
QUELLE UTILITÉ POUR LES MUTUALITÉS ?

BERNARD LANGE

| ETAT DE LA QUESTION
| Novembre 2015



*Merci à Jean-Marc Close pour
ses explications toujours éclairantes*

1. Introduction	4
2. Les organismes assureurs	4
2.1. Structure.....	4
2.2. Missions.....	5
2.3. Frais d'administration.....	5
3. Missions actuelles des organismes assureurs	7
3.1. Large couverture de la population.....	7
3.2. Capacité à appliquer des législations variées.....	7
3.3. Tâches nouvelles des organismes assureurs.....	9
3.4. Délais de paiement stricts.....	11
3.5. Environnement informatique.....	11
3.6. Capacité d'analyses statistiques.....	11
3.7. Simplification administrative.....	12
4. Les garanties de bonne gestion par les organismes assureurs	13
4.1. Au niveau de l'Assurance Maladie-Invalidité.....	13
4.2. Au niveau de l'assurance complémentaire.....	14
5. Potentiel développement de la plus-value des mutualités au fonctionnement du système de protection sociale en général et au système de santé en particulier	15
5.1. Mise en œuvre de la sixième réforme de l'Etat.....	15
5.2. Minimiser les coûts de gestion de l'AMI par une gestion encore plus rigoureuse de la part des organismes assureurs.....	16
5.3. Adaptations des mutualités aux évolutions du système de santé.....	17
6. Conclusion	19

1. Introduction

Les associations de prévoyance que sont les mutualités ont vu le jour au cours du 19^e siècle pour faire face aux mutations économiques et sociales liées à l'industrialisation. Elles étaient le moteur de la solidarité qui unissait les travailleurs et les incitait à se battre pour l'amélioration de leur sort. Si les premières mutualités sont d'origine privée, l'intervention de l'Etat a fait d'elles des acteurs de notre système d'assurance maladie-invalidité, d'abord dans un cadre non obligatoire, puis dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Car ce sont les mutualités qui, avec les syndicats, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, ont été les moteurs de la création de la Sécurité sociale que nous connaissons encore aujourd'hui.

Aujourd'hui, certains s'interrogent sur l'utilité des mutualités pour cogérer l'assurance maladie-invalidité, voire les remettent ouvertement en question, doutant de leur nécessité et/ou estimant qu'elles coûtent trop cher à l'Etat.

Ces attaques révèlent une profonde méconnaissance des mutualités, de leur fonctionnement, de leur mission et de la vision qu'elles envisagent pour l'avenir.

Après plus de 100 ans d'existence, il nous paraît important de mettre en évidence le rôle que jouent et que peuvent jouer les mutualités au 21^e siècle et, partant, démontrer qu'elles conservent une fonction promordiale dans la participation à la gestion et à la mise en œuvre de l'assurance maladie-invalidité (AMI).

2. Les organismes assureurs

2.1. Structure

Les mutualités sont des associations de personnes physiques qui ont pour objectif la promotion du bien-être physique, psychique et social dans un esprit de prévoyance, d'aide mutuelle et de solidarité. Elles exercent leurs activités sans but lucratif ¹.

Les unions nationales de mutualités sont des associations d'au moins cinq mutualités. Les unions nationales représentent ces mutualités auprès des organes de gestion, d'avis et de concertation qui sont institués par les pouvoirs publics.

.....
¹ Article 2 de loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Les unions nationales de mutualités sont au nombre de cinq : l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, l'Union nationale des mutualités neutres, l'Union nationale des mutualités socialistes, l'Union nationale des mutualités libérales et l'Union nationale des mutualités libres. A ces cinq organismes assureurs (OA) vient s'ajouter un sixième : la Caisse des soins de santé de HR Rail (SNCB). Il existe en outre une institution publique qui effectue les mêmes tâches que les mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI).

2.2. Missions

Dans le cadre de l'assurance obligatoire, le rôle des mutualités est double : rembourser les soins de santé et payer les indemnités en cas de perte de rémunération en cas de parenté, de maladie ou d'invalidité.

Les mutualités qui font partie d'une même union nationale peuvent organiser ensemble (des mutualités se regroupent pour offrir un même service) ou grouper (une structure annexe offre un service aux affiliés de plusieurs mutualités) certains services complémentaires à offrir à leurs affiliés en dehors du cadre de l'assurance obligatoire.

2.3. Frais d'administration

Pour effectuer les tâches confiées par l'Etat, les six organismes assureurs reçoivent des frais d'administration sous forme d'une partie fixe, 90% du montant légal sont ainsi aujourd'hui octroyés de manière inconditionnelle, et d'une partie variable, qui est actuellement de 10%², allouée en fonction de la performance des organismes assureurs dans l'exécution de leurs missions légales. La CAAMI quant à elle est payée sur base de ses frais réels.

Les frais d'administration des organismes assureurs (OA) s'élèvent en 2015 à 1.070.012.000 d'euros pour les cinq unions nationales et 18.377.000 d'euros pour la Caisse de la SNCB. Les cinq unions nationales reçoivent aussi un montant annuel non indexé de 11.410.000 d'euros depuis l'intégration des petits risques des indépendants dans l'assurance obligatoire au 1er janvier 2008.

.....
²Ce rapport 90%-10% pourrait être modifié par une loi.

L'enveloppe des frais d'administration des OA évolue en fonction de certains paramètres qui visent à permettre aux mutualités :

- 1) de supporter l'évolution des coûts salariaux connue dans les secteurs d'activité similaires, à savoir le secteur des banques et assurances et celui de l'Autorité publique ;
- 2) de tenir partiellement compte de l'évolution de leur volume d'activité, tant dans le secteur soins de santé que dans le secteur indemnités.

Pourtant, depuis 2010, ce ne sont pas moins de 164 millions d'euros d'économies qui ont été demandés aux six OA. Par conséquent, en 2015, les frais d'administration des six OA est inférieure de 14% à ce qu'elle aurait dû être selon les paramètres qui figurent dans la loi³.

Le gouvernement fédéral de Charles Michel a décidé d'imposer 100 millions d'euros d'économies supplémentaires à réaliser au cours des années 2016 à 2018.

80% de cette enveloppe servent à rémunérer le personnel nécessaire à une bonne gestion de l'AMI de la part des organismes assureurs. Malgré les économies imposées, les salaires ont eux poursuivi leur hausse, sous l'effet des indexations et des évolutions barémiques. Les organismes assureurs ont donc dû réaliser d'importantes économies, en ne remplaçant pas une partie des départs naturels, en modernisant leurs réseaux d'agences, en diminuant leurs coûts par le recours aux technologies de l'information et de la communication (TIC) et aux fusions de mutualités et en rationalisant l'organisation de leurs services.

Il est à noter que même si le montant intégral des frais d'administration avait été octroyé, les paramètres légaux d'adaptation de l'enveloppe ne tiennent pas compte d'autres facteurs influençant significativement l'évolution des coûts de fonctionnement de l'AMI :

- les évolutions démographiques : croissance et vieillissement de la population ;
- la complexité croissance de la législation AMI (de plus en plus de sélectivité et de contrôles pour l'octroi des prestations) ;
- l'impact de la sixième réforme de l'Etat sur la gestion de l'AMI et des nécessaires passerelles avec les entités fédérées ;

.....
³ Article 195 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

- les initiatives novatrices des organismes assureurs pour améliorer la qualité des soins, en collaboration avec les prestataires et institutions de soins.

3. Missions actuelles des organismes assureurs

3.1. Large couverture de la population

Selon les chiffres du Service de contrôle administratif de l'INAMI au 30 juin 2015 (11.073.971 personnes affiliées à une mutualité), la couverture de la population par les différents organismes assureurs atteint 99% des 11.209.044 citoyens recensés au 1er janvier 2015 par le Service public fédéral Economie.

Pour chaque affilié, les mutualités veillent à ce qu'il bénéficie de l'ensemble de ses droits en matière d'AMI. Cette couverture va de pair avec des milliers de points de contact proches des citoyens grâce au réseau de proximité mis en place par chaque mutualité.

3.2. Capacité à appliquer des législations variées

Les organismes assureurs sont chargés d'exercer plusieurs missions, à savoir :

- la gestion de l'ensemble de la population belge et de leurs droits aux prestations sociales de l'AMI ;
- le remboursement des prestations de santé au profit de leurs affiliés et des prestataires de soins ;
- le paiement des revenus de remplacement pour maladie, maternité, paternité et invalidité ;
- l'organisation de centres de services sociaux.

L'exercice de ces missions se traduit par des actes concrets, notamment :

- La prise en compte de la notion de famille ou de ménage (mutualiste ou registre national), à savoir l'ensemble des mouvements de la population (naissances, décès, mariages, déménagements, handicaps...)

- Le calcul des droits des affiliés en fonction des différentes législations applicables dans le secteur des soins de santé et indemnités pour bénéficier des remboursements ou du revenu de remplacement ;
- Le calcul des droits préférentiels (bénéficiaire de l'intervention majorée, maximum à facturer, malades chroniques...) applicables à la population en fonction du statut social (chômeurs, handicapés, invalides, familles monoparentales, ...) ;
- Le remboursement des prestations à l'acte (plus de 8.000 codes nomenclature identifiant ces prestations avec une variabilité de taux et de conditions de tarification) ;
- Le contrôle des conditions de tarification a priori ou a posteriori (accords médecins-conseils, contrôles à l'encodage, couplage de données...) ;
- Le paiement des prestations au forfait (maisons médicales, prix de journée à l'hôpital...) ;
- L'enregistrement par les mutualités des dépenses effectuées selon une période déterminée afin de donner lieu à des prestations complémentaires (malades chroniques, maximum à facturer, forfait incontinence...) ;
- La capacité à utiliser des notions provenant de législations connexes (aide de tierce personne, allocations familiales majorées...) ;
- La gestion et le calcul des revenus des individus ou des ménages (bénéficiaires de l'intervention majorée, indemnités en cas d'accident du travail, de maternité...)
- La capacité à rembourser et à tarifier selon des législations étrangères (remboursements des soins à l'étranger, application des conventions internationales) ;
- La récupération des montants indus en cas de fraude ou de cumuls non autorisés (prestataires ou affiliés) ;
- L'intervention pour le compte d'autres régimes (accidents du travail, maladies professionnelles, responsabilité civile...) ;
- La récupération des montants avancés auprès d'organismes tiers ;

- La défense et l'assistance juridique des affiliés dans les dossiers accidents médicaux ;
- L'accompagnement pluridisciplinaire des affiliés en incapacité de travail vers une réinsertion sur le marché de l'emploi ;
- Le contrôle et l'évaluation de l'incapacité de travail ;
- Le contrôle et l'évaluation de la perte d'autonomie (maisons de repos et soins infirmiers).

Par ailleurs, via leurs services sociaux, les organismes assureurs interviennent dans d'autres législations que l'assurance maladie-invalidité en conseillant les affiliés au niveau de leurs droits en termes de pension, de revenus d'intégration ou autres. Depuis le 16 octobre 2013, les mutualités peuvent introduire les dossiers de demandes de reconnaissance pour personne handicapée auprès du SPF Sécurité sociale.

3.3. Tâches nouvelles des organismes assureurs

Dans un premier temps, les mutualités ont tenu le rôle d'un organisme payeur en remboursant les soins de santé et en payant les indemnités de maternité, de maladie ou d'invalidité. Pour assumer ces tâches, comme nous venons de l'indiquer supra, elles ont développé des capacités (humaines et techniques) qui leur ont permis de devenir au fur et à mesure un partenaire incontournable du secteur des soins de santé et de l'invalidité. Dès lors, l'évolution de la législation fédérale a élevé considérablement le niveau des attentes à l'égard des organismes assureurs.

L'exécution du Contrat d'administration 2013-2015 de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) implique la pleine et entière collaboration des mutualités⁴ :

- Des investissements dans les TIC sont rendus nécessaires pour une plus grande informatisation de la gestion de l'Assurance Maladie-Invalidité (exemples : MyCareNet⁵, eHealth⁶) ;

⁴ Voir les articles 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 24, 26 et 27 du Contrat d'administration 2013-2015 : <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/contrat-administration-2013-2015-version-inami.pdf>.

⁵ Plateforme centrale orientée service, au profit des prestataires individuels et institutions, par laquelle des informations peuvent être échangées avec les mutualités, d'une manière simple, fiable et sécurisée : <http://fra.mycarenet.be/algemene-beschrijving>.

⁶ Plate-forme qui a pour mission de promouvoir et de soutenir une prestation de services et un échange d'information mutuels électroniques bien organisés entre tous les acteurs des soins de santé avec les garanties nécessaires en ce qui concerne la sécurité de l'information, la protection de la vie privée du patient et du prestataire de soins et le respect du secret médical : <https://www.ehealth.fgov.be/fr/home.ng>.

- La plus grande sélectivité dans les remboursements de l'assurance obligatoire (AO) soins de santé et les améliorations apportées aux règles de l'intervention majorée de l'assurance⁷ ont créé un important surcroît de travail pour les OA ;
- Il en va de même en ce qui concerne la lutte contre la fraude sociale ou les nouvelles règles en matière de récupération des montants indûment versés dans le secteur des indemnités d'incapacité de travail.

Les mutualités ont dû renforcer les efforts à fournir pour la remise au travail des personnes en incapacité de travail de longue durée.

Au fil des ans, les critères de performances à respecter pour les mutualités pour obtenir la partie variable des frais d'administration ont été sensiblement accrus. Un nouvel arrêté royal sera d'ailleurs d'application en 2016⁸. Cet arrêté a comme conséquence que les mutualités doivent constamment s'adapter à ces nouvelles normes, tant au niveau de leur organisation que du niveau de compétences du personnel employé.

La législation fédérale contraint aussi désormais tous les organismes dont une partie importante des moyens proviennent des pouvoirs publics à respecter les dispositions de la législation sur les marchés publics. Les mutualités ont dû engager du personnel spécialisé et fournir d'importants efforts de formation pour le personnel en place.

Les organismes assureurs sont volontaires et même souvent initiateurs de tous ces progrès dans les prestations aux assurés sociaux et le fonctionnement de l'AMI, tant pour le secteur soins de santé que pour le secteur indemnités. Leur mise en œuvre nécessite cependant des investissements technologiques lourds et une élévation importante du niveau de qualification nécessaire pour le personnel des mutualités.

Si les coupes budgétaires dans les frais d'administration devaient se poursuivre à l'avenir, cette dynamique de progrès pour l'AMI pourrait ne plus être possible.

⁷ <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majorée-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx#.Vicy5DscTIU>.

⁸ Arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration.

3.4. Délais de paiement stricts

Que ce soit au niveau des remboursements ou des paiements des indemnités, les organismes assureurs sont tenus de respecter les délais de paiement les plus courts possibles. Ces derniers sont fixés conventionnellement avec les prestataires de soins (30, 60, 90 jours ou exécution journalière).

Pour le paiement des indemnités, un délai moyen de paiement d'environ 30 jours est d'application.

3.5. Environnement informatique

Afin de remplir leurs missions fixées par la loi, les organismes assureurs sont tenus de mettre en place des systèmes informatiques performants et sécurisés.

Ces derniers doivent répondre aux normes établies par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale et à des conditions strictes de disponibilité et de confidentialité des données.

Les infrastructures informatiques sont ainsi dédoublées afin d'éviter toute interruption de service et desservent plusieurs milliers de collaborateurs.

Au niveau des capacités, les organismes assureurs traitent des dizaines de millions d'enregistrements mensuellement pour l'ensemble de la population belge.

Ils sont également interconnectés aux autres institutions de la Sécurité sociale via la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS), dont les mutualités sont parmi les co-fondateurs.

3.6. Capacité d'analyses statistiques

Via leurs activités journalières, les organismes assureurs disposent de toute une série d'informations statistiques permettant d'épauler la gestion du système ou d'améliorer la qualité des soins.

Les organismes assureurs mettent ainsi à disposition des autorités via l'Agence Inter-Mutualiste (AIM) un échantillon permanent permettant de croiser les caractéristiques sociodémographiques de la population belge avec leurs dépenses de santé, le lien avec des données provenant d'autres législations (santé publique) ayant également déjà été réalisé.

Si, à la suite de la sixième réforme de l'Etat, les autorités régionales devaient faire appel à eux pour jouer un rôle d'opérateur au niveau régional⁹, les organismes assureurs seraient donc capables de faire le lien entre les soins de santé relevant du niveau fédéral et ceux relevant du régional, ce qui permettra d'assurer, au besoin, une cohérence entre les différents niveaux.

3.7. Simplification administrative

Depuis toujours, les organismes assureurs ont été le moteur de processus de simplification administrative en favorisant l'informatisation et le remplacement des documents papier, dans divers domaines :

- Interconnexion avec les autres organismes assureurs de sécurité sociale via la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale pour la consultation des documents de cotisation ;
- Utilisation de la déclaration multifonctionnelle (DMFA) pour connaître les revenus permettant de payer les indemnités ;
- Informatisation des factures hospitalières (Carenet) ;
- Informatisation des factures transmises par les pharmacies (Pharmanet) ;
- Facturation électronique pour les prestataires individuels (MyCareNet) ;
- Evolution de la carte SIS vers la carte d'identité électronique ;
- ...

Ces diverses évolutions permettent aux organismes assureurs d'absorber une charge de travail croissante afin de dégager le temps nécessaire pour renforcer leurs missions de conseil et d'accompagnement de leurs affiliés.

Les simplifications administratives à l'initiative ou avec la collaboration des organismes assureurs ont également facilité la tâche à d'autres acteurs du système de santé : administrations publiques, prestataires et institutions de soins...

.....
⁹ Voir le point 4.1.

4. Les garanties de bonne gestion par les organismes assureurs

4.1. Au niveau de l'Assurance Maladie-Invalidité

L'enveloppe de 1,1 milliard d'euros des frais d'administration octroyée aux organismes assureurs ne peut être dépensée que dans le cadre de la gestion de l'AMI. La façon dont les OA utilisent leur enveloppe de frais d'administration est quadruplement contrôlée :

- par le Service de contrôle administratif de l'INAMI (contrôle des critères d'évaluation pour la partie variable des frais d'administration) ;
- par l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM) ;
- par les réviseurs d'entreprise agréés par l'OCM ;
- par différents contrôles réalisés par la Cour des comptes.

Ces mêmes instances de contrôle veillent à l'étanchéité entre les comptes de l'assurance obligatoire soins de santé et ceux de l'assurance complémentaire. Cette étanchéité a encore été renforcée avec la loi du 26 avril 2010. Si transfert budgétaire il peut y avoir, c'est uniquement de l'assurance complémentaire vers l'assurance obligatoire: si le coût de la gestion de l'AMI dépasse le montant des frais d'administration octroyés à une mutualité, celle-ci doit rétablir l'équilibre budgétaire en allant puiser dans les ressources de l'assurance complémentaire.

Les frais d'administration attribués aux unions nationales et aux mutualités sont raisonnables en regard d'autres pays (où on tourne autour de 6-7%). Des chiffres du SPF Sécurité sociale, il ressort que le poste 'Gestion et administration' représente 4,6% des dépenses soins de santé pour les mutualités et 22,8% pour les compagnies d'assurance.

En Europe, les Belges sont parmi les plus satisfaits de leur système de santé avec un taux de personnes satisfaites à très satisfaites supérieur à 80%. Le taux de confiance des affiliés dans leur mutualité est également très élevé dans notre pays.

Dans le cadre de l'AMI, toutes les mutualités appliquent la même

législation et offrent les mêmes prestations. Pour leur gestion de l'AMI, elles perçoivent des frais d'administration forfaitaires déterminés en fonction du nombre et des caractéristiques de leurs affiliés. Leur enveloppe est donc fermée, tout dépassement du budget alloué est entièrement à leur charge. Les affiliés, s'ils ne sont pas contents des services offerts par leur mutualité, peuvent en changer librement à tout moment. Il s'agit de puissants incitants aux mutualités pour gérer au mieux l'AMI.

De plus, depuis 1994, les mutualités sont responsabilisées financièrement sur le respect de l'objectif budgétaire global de l'assurance obligatoire soins de santé (tant l'objectif global que l'objectif propre à chaque mutualité). En cas de dépassement de l'objectif budgétaire, les mutualités doivent couvrir 25% du déficit (plafonné à 2% de l'objectif budgétaire global) via un fonds de réserve spécifique qu'elles alimentent avec leurs propres ressources (via des cotisations spécifiques de leurs affiliés). En cas de boni, elles acquièrent également en droit une partie du boni mais ne sont pas libres de l'usage de cet argent. Ce dernier reste dans la trésorerie de l'assurance obligatoire soins de santé et est utilisé pour les remboursements aux affiliés et le paiement des institutions et prestataires de soins. Cette responsabilisation financière est un autre incitant efficace pour une bonne gestion de l'assurance obligatoire soins de santé par les mutualités.

Il apparaît donc bien que les organismes assureurs sont loin d'être seulement des organismes de paiement. Leur contribution à notre système de sécurité sociale est bien plus vaste.

4.2. Au niveau de l'assurance complémentaire

Le montant des cotisations réclamées aux affiliés pour l'assurance complémentaire (AC) d'une mutualité doit être approuvé par son assemblée générale, constituée de membres élus parmi les affiliés de cette mutualité.

L'assemblée générale de la mutualité n'approuve pas seulement le montant de la cotisation AC qui sera réclamée aux affiliés, elle doit également approuver formellement l'usage que la mutualité fera du produit de ces cotisations, à savoir la liste des avantages qu'elle permettra à la mutualité d'offrir à ses affiliés. Le secteur mutualiste étant de plus en plus concurrentiel, si un affilié n'est pas satisfait du contenu de son AC, ou du montant de la cotisation qui lui est réclamé, il peut changer très facilement de mutualité. Et s'il ne veut pas d'une AC, il peut même s'inscrire auprès de la CAAMI, qui n'offre, elle, aucune AC ni aucune assurance facultative de type assurance hospitalisation.

Le coût de ce modèle de gouvernance, fixé par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités, est à charge des mutualités. Les mutualités supportent également les coûts des instances de contrôle de l'OCM comme des réviseurs d'entreprise agréés par l'Office.

5. Potentiel développement de la plus-value des mutualités au fonctionnement du système de protection sociale en général et au système de santé en particulier

5.1. Mise en œuvre de la sixième réforme de l'Etat

La sixième réforme de l'Etat impose que :

- 1) les entités fédérées mettent en place une administration capable de gérer les nouvelles compétences sociales transférées ;
- 2) tous les liens nécessaires soient opérés entre les systèmes sociaux fédéral et régional afin que les citoyens bénéficient de l'ensemble de leurs droits sociaux ;
- 3) compte tenu des limites des moyens financiers transférés, la gestion administrative des nouvelles compétences des entités fédérées doive pouvoir s'opérer au moindre coût.

Les mutualités offrent aux entités fédérées un rapport coût/qualité de gestion opérationnelle et financière des nouvelles compétences plus favorable que la mise en place de nouveaux services au sein de leurs administrations respectives :

- Les mutualités disposent déjà ou ont potentiellement accès à toutes les informations nécessaires à gérer les droits et obligations sociales des citoyens wallons pour les nouvelles compétences transférées ;
- leur réseau de proximité les rend facilement accessibles pour le citoyen ;
- elles ont déjà le savoir-faire pour gérer les différents types d'intervention que les entités fédérées assumeront demain : paiement d'allocations sociales, remboursement de soins de santé, vue globale sur les droits sociaux des affiliés... ;

- elles disposent d'un environnement informatique performant qui peut absorber les nouvelles tâches que les gouvernements des entités fédérées pourraient leur confier ;
- elles ont tous les contacts nécessaires pour gérer de façon coordonnée les droits fédéraux et les droits régionaux de leurs affiliés.

Aucun moyen n'a été prévu dans la loi spéciale de financement suite à la sixième réforme de l'Etat pour le rôle que les mutualités auront à jouer pour les entités fédérées (voir par exemple l'annonce de l'assurance autonomie annoncée pour le 1er janvier 2017 en Wallonie). Mais quel que soit le montant en jeu, vu les économies d'échelle, il serait bien moindre que celui nécessaire à une nouvelle administration.

Au-delà de leur rôle actuel dans la cogestion de l'AMI au niveau fédéral et des partenariats existants avec les entités fédérées, les mutualités sont prêtes à développer davantage le rôle des organismes assureurs au sein des Communautés et Régions.

5.2. Minimiser les coûts de gestion de l'AMI par une gestion encore plus rigoureuse de la part des organismes assureurs

Pour minimiser ces coûts de gestion, les mutualités ont déjà commencé à :

- Générer des gains de productivité via des applications informatiques permettant de gagner du temps dans la gestion des dossiers (calcul automatique, scanning...) ;
- Favoriser la mise en place de procédures de facturation électronique, en favorisant le tiers payant ¹⁰;
- Faire la chasse aux activités «inutiles», héritées d'habitudes ;
- Réduire les doubles-emplois, en mutualisant les activités au maximum au sein d'un même organisme assureur mais également entre organismes assureurs voire avec l'INAMI ;
- Recadrer les missions de contrôle dévolues aux mutualités, en fonction des moyens budgétaires disponibles ;
- Simplifier la législation (assurabilité, accords médicaments, incapacité de travail...) ;

¹⁰ Le tiers payant est un mécanisme qui permet de ne payer au dispensateur de soins (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien, etc.) que la part des frais à sa charge (ticket modérateur et, éventuellement, suppléments): <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/tiers-payant.aspx#.Vic1yzscTIU>.

- Repenser les fonctions de front et back office ;
- Repenser la relation avec les affiliés ;
- Redimensionner le réseau de points de contact ;
- Généraliser les projets communs, éviter les initiatives à portée uniquement locale lorsqu'elles peuvent profiter à l'ensemble ;
- Considérer l'ensemble des activités (AO, AC et réseau) dans les réflexions...

5.3. Adaptations des mutualités aux évolutions du système de santé

Loin d'être des institutions engoncées dans le passé ou s'appuyant sur leurs acquis, les mutualités sont non seulement accompagnatrices du progrès mais surtout souvent moteurs de celui-ci. Pour faire face aux évolutions prévues et à prévoir de notre système de santé, de nouvelles adaptations pourraient voir le jour :

1. Mener à bien des missions de promotion de la santé ou de prévention des risques de santé (maladies, accidents de travail...) pour compte des pouvoirs publics, dans les écoles, les entreprises ou ailleurs. Participer à la conception même de la politique de promotion de la santé, avec les universités et les professionnels de santé, est un axe de développement d'activités important pour les mutualités. Il offre des perspectives d'activités importantes pour le secteur associatif. Pour les pouvoirs publics, il permet de démultiplier leur présence sur le terrain à moindre frais. Ce type de collaboration existe déjà aujourd'hui, mais il faut assurer la généralisation : que les pouvoirs publics compétents fassent des mutualités leurs partenaires privilégiés pour la conception et la mise en œuvre de leur politique de promotion de la santé et de prévention des risques de santé.
2. Au sein des instances de l'INAMI et du SPF Santé publique, promouvoir les bonnes pratiques de soins. Les mutualités devraient avoir pour mission une veille des bonnes pratiques médicales au sein de l'OCDE et l'étude de l'opportunité de les transposer ou non dans notre pays. Ces études seraient orientées vers les secteurs de soins où des problèmes ont préalablement été identifiés.
3. Jouer un rôle de conseil et d'accompagnement des affiliés dans leurs recours au système de soins à renforcer : dans les agences, sur Internet, sur rendez-vous... Les mutualités doivent pouvoir leur fournir la bonne information, la bonne réponse à chacune de

leur question : A quel prestataire ou institution s'adresser ? Quel est le médicament le moins cher ? Quel est le bon matériel de bandagisterie ? Quelle est l'intervention de l'assurance ?... Il faut aussi pouvoir offrir aux affiliés la possibilité de les aider, en collaboration avec leur médecin traitant, à tenir à jour leur dossier médical global (DMG) ¹¹.

4. Etre partie prenante des différents organes de concertation locaux en lien avec les soins de santé et les activités de la vie quotidienne (AVQ). C'est généralement le cas aujourd'hui mais l'attitude des mutualités n'y est pas toujours très active. La participation des mutualités doit viser à promouvoir les bonnes pratiques de soins et à y défendre le point de vue des patients.
5. Jouer un rôle majeur dans la politique d'évaluation des résultats du système de santé, aux côtés des pouvoirs publics compétents. Avec l'Agence Inter-Mutualiste, certaines mesures ont déjà été mises en place, mais c'est nettement insuffisant. L'INAMI a aussi pris des initiatives avec l'ensemble des administrations publiques compétentes du pays.
6. Etre actives dans le développement des associations de patients. Le rôle des associations de patients dans le système de santé est appelé à croître dans les prochaines années. Les mutualités doivent prendre l'initiative, à nouveau de préférence en intermutualiste, pour définir de manière consensuelle leurs complémentarités et leurs champs d'actions respectifs. A partir de là, mutualités et associations de patients définiraient des initiatives communes, des points de collaboration.
7. Garantir une vigilance démocratique. En tant qu'acteur social et politique, les mutualités doivent repérer et dénoncer toute initiative qui crée peu ou prou une médecine à plusieurs vitesses. Il convient alors d'interpeller le pouvoir politique pour qu'il s'en absente ou corrige les effets négatifs de certaines dispositions qu'il a pu adopter.

.....
¹¹ <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/dossier-medical-global.aspx#.Vic2vzscTIU>

6. Conclusions

Les éléments développés ici mettent en évidence que, contrairement à certaines idées reçues, les organismes assureurs :

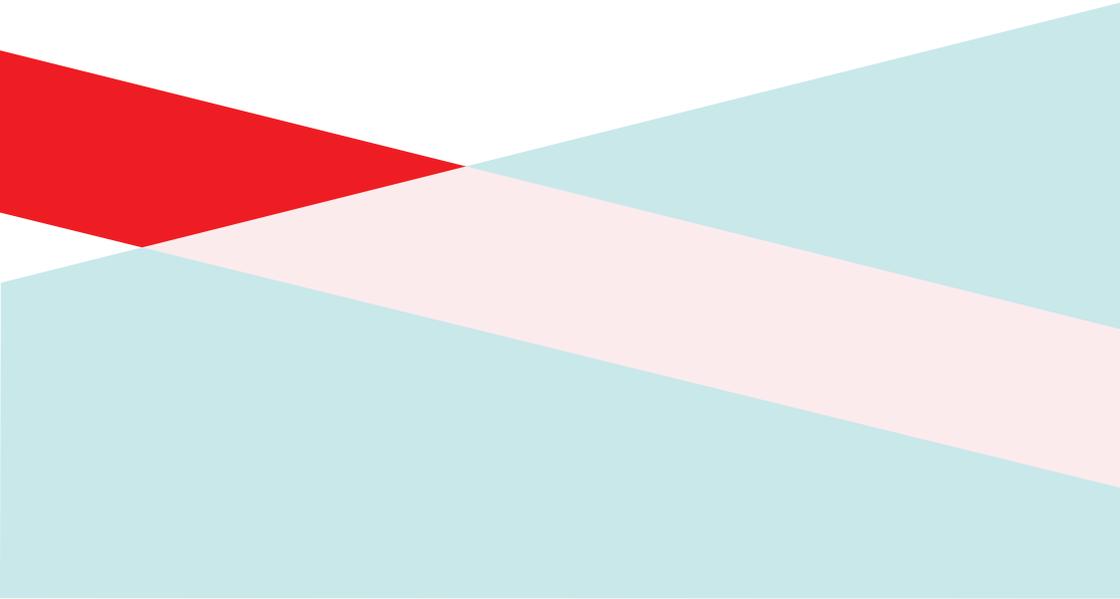
- ne jouissent d'aucun traitement de faveur par rapport aux efforts demandés aux parastataux sociaux sur leurs frais d'administration ;
- ont déjà fortement fait évoluer leur organisation et leur gestion pour intégrer aux moindres coûts toutes les nouvelles exigences à leur égard suite aux évolutions du système de santé ;
- font jouer entre eux une saine émulation qui les incitent à fournir le meilleur service possible à leurs affiliés, tant au niveau de l'assurance obligatoire que de l'assurance complémentaire ;
- sont sans doute les organismes privés les plus contrôlés par les autorités publiques et les plus encadrés par la législation concernant l'utilisation de leur enveloppe de frais d'administration ;
- exercent un rôle transversal entre différents secteurs de la protection sociale afin de garantir à leurs affiliés de bénéficier de l'ensemble de leurs droits en la matière ;
- permettent une proximité entre l'Assurance Maladie-Invalidité (AMI) et l'assuré social ;
- offrent un service performant à leurs affiliés en matière de prestations AMI ;
- démontrent une grande adaptabilité et réactivité aux évolutions du système de santé ;
- jouent un rôle beaucoup plus vaste au sein du système de protection sociale que celui d'organisme de paiement ;
- possèdent encore un fort potentiel de plus-value à apporter tant au système de santé qu'au niveau de la protection sociale de la population.

Ces missions sont mises en œuvre dans une enveloppe de frais d'administration inférieure à la moyenne des coûts de gestion des pays européens possédant une couverture sociale des soins de santé comparable au nôtre. Il n'existe aujourd'hui aucune marge d'économies dans les frais d'administration mais, pour la même enveloppe, les mutuali-

tés œuvrent encore à améliorer leurs services à leurs affiliés dans le cadre de l'assurance obligatoire maladie et invalidité (plus d'informations, plus d'accompagnement, plus de conseils, plus de défense de leurs droits...) et leur contribution à la maîtrise des dépenses de l'AMI.

Dès lors, remplacer les organismes assureurs par un «organisme de paiement» des prestations de l'AMI centralisé est irréalisable sans détériorer fortement la couverture sociale et le service à la population. Qui plus est, à cadre légal et réglementaire inchangé, il conviendrait de remplacer les services des mutualités par d'autres pour assumer le bon fonctionnement de l'AMI. Partant, est-il réaliste de penser que tout cela pourrait se mettre en place pour 1,1 milliard d'euros ?

Le maintien d'une AMI de qualité et assurant une bonne couverture sociale de la population implique que l'INAMI et les organismes assureurs disposent des moyens nécessaires pour appliquer correctement la législation.



Cette note a pour objectif, alors que les mutualités ont plus de 100 ans d'existence, de mettre en évidence le rôle que jouent et qu'elles peuvent jouer au 21e siècle et, partant, démontrer qu'elles gardent un rôle primordial dans la participation à la gestion et à la mise en œuvre de l'assurance maladie-invalidité.

Les mutualités ont dépassé depuis longtemps leur seul rôle d'organismes de paiement. Elles sont non seulement accompagnatrices du progrès dans les prestations aux assurés sociaux et le fonctionnement de l'assurance maladie-invalidité, mais surtout elles sont souvent moteur de celui-ci.

Institut Emile Vandervelde
Bd de l'Empereur, 13
B-1000 Bruxelles
Téléphone : +32 (0)2 548 32 11
Fax : + 32 (02) 513 20 19
iev@iev.be
www.iev.be