



Fiche technique 2

Intégration des politiques de gratuité ciblées dans un système national unique de PSS/AMU

La problématique

Confronté avec l'inaccessibilité financière de sa population aux soins de santé, beaucoup de pays se sont lancés dans la gratuité des soins pour des groupes cibles, c'est-à-dire des groupes caractérisés par une condition médicale identifiée comme prioritaire. Une telle politique de gratuité tente de donner un accès gratuit sans faire de distinction entre les personnes pouvant contribuer ou pas et ne fait pas allusion au souci d'une protection sociale **universelle**.

Des problèmes opérationnels liés à cette politique ont été assez souvent observés par manque de gestion décentralisée et par manque de fonds publics disponibles. Les groupes ciblés par la politique de gratuité sont des groupes à priori grands consommateurs des services de santé.

Cette politique de gratuité est louable, mais montre différentes inégalités de prise en compte de toutes les personnes :

- Les gratuités pour des groupes de patients ou de maladies ne tiennent pas compte des capacités contributives potentielles des patients pour bénéficier de ces services et soins.
- Elles protègent contre la condition ciblée, mais ne tiennent pas compte de l'ensemble des problèmes de santé que les bénéficiaires d'une gratuité pourraient rencontrer. Par exemple, une femme enceinte qui bénéficie d'une protection contre les complications de la grossesse ne bénéficie d'aucune protection quand elle fait un accident de voiture.
- Il n'y a aucune solidarité / distribution équitable entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires et le problème des indigents qui manquent l'accès à n'importe quel soin, n'est pas considéré.
- Aucune mutualisation (mise en commun) des ressources de gratuité avec d'autres ressources pouvant améliorer l'accès de l'ensemble de la population aux services et soins dont elle a besoin.
- Les gratuités pour des groupes de patients ou de maladies constituent un contre-incitant à l'adhésion massive des populations dans l'assurance maladie (sélection adverse).

- Les gratuités vont aider plus les personnes aisées qui ont déjà un accès aux services de santé parce qu'elles ont les moyens pour se rendre au service et pour passer du temps dans la formation sanitaire.
- Surtout quand différents bailleurs introduisent différents schémas de gratuité, une fragmentation du financement du système s'introduit avec des effets pervers sur la gestion de l'ensemble.
- Si le financement fait défaut ou si les remboursements tardent, la qualité des services se détériore et le système peut s'écrouler.

Par contre, **une protection sociale en santé universelle cherche à protéger l'entièreté de la population avec une assurance maladie pour ceux qui savent contribuer (cotiser), et une assistance sociale, voire la gratuité des soins, pour la population indigente**. Dans ce cadre, tout le monde qui peut contribuer (cotiser) augmente les recettes, tandis que la population indigente est inscrite dans l'assurance maladie grâce à une subvention à 100% de leur cotisation par l'Etat.

Dans un tel régime, la solidarité entre riches et pauvres est optimale, et les gens qui autrement auraient bénéficié d'une politique de gratuité ciblant les groupes cibles de certaines conditions médicales seraient protégés au même titre et sous les mêmes conditions que le reste de la population.

La gratuité pour les familles indigentes est clairement prioritaire d'une gratuité pour des groupes cibles qui en principe savent cotiser pour leur protection.

Typologie

Se basant sur la discussion en haut, une typologie de politique de gratuité se dessine selon les groupes cibles et dans un ordre de priorité claire, au moins pour la catégorie 1 :

1. Des personnes et des familles vivant dans l'**indigence** (aucune ressource financière pour rien).
2. Un groupe de personnes atteintes de la même **maladie chère**, comme par exemple un cancer du sein. On pourrait considérer que l'ensemble de la population est indigente quand confrontée à une telle maladie sévère et chère à traiter.



3. Des **personnes appartenant à certaines catégories d'âge ou de sexe ou condition médicale** (les femmes enceintes, les jeunes, les enfants de moins de 5 ans, les vieux...).

Pourquoi des gratuités ?

Pour les personnes et des familles vivant dans l'indigence, il s'agit de compenser leur situation précaire qui ne leur permet pas d'accéder aux services et aux soins.

Pour (2) et (3), le détenteur des fonds de gratuité veut soit améliorer l'utilisation d'un service (planification familiale, VIH, consultation préscolaire), soit améliorer l'utilisation d'un service cher (cancer, insuffisance rénale...)¹.

Les difficultés opérationnelles d'une politique de gratuité pour les familles ou personnes indigentes en dehors d'une AMU

- L'identification difficile des personnes éligibles
- Cette identification des personnes indigentes se fait souvent par enquêtes top-down : coûteuses, stigmatisantes, avec beaucoup de faux positifs et négatifs. Elle ne tient pas compte du fait que la pauvreté est relative et peut changer dans le temps.
- Si les conditions ne sont pas réunies au niveau du centre de soins, le système de soins n'accepte souvent pas d'appliquer la politique de gratuité.
- Pour les FOSA les difficultés de gérer le système se compliquent souvent parce que le traitement de l'indigence demande une gestion parallèle.
- Le retard de remboursement à cause d'un système de contrôle et de remboursement centralisé, met en péril la viabilité financière des FOSA.
- Un fonds alimenté uniquement par un bailleur perd sa garantie de pérennité.
- Le niveau de remboursement pour un service/soin gratuit doit être à la hauteur des attentes du prestataire, il se peut que les personnes bénéficiant de l'assistance n'obtiennent pas la même qualité des soins.

Gratuités en pratique dans un système de soins appuyé par un système de protection sociale en santé

- Un Etat financièrement faible doit opter pour un financement mixte de la protection sociale en santé basé sur l'impôt, les taxes, les aides des bailleurs et la contribution de la population.
- L'aspect contributif doit être obligatoire (à terme au moins et pour ceux qui le peuvent) pour être sûr de ne laisser personne de côté.
- Le système assurantiel peut envisager d'exempter uniquement les personnes les plus pauvres de la cotisation et du ticket modérateur qui seront alors subventionnés.
- Nécessité d'un programme intensif et continu sur la communication à la population, en particulier dans le cas d'une transition de la gratuité vers une AMU.

Cette fiche technique fait partie d'une série de 8 fiches techniques

1. Rôle de la tarification des prestations de soins dans l'organisation d'une PSS/AMU
2. Intégration des politiques de gratuité ciblées dans un système national unique de PSS/AMU
3. Processus de contractualisation
4. Le rôle de la défense des droits des utilisateurs des services de santé et de la population entière dans le cadre d'une PSS/AMU
5. Rôle et engagements des États vis-à-vis de la PSS
6. Opérationnalisation et professionnalisation d'un système unique national de PSS/AMU
7. Options pour l'organisation de la Protection Sociale en Santé (PSS) et l'Assurance Maladie Universelle (AMU)
8. Construire une assurance maladie universelle qui maximalise l'équité : analyse des risques et mesures de mitigation, un outil d'aide à la décision

Retrouvez toutes les fiches techniques sur www.enabel.be
Contact : karel.gyselinck@enabel.be

1 | Il existe aussi des exemptions partielles, souvent pour les traitements ou prestations préventives (VIH, TBC, PF, Vaccins).

