

DE L'AUGMENTATION DE LA PARTICIPATION DES ASSURÉS ET DES INÉGALITÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS

1. La situation financière de l'assurance maladie

L'avant-projet de loi portant réforme des soins de santé de 2010 prévoyait une couverture d'un déficit de 100 millions d'euros pour 2011 suivant une règle de :

- 50% par voie de recettes supplémentaires découlant d'une augmentation des cotisations de 0,4% ;
- 25% par voie d'économies directes sur les tarifs des prestataires de soins (gel des lettres-clé des prestataires de soins, réduction de la lettre-clé des laboratoires, adaptation de l'abattement des pharmaciens, enveloppe budgétaire hospitalière globale, adaptation ciblée de certains actes médicaux) ;
- 25% par voie d'adaptation statutaire des prestations et des participations des assurés.

Les dernières estimations en matière de financement de l'assurance maladie font état d'un excédent des opérations courantes de 43,5 millions d'euros pour l'année 2011. Après l'alimentation de la réserve (qui reste fixée à 5,5% du montant annuel des dépenses en 2011¹), l'excédent serait encore de 39,4 millions d'euros, à comparer aux 11,7 millions d'euros du budget voté. Rappelons que l'exercice 2010 s'est soldé par un déficit des opérations courantes de 4,8 millions d'euros. Après opérations sur la réserve, du fait de l'abaissement du minimum à 5,5%, l'exercice a été clôturé avec un excédent de 79,7 millions d'euros.

Il convient en outre de noter, que contrairement à ce qui était prévu à l'exposé des motifs de l'avant-projet de loi, l'augmentation du taux de cotisation ne correspond qu'à la moitié de celle qui fut annoncée, à savoir 0,2 points de pour cent au lieu de 0,4.

Il existe par conséquent une marge de manœuvre suffisante soit pour annuler l'augmentation des participations des assurés, soit pour améliorer le remboursement de certains soins, notamment les soins médico-dentaires, étant donné que les difficultés financières des assurés constituent une des raisons principales du non recours à ces soins.

2. Augmentation de la participation des assurés

En effet, le 10 novembre 2010, le comité directeur de la Caisse nationale de santé a adopté le budget de l'exercice 2011 en décidant des mesures d'économies statutaires à hauteur de 20 millions d'euros.

¹ Le taux augmentera à 6,5% pour l'exercice 2012, à 7,5% pour l'exercice 2013 et à 8,5% pour l'exercice 2014.

Au niveau des participations statutaires, les mesures suivantes ont été retenues par la CNS :

Définition des soins	Article des statuts de la CNS	Avant le 01.01.2011	Depuis le réforme des soins de santé
<i>Soins médicaux :</i> Actes et services non stationnaires	Article 35 alinéas 3 et 4	10%	12% [non applicable chimiothérapie, radiothérapie, hémodialyse, réadaptation...]
<i>Soins médico-dentaires</i>	Article 39 alinéa 1 ^{er}	Au-delà d'un montant annuel de 49,75 €, intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services autres que prothèses sont pris en charge à raison de 95% des tarifs conventionnels.	Au-delà d'un montant annuel de 60 € intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services autres que prothèses sont pris en charge à raison de 88% des tarifs conventionnels.
<i>Soins infirmiers</i>	Article 48 alinéa 1 ^{er}	Pas de participation	12%, sauf pour les personnes dépendantes ou assimilées
<i>Soins de kinésithérapie</i>	Article 55 alinéa 2	Pour les actes inscrits aux chapitres 1 (massage), 2 (électrothérapie et thermothérapie), 4 (rééducation fonctionnelle de l'appareil locomoteur) et 7 (kinésithérapie respiratoire) la participation est de 20%	Pour les actes inscrits aux chapitres 1, 2, 4, 7 et 9 (rééducation du plancher pelvien) la participation est de 30%
<i>Soins d'orthophonie</i>	Article 59 alinéa 1 ^{er}	Pas de participation, sauf 20% pour 4 actes (rééducation bégaiement, troubles déglutition, dysphonie dysfonctionnelle, lésions organiques des cordes vocales)	12% maintien de la participation de 20% pour les 4 actes ci-contre
<i>Soins de psychomotricité</i>	Article 67 alinéa 1 ^{er}	Pas de participation, sauf 20% pour les actes concernant la relaxation	12% actes concernant la relaxation : 20%
<i>Cures thermales</i>	Article 78 alinéa 1 ^{er}	Actes et services prestés au Centre thermal à Mondorf-les-Bains : 10%	Actes et services prestés au Centre thermal à Mondorf-les-Bains : 20 %
<i>Centre de rééducation :</i> traitement ambulatoire	Article 84	0,90 € indice 100 par jour (6,48 EUR act)	1,35 € indice 100 par jour (9,72 EUR act.)
<i>Fournitures orthopédiques</i>	Article 86 alinéa 1 ^{er}	Participation de 20% sur les bas de contention	Participation de 40% sur les bas de contention

<i>Aides visuelles :</i> montures	Article 119 alinéa 1 ^{er}	Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de 40,00 €	Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de 30,00 €
<i>Aides visuelles :</i> lentilles de contact	Article 123 alinéa 1 ^{er}	Prise en charge forfaitaire de 40,00 €	Prise en charge forfaitaire de 30,00 €
<i>Soins hospitaliers :</i> participation à l'entretien en milieu hospitalier stationnaire	Article 142 alinéa 2	1,80 € n.i. 100 12,96 € act. Par jour	2,70 € n.i. 100 19,44 € act. Par jour
<i>Soins hospitaliers :</i> participation à l'entretien en milieu semi stationnaire	Article 142, alinéa 3		1,35 € n.i. 100 9,72 € act. Par jour
<i>Passage en policlinique</i>	Article 142, alinéa 4		2,50 € par passage
<i>Indemnité funéraire</i>	Article 165 alinéa 1 ^{er}	175 € n.i. 100 1.259,72 € act.	130 € n.i. 100 935,80 € act.

[Montants indice 719,84]

D'autre part, ne sont plus pris en charge les frais de voyage.

En outre, en matière d'hospitalisation, alors que, avant la réforme étaient pris en charge les frais d'entretien en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement, la prise en charge peut maintenant être plus limitative. En effet, d'après la loi de décembre 2010, il s'agit des « frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal ».

L'augmentation de la participation statutaire est une mesure qui s'inscrit dans un mouvement à long terme de déremboursement progressif des soins. Depuis un certain nombre d'années, on assiste à un affaiblissement de la couverture garantie de la Sécurité sociale en ce qui concerne les visites chez le médecin, les médicaments ou généralement des produits pharmaceutiques prescrits, les analyses et les séjours à l'hôpital. Pour compenser, les pouvoirs publics misent sur un rôle accru des mutuelles et des assurances privées.

Ce transfert réduit automatiquement la charge des dépenses de la Sécurité sociale, mais le besoin de financement ne disparaît pas pour autant puisque c'est l'augmentation générale de l'âge de la population et du nombre d'affections longue durée qui creuse le trou de la Sécurité sociale. Soigner ces pathologies coûte de plus en plus cher, et les technologies utilisées sont de plus en plus sophistiquées.

Certaines personnalités du monde patronal et politique ont adopté une stratégie de « responsabilisation des malades ». Ils estiment en effet que si l'on fait payer de plus en plus les assurés pour les soins leur dispensés, ceux-ci deviendraient plus conscients du coût véritable de la santé.

On ne peut cependant pas accuser les malades d'être malades. Ce sont les médecins qui font les prescriptions, et non les patients. Ces derniers ont un seul souci : guérir. Ils ne peuvent pas juger de la pertinence de tel ou tel traitement. Cette responsabilité incombe aux prestataires de soins.

3. Inégalités dans l'accès aux soins

Une augmentation des charges financières des patients risque avant tout de créer des inégalités dans l'accès aux soins. Plus la prise en charge des soins par la Sécurité sociale diminue, plus les mutuelles et assurances coûtent cher. Or, tout le monde ne peut pas se payer une bonne mutuelle pour couvrir les remboursements. Cela pose avant tout un problème pour la prise en charge des soins dentaires et ophtalmologiques.

De fait, certaines personnes risquent de réfléchir à deux fois avant de consulter un médecin.

Récemment, dans une étude, le CEPS/INSTEAD² a confirmé les résultats d'une analyse de non recours aux soins de santé présentée en avril 2007, dans laquelle il avait étudié dans quelle mesure des personnes ont renoncé aux soins médicaux, alors qu'elles en auraient eu besoin.

Les conditions d'accès au système de santé luxembourgeois, notamment le libre choix du médecin, et le niveau de la prise en charge des soins font de celui-ci un système jugé généreux. Toutefois, les résultats le montrent : même un système de santé qui n'a pas de barrières à l'accès aux soins ne suffit pas à garantir l'égalité des soins, et des inégalités sociales plus ou moins prononcées apparaissent à certaines tranches d'âge. C'est particulièrement le cas pour le recours aux soins dentaires, tant chez les hommes que chez les femmes.

En effet, les inégalités sociales dans l'utilisation des services de santé sont finalement quasi inexistantes pour les consultations de médecins généralistes et très faibles pour les consultations de médecins spécialistes. Elles sont toutefois plus élevées pour l'utilisation des services de médecins-dentistes et pour les soins hospitaliers. Au cours de la période 2003-2008, on constate une augmentation de la proportion des personnes ayant renoncé aux soins d'un médecin-dentiste pour des raisons financières. Si, en 2003, 15,9% des personnes ayant renoncé à des soins bucco-dentaires le faisaient pour des raisons financières, cette proportion a été de 22,5% en 2008, soit une augmentation de 6,6 points ou 41,5%.

² TCHICAYA, Anastase, LORENTZ, Nathalie, Inégalités sociales dans le renoncement aux soins de santé et dans leur utilisation CEPS Working Paper N° 2011-19, Luxembourg, février 2011

		Raisons financières	Liste d'attente trop longue	Impossibilité de se libérer	Lieu de consultation trop éloigné ou absence de moyen de transport	Peur des médecins-dentistes	Attendre et voir si la situation s'améliore d'elle-même	Pas de connaissance de bons médecins-dentistes	Autres raisons	TOTAL
Hommes										
	2003	14,4	4,1	16,9	0,1	-	-	-	64,5	100,0
	2004	13,0	1,3	11,8	0,0	25,8	4,8	0,8	42,6	100,0
	2005	6,0	0,1	7,0	0,0	23,0	10,8	6,3	46,9	100,0
	2006	11,3	2,7	3,8	1,8	20,0	12,1	3,1	45,2	100,0
	2007	10,2	5,8	7,7	1,4	47,0	11,3	2,5	14,2	100,0
	2008	19,5	1,3	3,5	0,4	22,8	12,9	6,1	33,5	100,0
	<i>2003 à 2008</i>	<i>5,1</i>	<i>-2,8</i>	<i>-13,4</i>	<i>0,4</i>	<i>22,8</i>	<i>12,9</i>	<i>6,1</i>	<i>-31,1</i>	
	<i>% 2003 à 2008</i>	<i>35,4</i>	<i>-67,6</i>	<i>-79,1</i>	<i>450,0</i>				<i>-48,2</i>	
Femmes										
	2003	17,6	1,8	10,4	0,0	-	-	-	70,2	100,0
	2004	15,8	1,4	2,7	0,0	23,9	2,2	2,5	51,4	100,0
	2005	20,2	3,4	5,2	0,1	17,7	16,0	1,0	36,5	100,0
	2006	25,0	4,3	2,4	0,0	21,6	5,5	1,5	39,7	100,0
	2007	36,1	2,9	8,2	1,0	29,7	6,7	0,6	14,8	100,0
	2008	26,2	7,7	18,5	0,8	14,0	15,9	2,5	14,4	100,0
	<i>2003 à 2008</i>	<i>8,6</i>	<i>5,9</i>	<i>8,1</i>	<i>0,8</i>	<i>14,0</i>	<i>15,9</i>	<i>2,5</i>	<i>-55,9</i>	
	<i>% 2003 à 2008</i>	<i>48,9</i>	<i>338,9</i>	<i>78,1</i>					<i>-79,5</i>	
Ensemble										
	2003	15,9	3,0	13,9	0,0	-	-	-	67,2	100,0
	2004	14,3	1,4	7,7	0,0	24,9	3,6	1,6	46,5	100,0
	2005	12,0	1,5	6,2	0,0	20,7	13,0	4,1	42,5	100,0
	2006	16,9	3,4	3,2	1,1	20,6	9,4	2,4	43,0	100,0
	2007	21,7	4,5	7,9	1,2	39,3	9,3	1,7	14,5	100,0
	2008	22,5	4,1	10,2	0,6	18,9	14,2	4,5	25,0	100,0
	<i>2003 à 2008</i>	<i>6,6</i>	<i>1,1</i>	<i>-3,8</i>	<i>0,6</i>	<i>18,9</i>	<i>14,2</i>	<i>4,5</i>	<i>-42,1</i>	
	<i>% 2003 à 2008</i>	<i>41,5</i>	<i>37,3</i>	<i>-27,1</i>	<i>1400,0</i>				<i>-62,7</i>	

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003-2008. Calculs des auteurs.