle de régulation tout en continuant à assurer le financement. L'idée, c'est que les lois « naturelles » du marché se chargeront « naturellement » de cette régulation et du contrôle des coûts. Donc il faut privatiser.

Nous ne pouvons souscrire à ce raisonnement.

Tout d'abord, l'inflation des coûts est liée à d'autres facteurs qu'une consommation sans freins : le développement techno-scientifique, le vieillissement des populations, la médicalisation de problèmes autrefois gérés dans les cellules familiales, l'apparition des « maladies de société », l'absence d'une véritable politique de santé et les dysfonctionnements du système de soins rendent davantage compte de la progression des dépenses que les abus, même réels, de consommation. Les lois du marché ne seront pas plus capables que d'autres procédures de réguler équitablement tous ces facteurs.

Ensuite, invoquer la défaillance de l'Etat dans la régulation des soins pour appuyer la privatisation, c'est évacuer la dimension politique de la question : dans un système privatisé, la seule tâche demeurant aux mains du politique sera l'établissement d'un cadre général de soins à l'intérieur duquel le privé sera sans autre contrôle que sa compétitivité et à l'extérieur duquel l'Etat gèrera le non-rentable (les improductifs, les âgés, les démunis, ...). Le vrai défi n'est pas d'entériner les insuffisances de l'Etat pour se jeter dans l'illusion d'un secteur privé censé détenir la clé de l'efficacité, mais au contraire de développer et rendre viable un projet politique de santé au service des citoyens.

Enfin, de quelle efficacité se targue le privé ?



Cette dame est à jeter ?



à offrir les meilleurs services qu'à assurer réellement la santé de ses affiliés. Or, ces deux notions sont loin de se recouvrir exactement ! Les virulentes critiques qui secouent les HMO montrent la distance qui sépare leurs excellents bilans financiers et la satisfaction des usagers.

Au moindre coût ? Il y a différentes manières pour une société privée de réduire ses coûts : elle peut jouer sur les frais de fonctionnement et sur les salaires, imposer des procédures destinées à améliorer le rendement (managed care) mais aussi sélectionner une clientèle solvable et en bonne santé, excluant les insolubles et... les malades.

Dans ces conditions, privatiser signifie la fin de la solidarité et l'assujettissement de la santé au profit.

L'efficacité représente le rapport entre l'efficacité et le coût. Un système efficace est un système qui a une bonne efficacité au moindre coût.

Une bonne efficacité ? Le secteur privé a pour moteur essentiel la recherche du profit. S'il est de bon ton actuellement de ne pas le mépriser (le profit est politiquement correct), il faut éviter de confondre réussite financière et efficacité médicale. Dans un contexte de concurrence entre sociétés privées d'assurance santé, chacune cherchera plutôt

Le docteur T.W. Self, gastro-entérologue pédiatre, passe trop de temps avec ses petits patients. Non content d'ignorer que « Time is money », monsieur Self se permet de prescrire des examens chers sous prétexte qu'ils sont moins agressifs que des techniques meilleur marché. Les gestionnaires de sa Managed care organization (MCO) ont toléré ses fantaisies pendant douze ans. En 1995, ils se décident à le virer. Le docteur Self n'apprécie pas et invoque une loi californienne protégeant le médecin qui agit en plaçant l'intérêt du patient avant toute autre considération. Après trois années de procédure, il se verra donner raison et touchera septante millions (en francs belges) de dommages et intérêts.

Conclusion

Le monde est étrange. Aux USA les organismes privés font l'objet de campagnes de dénigrement de plus en plus intenses tant de la part des usagers que d'une frange croissante du personnel soignant. L'acteur « Superman » Christopher Reeves, tétraplégique à la suite d'un accident est la figure charismatique de ce combat qui accède à une grande médiatisation.

Dans le même temps, des voix s'élèvent en Europe pour réclamer la privatisation des soins. La position de la Confédération des syndicats médicaux français (voir l'article du Monde, page 53) en est une péripétie récente.

Nous voulons l'équité dans les soins de santé, et pour cette raison nous soutenons les systèmes de solidarité contre les privatisations. C'est à l'intérieur de la solidarité qu'il faut réformer et rendre efficace notre système de soins. Et développer avec tous, usagers, payeurs, prestataires et l'Etat émanation de la collectivité, un véritable projet politique pour la santé. ●

La nécessité du virage ambulatoire : pour des raisons de contrôle des coûts et pour mieux rencontrer la volonté de la population

Pierre Drielsma,
médecin
généraliste.

Concept

Par virage ambulatoire, il faut entendre le dégraissage progressif des soins hospitaliers au profit des soins ambulatoires. La plupart des pays développés connaissent ce processus. Il fût entamé en Belgique par notre actuel Premier ministre, alors qu'il était ministre des Affaires sociales. C'est de cette époque que datent les premières fermetures de lits hospitaliers et l'encouragement au regroupement d'institutions. Le virage ambulatoire a plusieurs causes : d'abord, l'explosion des coûts du secteur hospitalier qui induisent un rétro-contrôle (feed-back) négatif. Ensuite, on observe que les techniques médicales permettent des séjours hospitaliers de plus en plus courts¹ : les opérations abdominales par laparoscopie sont moins traumatiques pour la paroi, la radiologie interventionnelle est peu traumatique, etc.

Enjeux

Le virage ambulatoire ne va pas de soi. Les hôpitaux sont pourvoyeurs d'emplois qualifiés et non qualifiés. Ils représentent une vitrine électorale utile pour les élus. Le pouvoir politique se sent insuffisamment présent sur le terrain ambulatoire. Les prestataires de soins sont atomisés et/ou inorganisés.

Marc Renaud affirmait lors de notre congrès la nécessité de réduire le nombre de lits hospitaliers². Il envisageait trois lits pour mille habitants : en Belgique aller vers cinq lits/mille habitants semblait déjà cataclysmique. Et pourtant, il faut ralentir la fournaise médicale qui brûle sans chauffer.

De toutes façons, le mode de paiement des hôpitaux va actuellement dans ce sens (la base du financement hospitalier vire au forfait par pathologie, quel que soit le nombre de jours de séjours réels)³.

Vider les hôpitaux c'est bien, mais où iront les malades qui y séjourneraient ?

Nous devons répondre à cinq questions :

1. Combien de malades retourneront (ou resteront) à domicile ? Dans et à quelles conditions ?
2. Combien entreront (ou resteront) en institutions, maisons de repos, maisons de repos et soins, maisons de soins psychiatriques. Dans et à quelles conditions ?
3. Combien ça coûtera et quelles économies peut-on espérer ?
4. Qui paiera ?
5. Qui a le pouvoir ?

1. Combien de malades à domicile ?

Les malades pourront d'autant plus rester à domicile qu'ils disposent d'une autonomie suffisante, qu'un entourage (familial) minimum existe, que les soins coordonnés à domicile sont suffisamment organisés et de qualité. On peut envisager que plus de la moitié des patients candidats à l'hospitalisation ou peu hospitalisés se retrouvent dans ce cas. Un des facteurs limitants bien connu est la présence nocturne d'un (semi) professionnel. La télévigilance est une réponse partielle à cette problématique, mais les progrès de la télématique permettent d'envisager des systèmes plus performants encore.

2. Combien de malades hébergés dans des institutions non-hospitalières ?

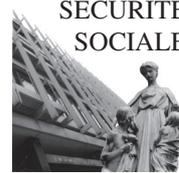
Un certain nombre de patients ne pourront rester ou rentrer chez eux, soit en fonction de la lourdeur de la pathologie (démence, grabataires souffrant d'incontinence mixte, etc.), soit en raison de l'insuffisance des services offerts au domicile. On peut espérer que ce dernier facteur limitant disparaîtra progressivement. Dans ces cas, l'hébergement s'impose et les structures actuelles présentent de gros problèmes de sous-financement : la quote-part des patients (ou à défaut des familles ou des communes) dans l'hébergement en maison de repos et de soins est profondément inéquitable et doit être modifiée, nous reviendrons sur cette question.

L'hébergement est organisé de façon complètement

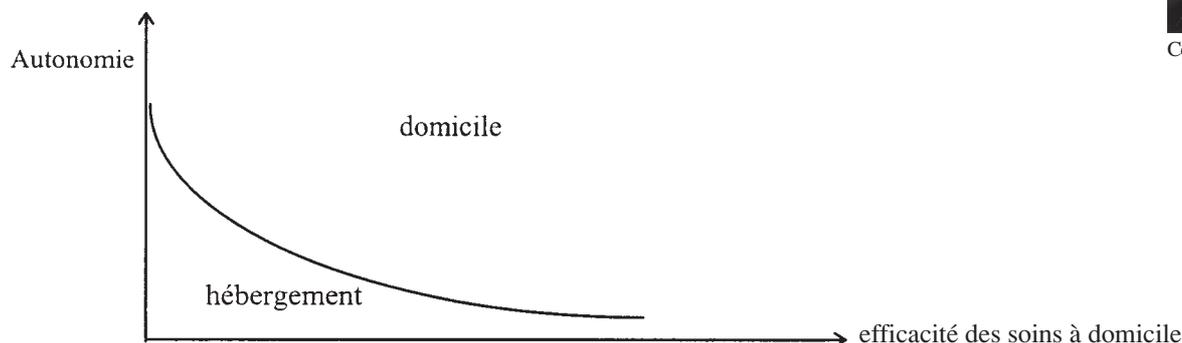
1. Cfr article du cahier consacré au forfait dans Santé conjugulée numéro 3.

2. voir le cahier de Santé conjugulée numéro 1.

3. A ce sujet, on peut se demander ce que devient l'économie hospitalière pour les maisons médicales au forfait. En effet, tout effort de retour précoce aidera l'hôpital, mais pas l'INAMI et donc n'induirra pas d'économies. Il ne restera plus que le levier des taux d'admission.



Cette dame est à jeter ?



éclatée et les passerelles entre les différentes structures sont loin d'être évidentes. Ne voit-on pas des patients débiles d'âge moyen hébergés avec des personnes âgées saines d'esprit dans des maisons de repos, ou des appartements communautaires. Les lieux de vie pour handicapés adultes font globalement défaut, là aussi le financement en partie régional ne garantit pas l'équité. L'hébergement privé, surtout en maisons de repos, pose le problème du rapport entre le marché et des personnes en perte d'autonomie. La dissymétrie entre l'offre et la demande risque d'induire des comportements peu acceptables de la part de l'offreur.

En ce qui concerne les soins psychiatriques ambulatoires, le professeur Cassiers explique avec raison que l'organisation doit être réalisée au départ de l'hôpital, sans quoi le financement (fédéral) ne suivrait pas. Les implications d'un tel constat seront analysées au point 5.

3. Combien ça coûtera, quelles économies peut-on en espérer ?

Deux paramètres vont évoluer en sens inverse : le vieillissement de la population et le virage ambulatoire⁴. Il est difficile de prédire quel équilibre s'établira entre ces deux courbes. Mais nous pouvons dire que, toute autre chose étant égale par ailleurs, l'ambulatoire coûtera beaucoup moins cher que l'hospitalisation. Une journée de maison de repos et soins coûte moitié moins cher qu'une journée d'hôpital. Il faut évidemment parler du coût total en ce compris le coût pour les patients, leur famille, les pouvoirs publics des différents niveaux. Le domicile a une performance encore supérieure. Le coût d'opportunité (loisir) pour l'entourage doit évidemment être estimé.

On voit déjà que, si globalement le virage ambulatoire augmentera l'efficacité du système, il y aura des victimes si ce virage n'est pas négocié correctement. Il y a trois types de victimes

potentielles : les usagers, les cotisants modestes, les travailleurs du secteur hospitalier.

Le virage ambulatoire est pour nos décideurs l'occasion de commettre quelques délits d'iniquité sous couvert d'efficacité.

Comment ont-ils déjà et vont-ils encore procéder ?

Le financement des soins ambulatoires devraient être **intégralement** assuré par les économies induites en soins hospitaliers (INAMI et santé publique !), avec des tickets modérateurs soit nuls soit proportionnels aux tickets modérateurs hospitaliers. Dans les deux cas, les coûts pour les patients baisseraient. Cette baisse du prix payé par les patients aurait pour effet de favoriser le recours aux soins ambulatoires. Pour ce faire, il faut un budget global soins de santé géré au niveau fédéral⁵ basé sur une assiette d'impôt, ou à défaut les cotisations sociales plus une cotisation sociale généralisée dont la part serait rapidement croissante.

On le voit, le saucissonnage du financement des soins de santé est à proscrire car il sépare les budgets de façon irrationnelle. Dans le contexte actuel, il est impossible de transfuser les moyens financiers en même temps qu'on transfère les patients d'un type de secteur vers l'autre.

4. Qui paiera ?

Question fondamentale. Avant d'y répondre, il nous paraît important de rappeler quelques principes généraux **d'équité dans le financement** des soins de santé. Wagstaff et Van Doorslaer définissent quatre grandes catégories de financement par ordre d'équité décroissante⁶ :

1. Le financement par **l'impôt** qui est progressif, théoriquement calculé sur l'ensemble des revenus et donc sur la capacité contributive. (En Belgique, le précompte libérateur différencie indûment les revenus du travail et du capital).

4. *Le vieillissement est souvent décrit comme un scénario catastrophe qui engloutit la sécurité sociale et obère toute réorientation des dépenses. En fait, passé un certain âge (variable), le vieillard consomme la même chose voire de moins en moins. D'autre part, la médecine ne doit pas ajouter des années de vieillesse, mais des années de jeunesse.*

5. *Des enveloppes régionales ou sub-régionales pourraient être définies sur base des besoins et gérées à ce niveau.*

6. *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective. Oxford university press, New York, 1993.*

2. Le financement par **l'assurance publique** ou les cotisations sociales dont l'assiette concerne seulement les revenus du travail. (La cotisation sociale généralisée française touche aussi les revenus de remplacement et du capital, elle est en fait un impôt affecté déguisé et correspond à la première catégorie.).
3. Le financement par **l'assurance privée** qui demande des primes identiques à tous, ou, pis encore, calcule les primes en fonction des risques. Dans ce système, les plus pauvres qui sont aussi les plus à risque paieraient des cotisations plus élevées !
4. Le **financement direct** par l'utilisateur au moment de l'épisode morbide. Dans ce dernier cas, le paiement s'identifie au financement ce qui n'est pas le cas des trois systèmes totalement ou partiellement solidarisés ci-dessus.

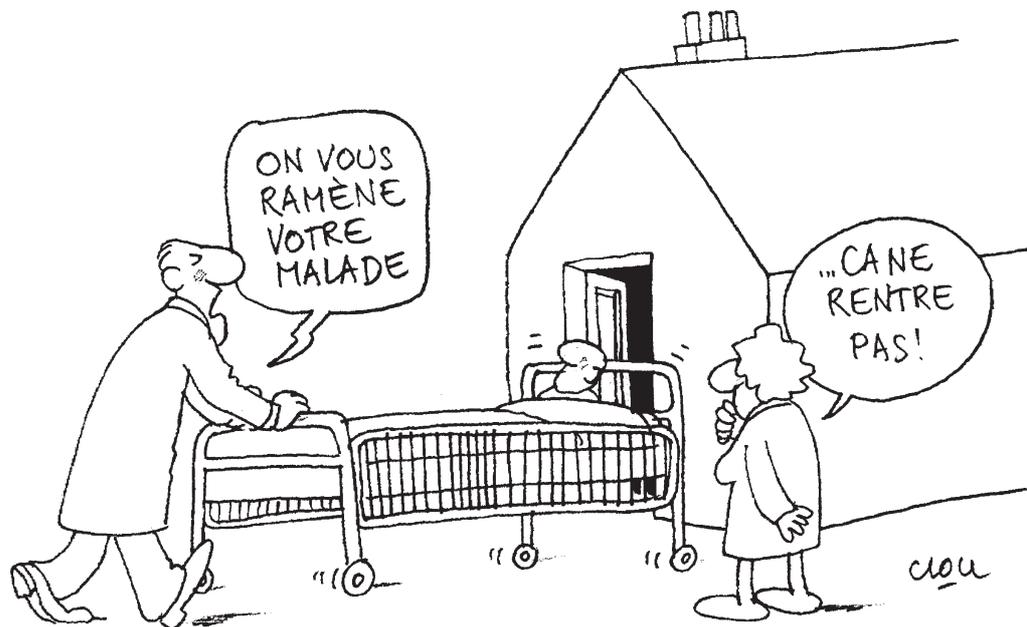
communautaire > régional > provincial > communal), plus l'équité est grande, toute autre chose étant égale par ailleurs⁷.

Le système belge est en mutation, c'est-à-dire qu'on assiste à une cascade des compétences du haut vers le bas : l'iniquité s'aggravera pour la communauté la moins riche, la région la moins riche, la province, la commune... Un dépassement vers le haut (européen en particulier) paraît souhaitable⁸.

On assiste également à une croissance des modes de financement inéquitables comme l'augmentation des tickets modérateurs (mesures Anselme), le projet d'assurances dépendance des mutualités chrétiennes et socialistes (financement égal pour tous indépendamment des revenus). Le système belge s'engage donc vers toujours **plus d'iniquité** en ce qui concerne le financement.

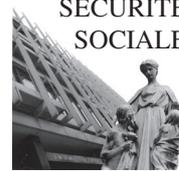
7. La péréquation est un mécanisme qui permet de solidariser financièrement les régions pauvres et les régions riches sans toucher à l'autonomie décisionnelle des pouvoirs fédérés.

8. Les technocrates européens sont des libéraux convaincus, ils unifient les législations commerciales pour les plus grands biens des marchands, mais ils laissent la demande sociale émise au niveau national ce qui crée des effets de concurrence favorable au détricotage des protections sociales.



Le système belge se caractérise par une combinaison des quatre modes de financement définis plus haut. Il est encore compliqué par l'existence des différents niveaux de pouvoir et **l'absence de péréquation** claire entre tous les niveaux de pouvoirs. D'une manière générale et pour simplifier, nous pouvons dire que plus le niveau de pouvoir est élevé (européen > fédéral >

Pour illustrer les difficultés de réformer le système belge, nous allons prendre deux exemples qui confirment la paralysie générée par l'égoïsme sacré. Au point 2, nous nous faisons écho du discours du professeur Léon Cassiers sur le virage ambulatoire en soins psychiatriques. Sa lecture sur le pouvoir hospitalier ne pouvait que nous révolter. En fait, le discours n'était pas une revendication



Cette dame est à jeter ?

hospitalière, mais un constat structurel. Le virage ambulatoire suppose le passage d'une compétence fédérale à une compétence (au moins partiellement) régionale. Dans ce contexte, le financement s'effondre puisque le fédéral ne compte pas ristourner les économies fédérales réalisées aux régions. La seule façon de maintenir l'équité, et donc d'éviter un financement insuffisant, c'est de garder l'hôpital comme aspirateur de fonds fédéraux, pour transférer à travers lui, les fonds nécessaires à l'ambulatoire.

L'assurance dépendance est tout aussi kitsch. Déjà Philippe Busquin s'était préoccupé de ce problème lors de son passage aux Affaires sociales. La question de savoir s'il s'agit d'une compétence fédérale, communautaire ou régionale ne semble pas résolue. In fine, il apparaît que les mutuelles vont organiser un financement complémentaire par cotisation égale. Il n'est pas certain que cette façon de procéder soit plus équitable qu'une gestion régionale. Par contre, ce système est bien pis qu'un financement dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité fédérale. Dans ce système, il y a une solidarité des dépenses mais pas des cotisations ; au niveau d'une gestion régionale, chaque région par contre aurait pu taxer davantage ses riches que ses pauvres.

5. A qui le pouvoir ?

Nous avons vu que le virage ambulatoire est un enjeu pour les politiques mais aussi pour les syndicats. Il s'agit aussi et peut-être surtout d'un enjeu entre les prestataires de soins. Nous allons distinguer deux grandes modalités de virage ambulatoire :

● Le virage hospitalo-centrique ou *case management*

Dans ce schéma, l'hôpital descend sur la ville et se répand jusque dans les maisons des malades avec l'aide subordonnée de services ambulatoires sans médecin généraliste. On observe cette stratégie dans le traitement du SIDA à domicile et dans le retour précoce à domicile des accouchées avec accoucheuses de l'hôpital qui effectuent le suivi du post partum en ambulatoire.

● Le virage « généralisto-centrique »

Ce terme barbare signifie que le généraliste est au

centre du processus : après la parenthèse hospitalière, il reprend en charge le malade qu'il a connu auparavant. Le généraliste solo peut s'entourer soit de prestataires libéraux comme lui, dans un fonctionnement atomisé, soit de centrales de soins. Dans ce cas, il est en effet au centre mais comme une île au milieu d'un océan organisé.

Ces deux formules posent problèmes. Nous pensons que l'équipe de base pluridisciplinaire est mieux à même de suivre des cas lourds à domicile dans la continuité et l'intégration des soins aux autres membres de la famille.

La question est pour les généralistes de savoir à quelle sauce ils seront mangés. Soit ils négocieront, ils s'organiseront en proposant un modèle complet, valide, efficace de soins ambulatoires, soit ils disparaîtront, en premier lieu dans les grandes villes.

Que demande le peuple ? Les patients souhaitent le plus souvent rester à domicile, les familles en général préfèrent garder leur malade à domicile, mais à l'occasion de « crises » passagères, souhaitent un hébergement de relais⁹. Il n'y a aucune raison valable d'organiser les soins à domicile à partir de l'hôpital. En effet, celui-ci souffre déjà d'une maladie liée à sa taille : la bureaucratie. L'éloignement entre le patient et le centre décisionnel ne permettra pas le rétro-contrôle du patient et des familles, contrôle qui serait beaucoup plus aisé avec un généraliste et a fortiori avec une équipe pluridisciplinaire (subsidiarité).

Les modèles de distribution des soins à domicile

En Belgique francophone (région wallonne et bruxelloise), il existe trois modèles de distribution de soins lourds polyvalents à domicile.

Le tableau 1 situe les différents types de professionnels et leur association plus ou moins étroite au sein de structures définies.

On se rend aisément compte de la difficulté que représente l'articulation de ces différents modèles. Le modèle Centre de santé intégré (CSI) s'articule assez bien avec la partie inférieure (tableau 2) du modèle « Picqué ». Par contre, il y a un recouvrement pour les kinésithérapeutes et infirmier(e)s.

9. Pas forcément une hospitalisation, mais là se pose classiquement le problème des délais pour les autres formes d'hébergements.

	Centre de santé intégré	Coordination « Picqué » (Centre de soins à domicile et Croix jaune)	Coordination « Bertouille » (association de généralistes)	Centre de guidance
globalité	oui	non (cas lourds)	oui	non (troubles psy)
intégration	oui	oui	non	oui
accessibilité	oui	oui (sauf médecine générale)	non	oui
continuité	oui	non	oui	non

tableau 1

On notera que le modèle « Bertouille » marque une préférence idéologique pour la coordination d'indépendants par opposition à une intégration plus étroite via un « employeur » commun. Il va de soi que la coordination avec les centres de guidance ne pose guère de problème pour les thérapies. Par contre, la présence d'un psycho-

thérapeute intégré au centre de santé intégré est souhaitée pour le travail d'inter-(super) vision et le débroussaillage de cas. Le vrai problème qui persiste entre un centre de santé intégré, les Coordinations « Picqué » et les Centres de guidances porte sur l'aspect spécialisé ou non des services. Les coordinations sont réservées aux cas lourds, les centres de guidances aux troubles psychologiques, tandis que les centres de santé intégrés offrent des soins au tout venant. L'intégration est très forte dans les centres de santé intégrés et faible dans les Coordinations « Bertouille » (voir tableau 2).

	Centre de santé intégré	Coordination « Picqué » (Centrale des soins à domicile et Croix jaune)	Coordination « Bertouille » (association de généralistes)	Centre de guidance
Médecine générale	indépendant ou salarié	non	indépendant	non
Kinésithérapie	indépendant ou salarié	salarié	indépendant le plus souvent	non ou salarié, psychomotricité
Infirmières	salarié	salarié	indépendant le plus souvent	non
Secrétariat/accueil	salarié ou bénévole	salarié	salarié (coordination)	salarié
Psychologue	ou psychiatre, ou psychanalyste	non	non	salarié
Psychiatre	ou psychologue ou psychanalyste	non	non	salarié
Assistant social	salarié	salarié (?)	non (?)	salarié (?)
Aide familiale	non	salarié	non	non
Aide ménagère	non	salarié	non	non
Repas à domicile	non	salarié	non	non
Aide logistique	non	salarié	non	non
Télévigilance	non	oui	non	non

tableau 2