

Charge sur les mutuelles!

TROP DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Dans les mutuelles, la chaîne économique verticale (patient, grossiste, hôpital et pharmacie) inquiète les professionnels de la santé, qu'ils soient médecins, pharmaciens, kinés, etc. Elle scan-

nalise aussi certains patrons de l'industrie, qui préfèrent toutefois rester anonymes par peur des représailles... dans le cadre du remboursement d'un de leurs futurs produits. PAR VINCENT LIÉVIN

Un autre organisme renchérit : « Un assureur tel que la DKV vit d'une cotisation et n'est pas politisé. »

Pour ce pharmacien indépendant, qui lutte au cœur de Bruxelles face à des pharmacies « mutualisées » : « Ce qui n'est pas acceptable avec les mutuelles, c'est qu'elles sont dans les prises de décision et elles sont aussi les bénéficiaires des décisions : elles sont donc en conflit d'intérêts. On pourrait notamment réduire les coûts provoqués par les mutuelles en diminuant ce type de conflit d'intérêts. Pour ma part, je ne dis pas que les mutuelles ont un trésor de guerre, mais je dis qu'elles doivent arrêter les conflits d'intérêts et mettre en place une comptabilité transparente à tous les niveaux. »

Pour cet autre patron d'industrie, il faut être concret dans ce type de dossier très sensible : « Un exemple concret du danger de la verticalité des mutuelles ? Je vois des hôpitaux et des maisons de repos acheter des volumes de médicaments disproportionnés par rapport à leur taille. Ces achats se font chez des grossistes ou des pharmaciens de la même mutuelle. Ce n'est pas normal. Quel contrôle a-t-on sur les prix de vente réels et les prix d'achat réels ? Exemple : un grossiste appartenant à une mutuelle achète 10 000 boîtes d'un produit. Cela lui permet de casser les prix. Il en revend 8 000 à un hôpital et 2 000 à une pharmacie, tous deux appartenant à la même mutuelle, ce qui permet de casser les prix par rapport aux pharmacies et hôpitaux concurrents. Ce n'est pas acceptable. »

Une autre question en terme de concurrence pose problème à ce patron d'un hôpital privé : « Les mutuelles ne paient pas à la même vitesse les prestations aux hôpitaux qu'elles dirigent et celles aux hôpitaux qui n'appartiennent pas à leur réseau. Cela provoque une distorsion

Mais que peut-on reprocher aux mutuelles, qui aident à la bonne santé de millions de Belges depuis des dizaines d'années ? Est-ce encore un acte malveillant « d'une pensée de droite » ? Pour cette enquête, M... Belgique a rencontré plusieurs dizaines d'experts sur la question au sein des mutuelles, de l'industrie pharmaceutique, des médecins, pharmaciens, patients, responsables politiques, ou de maisons médicales... Que peut-on retenir de toutes ces rencontres ? Difficile de parler de transparence absolue dans un secteur qui est pourtant complètement lié à l'argent public.

DES MUTUELLES «COMMERCIALES» ?

« Il est temps de remettre de l'ordre dans les mutuelles. Pour rappel, le consommateur paie des taxes qui permettent à l'Etat de donner de l'argent aux mutuelles. Celles-ci pourront ensuite rembourser les pres-

tations. Pourtant, ce qui devrait être une opération blanche ne l'est pas ! Les mutuelles sont en effet devenues propriétaires de grossistes en médicaments, d'hôpitaux et de pharmacies. Cela leur permet de dégager des profits grâce à de l'argent public... sans que cet argent ne retourne vers le citoyen, nous explique ce patron de l'industrie pharmaceutique. Elles dégagent des marges qui ne sont pas répercutées au client. Et lorsque l'industrie baisse ses prix, la question est de savoir où va la ristourne... Cela pose vraiment la question de la gestion de l'argent public. Ce n'est pas normal que les mutuelles soient propriétaires d'une chaîne verticale. » Pour ce médecin, habitué des relations avec les mutuelles, d'autres questions se posent : « Elles reçoivent des fonds en fonction du nombre d'affiliés... et ensuite elles régulent la vitesse de paiement des factures. Elles peuvent donc toucher des taux d'intérêt sur les sommes en attente. Ce n'est pas acceptable. Le vrai enjeu est la manipulation du système de facturation : la régulation de la vitesse de paiement et du prix du paiement.

« Une mutuelle ne peut pas être un centre de profit. Elle ne peut pas créer de nouveaux services (voyage, sport...) avec l'argent public au lieu de le remettre dans le secteur des soins de santé. Elle devrait rendre l'argent aux affiliés et à l'Etat. »

*économique entre les deux hôpitaux.»
Quelles solutions face à tous ces problèmes? Ce médecin évoque une piste: «Le dossier médical devrait permettre, si l'Etat le voulait, de connaître le prix des prestations. Il serait donc possible de centraliser un remboursement au patient sans l'intervention des mutuelles. Cet acte pourrait être posé mensuellement. Cela générerait des économies*

de plusieurs millions d'euros. Evidemment, les organismes assureurs n'y sont pas favorables.»

Mais ce n'est pas tout, au fil des rencontres, on reproche aussi d'autres tares aux mutuelles: «La relation avec la CRM: le rôle des mutuelles dans le remboursement des médicaments. Elles bloquent souvent l'arrivée de certains médicaments pour raisons économiques... Mutuelle-politique: une relation qui a un coût. En effet, les mutuelles sont les cogardiennes du système. Elles font passer les mesures économiques qui leur plaisent via le politique. Les mutuelles ont des assurances complémentaires et notamment aussi pour les suppléments en chambre double.» **VINCENT LIÉVIN**

Les 10 questions qui fâchent

Comparé aux modèles étrangers, le système belge de soins de santé a une particularité remarquable: l'Etat (via la Sécurité sociale et l'Inami, Institut national d'assurance maladie-invalidité) délègue à des organismes de statut privé non lucratif – les mutuelles – les missions de rembourser les soins de santé et de payer les indemnités d'incapacité de travail et de maternité. Elles sont aussi en charge de l'exécution de l'assurance soins de santé et indemnités (SSI) obligatoire, sous la surveillance de l'Inami. «Elles sont, comme le rappelait récemment Jean-Pascal Labille, secrétaire général de Solidarité-Mutualité socialiste, le seul organisme auquel les Belges sont obligés de s'affilier.» Ces puissantes institutions sont incontournables dans notre système des soins de santé. Mais sont-elles vraiment performantes, sous- ou surfinancées, assez contrôlées? M... Belgique pose les 10 questions qui fâchent. PAR VINCENT CLAES

1 Pourquoi reçoivent-elles autant d'argent tous les mois?

Notre système des soins de santé est financé par les cotisations sociales payées par les employeurs et les travailleurs (via l'ONSS), les subventions de l'Etat, des taxes (TVA sur certains produits) et des contributions spécifiques des compagnies d'assurance, de l'industrie pharmaceutique, etc. Près de 70% de ces recettes globales (soit près de 21 milliards d'euros en 2014) sont confiés aux mutualités. Afin d'accomplir concrètement leurs missions, les 7 organismes assureurs reçoivent tous les mois de l'Inami un budget pour pouvoir rembourser les patients et les prestataires (médecins, hôpitaux, etc.) qui ont été payés via le système du tiers payant. Ce

«douzième budgétaire» est calculé en fonction du poids des mutuelles (nombre de membres affiliés, voir tableau ci-contre) et des dépenses qu'elles ont effectuées l'année précédente.

Une autre source de financement des mutuelles provient des cotisations de leurs membres pour l'assurance «complémentaire». Le paiement de cette cotisation par les membres est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2012. Par exemple, en 2013, les Mutualités libres ont perçu 118,3 millions d'euros de cotisations de leurs membres pour l'assurance complémentaire. Les organismes assureurs dégagent également des recettes grâce à certaines de leurs activités.

Tableau des effectifs des mutualités

A.N.M.C : Alliance nationale des mutualités chrétiennes	4.560.973
U.N.M.N. : Union nationale des mutualités neutres	508.034
U.N.M.S. : Union nationale des mutualités socialistes.....	3.118.683
U.M.N.L : Union nationale des mutualités libres.....	2.107.892
U.M.L. : Union nationale des mutualités libérales	571.541
C.A.A.M.I. : Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	88.537
SNCB Holding	107.499
Total :	11.063.159

2 Les mutuelles ne devraient-elles pas réduire leurs frais d'administration (1,063 milliard)?

« DE 2004 À 2014, les frais administratifs des mutuelles ont augmenté de plus de 23% », pointait du doigt le MR en campagne électorale...

A côté du budget que les mutuelles reçoivent de l'Etat pour rembourser leurs membres et les prestataires de soins, l'Inami leur paye des frais d'administration (soit 3 à 5% des dépenses de l'assurance maladie-invalidité). En 2014, les 5 organismes assureurs classiques (ANMC, UNMN, UNMS, UMNL, UML) ont ainsi perçu 1 063 millions d'euros pour leurs frais d'administration. La CAAMI et la Caisse soins de santé de la SNCB jouissent d'un régime spécifique. Elles ont respectivement obtenu 18,07 millions€ et 33,48 millions€ pour leurs frais d'administration.

L'année passée, les organismes assureurs ont dû, à la demande du gouvernement, faire un effort budgétaire de 46,9 millions d'euros sur leurs frais d'administration. Certains acteurs du secteur estiment que ces frais d'administration doivent être encore réduits. « Entre 2004 et 2014, ces frais ont

augmenté de 23,7%! », pouvait-on lire dans le volet santé du programme électoral du MR.

des prestations et à la prise en charge des frais d'administration. Depuis le fameux procès des « mutuelles », intenté par le Dr André Wynen (président des Chambres syndicales des médecins) pour empêcher les grandes mutuelles de faire fructifier sur des comptes à haut rendement l'argent versé par l'Inami aux mutuelles afin d'alimenter des caisses noires, plusieurs réglementations encadrent l'utilisation des fonds des organismes assureurs.

La Mutualité chrétienne rappelle, dans un document consacré aux 50 ans de l'Inami, qu'avant l'instauration du mécanisme de responsabilisation, elle-même cumulait un surplus de 650 millions d'euros alors que les Mutualités socialistes comptabilisaient théoriquement un déficit de près de 2,075 milliards d'euros.

3 Saviez-vous qu'elles placent votre argent et récoltent des intérêts?

Les mutuelles peuvent, en respectant une série de règles strictes, placer les fonds dont elles disposent à la banque pour en récolter des intérêts. Ces fonds doivent être affectés principalement au remboursement

Les 5 chiffres qui surprennent

- **1 063 millions d'euros** En 2014, les 5 organismes assureurs classiques (ANMC, UNMN, UNMS, UMNL, UML) ont perçu 1 063 millions d'euros pour leurs frais d'administration. La CAAMI et la Caisse soins de santé de la SNCB jouissent d'un régime spécifique: pour leurs frais d'administration, elles ont respectivement obtenu 18,07 millions € et 33,48 millions €.
- **702 millions** L'actuel fonds spécial de réserve des mutuelles s'élève à 702 millions d'euros, dont 631 millions proviennent des bonis et 70,9 millions des cotisations « spéciales » des membres.
- **21 milliards** C'est la somme astronomique confiée l'année passée aux mutualités.
- **Plus de 800 millions** Les mutuelles ont remboursé 840 millions d'euros à leurs membres dans le cadre de l'assurance complémentaire.
- **Combien de millions en trésor caché ?** « S'il y en a un, il pourrait provenir des bénéfices dégagés par leurs assurances complémentaires, qui sont aussi contrôlés par l'Office de contrôle des mutuelles » (Benoît Collin, administrateur général adjoint de l'Inami). ■

4 Que font véritablement les mutuelles de tout cet argent?

Dans le cadre de l'assurance obligatoire, les mutuelles remboursent aux assurés leurs frais de santé (consultation chez le médecin, hospitalisation, etc.) en fonction de leur statut, paient aux prestataires le complément du ticket modérateur payé directement par le patient dans le système du tiers payant pour certaines prestations et interviennent dans le coût des médicaments remboursés. Elles paient les indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité, de maternité, de paternité et d'adoption. Elles offrent aussi, en cas de décès, une allocation pour les frais funéraires. Ces indemnités représentent des montants importants. Rendez-vous compte: en 2014, l'Inami a dépensé globalement 670 millions € pour les indemnités de congés de maternité, d'écartement de travail, de paternité et d'adoption, 1 716 millions € pour l'incapacité primaire de travail des

ouvriers et des employés et 4 543 millions € pour l'invalidité.

Dans le cadre de leur assurance complémentaire, les mutuelles remboursent également partiellement les frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance soins de santé obligatoire. La couverture de ces frais et le choix de les couvrir ou non dépend de chaque mutuelle. Cela va de l'octroi d'une indemnité dans l'achat de lunettes au remboursement de frais de déplacement en ambulance en passant par le remboursement forfaitaire de pratiques non conventionnelles (homéopathie, etc.), de la location d'un lit, etc. Globalement, en 2010, les mutuelles ont remboursé 840 millions d'euros à leurs membres dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Au fil des années – et sous pression de la concurrence entre les mutuelles –, les mutualités ont développé des produits d'assurances facultatives pour l'hospitalisation, les frais dentaires, etc.

LES PATIENTS

disposent actuellement d'applications pour se tenir informés du coût des médicaments, séjours hospitaliers, certains soins, etc.

5 Où passent les bonis des mutuelles? (Plus de 700 millions d'euros!)

Depuis plusieurs années, les budgets des organismes assureurs sont en boni. Que font-ils de cet argent ?

Si une mutuelle dépasse le budget auquel elle a droit pour assurer ses missions, elle est obligée de couvrir le déficit (maximum 25 % de celui-ci). A l'inverse, si elle agit en « bon père de famille » et reste dans les clous, elle peut percevoir un « boni ». 25 % de celui-ci sont alors versés au fonds spécial de réserve pour la responsabilité financière. Le reste retourne dans le système. Si toutes les mutuelles dépassent ensemble 2 % de l'objectif budgétaire, les dépassements individuels de chaque mutuelle sont plafonnés à 2. Si les fonds de réserve ne suffisent pas pour renflouer les caisses, chaque mutuelle peut réclamer une « cotisation spéciale » à ses membres. « Dans le système de responsabilisation des organismes assureurs, c'est finalement l'assuré qui paie, puisque sa mutuelle peut lui demander de payer une cotisation spéciale. On a connu cette situation dans les années 50 et 60 lorsque les mutuelles devaient faire appel à leurs membres », explique Pierre Fastenakel's, directeur financier de l'Inami.

Afin d'alimenter le fonds de réserve, chaque assureur doit obligatoirement au moins disposer d'un montant de 4,46 € multiplié par le nombre de ses titulaires. Dans le cas de la Mutualité chrétienne, par exemple, ce filet de sécurité s'élève au moins à 14 millions €.

Selon la Mutualité chrétienne, entre 1995 et 2004, les organismes assureurs ont dû puiser en moyenne

0,1 % de leur budget des soins de santé dans leurs fonds de réserve de la responsabilité financière et ont dû demander des cotisations supplémentaires à leurs affiliés. Par contre, ensuite, grâce à l'augmentation de la norme de croissance du secteur de la santé, les mutualités ont engrangé, selon la Cour des comptes, plus de 552,2 millions € (chiffres de 2011). Une évolution qui a fait dire à la Cour des comptes que les mutualités ne devront globalement plus faire appel à leurs fonds propres ou à des cotisations spéciales durant les 10 prochaines années en cas de dépassement du budget. En clair, elles sont moins incitées à bien gérer les dépenses.

« Les mutuelles ne peuvent pas utiliser les bonis comme elles l'entendent. Les mutuelles ont été obligées de réinjecter l'argent dans le circuit de trésorerie. Il n'y a pas de véritable bas de laine des mutuelles », précise Pierre Fastenakel's, directeur financier de l'Inami, qui évalue l'actuel fonds spécial de réserve des mutuelles à 702 millions d'euros, dont 631 millions provenant des bonis et 70,9 millions provenant des cotisations « spéciales » des membres. « Cet argent ne peut pas être utilisé pour, par exemple, financer les assurances complémentaires des mutuelles ou renouveler le parc automobile de leurs employés. Cet argent sert soit à rembourser les malis, soit, en cas de boni, il est réinjecté dans le système. Le seul "trésor caché" des mutuelles, s'il y en a un, pourrait être les bénéfices dégagés par leurs assurances complémentaires, qui sont aussi contrôlés par l'Office de contrôle des mutuelles », avance prudemment Benoît Collin, administrateur général adjoint de l'Inami.

6 Les mutuelles doivent-elles avoir plus de pouvoirs ?

D'aucuns estiment que, dans le cadre de leur responsabilisation financière, ils devraient disposer d'instruments pour pouvoir « corriger » les dépenses de leurs membres.

Actuellement, les mutuelles influencent le comportement des assurés grâce à des applications disponibles sur leur site internet, consacrées par exemple au coût des médicaments et des séjours hospitaliers ou en publiant des études comparatives sur le traitement de certains cancers dans les hôpitaux. « *Nous sommes un contre-pouvoir. Et notre existence relève d'une nécessité absolue pour ce pays. Parce qu'un pays sans contre-pouvoir, on appelle ça une dictature* », a déclaré samedi passé Jean-Pascal Labille, secrétaire général de Solidaris-Mutualité socialiste, lors de la clôture des assises 2015 de l'organisme assureur.

PATIENTS PAYEURS

Il a qualifié les mutualités de « voix des sans-voix » et précisé que sa mutuelle a l'ambition de devenir le guichet social unique des citoyens.

L'ABSyM, le plus important syndicat de médecins, a un autre avis sur le rôle des mutuelles. « *Il est faux de croire que les mutuelles sont des ardents défenseurs des patients* », rappelle régulièrement le Dr Marc Moens, vice-président de l'ABSyM. Et d'illustrer ses propos par l'attitude des organismes assureurs lors d'une réunion du Comité de l'assurance de l'Inami, le 17 janvier 2012. « *Pour ne pas devoir elles-mêmes économiser 20 millions d'euros supplémentaires sur leurs frais d'administration, les mutuelles ont décidé lors de cette séance de réaliser cette économie sur le dos des patients. En terrorisant les médecins prescripteurs, elles sont parvenues, par des exigences administratives fantaisistes extravagantes et par des refus de prescriptions, à priver pendant des semaines un grand nombre de patients des médicaments dont ils avaient besoin, voire de leur supprimer ces médicaments à titre définitif, d'où moins de dépenses dans la rubrique médicaments de l'Inami en 2012, comme c'était le souhait des mutuelles.* »

7 Les mutuelles contrôlent-elles assez les factures ?

Les organismes assureurs disposent d'un outil efficace pour réduire les coûts des soins de santé. Elles peuvent contrôler les factures des hôpitaux et des prestataires de soins pour vérifier si les tarifs appliqués et indications sont conformes à la réglementation.

Dans un rapport sur la responsabilité financière des mutualités, édité à l'occasion des 50 ans de l'assurance-maladie invalidité, la Mutualité chrétienne regrette que les organismes assureurs ne puissent pas suffisamment intervenir dans le processus de dépenses. « *Les organismes assureurs devraient, par exemple, promouvoir davantage le premier échelon (par exemple, la médecine générale) et la prévention en intervenant dans les règles de l'assurance soins de santé. Elles devraient pouvoir également déconseiller aux membres de se*

faire soigner dans certains hôpitaux qui n'offrent pas une qualité suffisante (par exemple, parce qu'ils ne réalisent pas suffisamment certains actes). »

BONS CONSEILS

« *Les mutuelles voudraient pouvoir mieux responsabiliser leurs propres affiliés, par exemple en faisant plus de "case management" et en offrant plus d'informations ciblées aux patients, ou en leur conseillant d'utiliser des médicaments génériques, ou de choisir un hôpital moins onéreux,* commente Benoît Collin, administrateur général adjoint de l'Inami. *La loi permet déjà à un organisme assureur d'adresser un courrier ciblé à certains de ses membres pour leur donner des conseils. Il y a déjà eu quelques tentatives dans ce sens, accueillies assez froidement, notamment, par le corps médical.* »

8 Pourquoi les mutuelles ne récupèrent-elles pas assez les indus ?

En 2009, l'Inami a, en collaboration avec les mutualités, versé près de 5 milliards € à des personnes bénéficiant d'une indemnité pour une incapacité de travail due à des raisons médicales. La Cour des comptes a réalisé un audit en 2011 pour vérifier si ces prestations sont payées correctement et si les mutuelles récupèrent bien auprès des bénéficiaires les sommes que ces derniers n'auraient pas dû recevoir (indus). La Cour des comptes a constaté des lacunes dans les procédures de récupération mises en place par les organismes assureurs. La principale est le retard de réaction de la mutuelle face aux cas de paiements indus. Or, passé le délai légal de prescription de 2 ans, ces sommes ne peuvent plus être récupérées auprès des bénéficiaires et restent dès lors à charge de l'Etat. Des contrôles effectués par l'Inami ont révélé que les mutuelles ne détectent pas toujours les indus dans les délais requis.

9 Leurs performances seront-elles mieux évaluées et surveillées ?

Le 1^{er} juillet 2014, un arrêté royal visant à responsabiliser les organismes assureurs en fonction de leurs performances est entré en vigueur. « *Concrètement, précise Benoît Collin, administrateur général adjoint de l'Inami, 10% de la part globale des frais d'administration des organismes assureurs – qui tourne autour du milliard d'euros – sont attribués à chaque organisme assureur en fonction de ses performances.* » La loi qui vient d'entrer en vigueur sera applicable aux frais d'administration des mutuelles de 2016. Les sommes en jeu sont importantes : le budget global des soins de santé et des indemnités s'élève à 38 milliards d'euros pour 2014, un des budgets les plus importants de l'Etat. Plusieurs nouveaux critères de performance ont été retenus pour évaluer les organismes assureurs. Ils concernent une série de processus : la fourniture d'informations individualisées (dans des cas concrets) ou collectives (en vue de la garantie et du maintien des droits) aux assurés sociaux ; l'attribution et l'exécution correctes, uniformes, des droits et des paiements des prestations dans les délais fixés ; la détection et la récupération des prestations indues et des montants à récupérer ; l'organisation de mécanismes de contrôle et d'audits internes, la participation à des études sur des politiques de santé et la gestion comptable. Chaque année, l'Office de contrôle des mutuelles et l'Inami vont définir des indicateurs précis. Grâce à ces audits réguliers, l'Inami va pouvoir comparer les performances des mutuelles entre elles et suivre sur la durée la manière dont les mutuelles s'adaptent aux exigences.

10 Va-t-on assister à un bras de fer permanent?

La nouvelle ministre de la Santé publique et des Affaires sociales a, depuis le début de son mandat, mis les organismes assureurs sous pression. Vendredi dernier, le Conseil des ministres a approuvé un avant-projet de loi déposé par Maggie De Block, visant à renforcer la transparence financière des mutuelles. Elle a également demandé à la Cour des comptes de réaliser un audit.

Durant la dernière campagne électorale, les mutuelles ont été particulièrement critiquées par certains partis (le MR et la N-VA), aujourd'hui membres du gouvernement. Les mutualités socialistes et chrétiennes bénéficieront moins, durant les cinq prochaines années, du soutien des partis politiques « frères ».

Dans son programme électoral, le Mouvement réformateur décochait quelques flèches acérées contre les organismes assureurs. Il se déclarait interpellé par le budget des frais d'administration octroyé par l'Etat aux mutualités (soit 1.045.193.000 euros en 2013) en comparaison

avec celui de la médecine générale de (1.300.819.593 euros) sur la même période (*lire question 2*). La N-VA n'apprécie pas non plus tellement les organismes assureurs. Le parti nationaliste veut limiter les frais d'administration des mutuelles à 3% du budget des soins de santé, soutenant que « l'argent doit aller aux patients », et les pousser à échanger mieux leurs données dans l'intérêt des citoyens.

DANS 25 ANS...

Dans le nouveau gouvernement, seul le CD&V entretient des liens étroits et historiques avec une mutuelle, la puissante Alliance nationale des mutualités chrétiennes.

Vendredi 12 et samedi 13 juin derniers, durant les assises 2015 de Solidarité-Mutualité socialiste – visant à définir les contours de ce que doit devenir la Sécurité sociale dans les 25 prochaines années – les dirigeants de l'organisme assureur ont montré qu'ils comptent bien continuer à cogérer les soins de santé (*lire point 6*). Que cela plaise ou non à ses détracteurs. **VINCENT CLAES**