
ÉLECTIONS MAI 2014

VISION ET PRIORITÉS DES MUTUALITÉS LIBRES



Mutualités 
Libres

5 POSTULATS

APPEL À L'ACTION

La vision pour l'avenir des soins de santé des Mutualités Libres s'articule autour de 5 postulats :

1. Un **système de soins en adéquation avec les besoins des patients** et les priorités en matière de santé publique.
 2. La garantie de **l'accessibilité physique et financière** des patients **aux soins de santé**.
 3. **Le respect du patient**, de sa liberté de choix, de sa vie privée et de son droit à un traitement égal.
 4. Un **équilibre nécessaire entre l'innovation médicale et son coût pour la société**.
 5. Une **organisation des soins efficace** qui permette de limiter les charges administratives pour tous les acteurs.
-

La mise en pratique de ces principes exige des changements qui impliquent une adaptation de la législation mais aussi des décisions politiques fermes. Voici donc nos priorités et recommandations afin que vous puissiez en tenir compte dans votre programme politique, voire dans l'élaboration du prochain accord gouvernemental.

Xavier Brenez
Directeur Général
de l'Union Nationale des Mutualités Libres



PRIORITÉS ET RECOMMANDATIONS DES MUTUALITÉS LIBRES

01



Revoir le financement et le remboursement des soins

POURQUOI ?

Le financement hospitalier actuel est dirigé par l'offre. L'absence de financement structurel est compensée par le gonflement du volume des prestations via la nomenclature. Tout le monde s'accorde à dire que ce système doit être révisé. Cependant, tous les aspects sont liés : si le financement hospitalier est revu, la nomenclature doit l'être également. Il est important de distinguer le coût du matériel et les prestations intellectuelles du prestataire de soins. De plus, le coût du matériel devrait être constamment revu pour l'adapter à l'évolution des prix (internationaux/européens) et à l'évolution technologique. Un système DRG (*Diagnosis related group* ou classification hospitalière par pathologie) constitue la base d'une organisation des soins plus facile à gérer.

LES MOYENS

- Pour le financement hospitalier, nous sommes partisans d'un **système de financement forfaitaire mixte et prospectif en fonction de la pathologie**. Un système qui tient compte des besoins des patients et, en particulier, des patients chroniques, parmi les plus gros utilisateurs de soins de santé. Ce système requiert une révision de l'organisation des soins, en fonction de la continuité des soins et avec un échelonnement mûrement réfléchi permettant une utilisation efficace des 1^e, 2^e et 3^e lignes.
- Le **financement de la nomenclature doit être complémentaire au financement hospitalier** et doit être adapté aux soins ambulatoires. Nous pourrions ainsi évoluer vers une médecine préventive et proactive, mais surtout multidisciplinaire. Avec pour objectif un nouveau modèle de soins intégrés au sein duquel les 1^e, 2^e et éventuellement 3^e lignes se rencontrent autour du patient afin de favoriser la coordination et la continuité des soins dont il a besoin.

02

Améliorer la politique en matière de médicaments, implants et dispositifs médicaux invasifs

PROPOSITIONS

- Continuer à miser sur une utilisation efficace des médicaments, implants et dispositifs médicaux, avec maîtrise du volume.
- Améliorer la part des médicaments génériques, des prescriptions sous DCI (*dénomination commune internationale*) et favoriser le passage à des alternatives meilleur marché pour le pharmacien.
- Encourager l'adjudication publique et inverser les procédures de fixation des prix et du remboursement des médicaments et implants. Actuellement, le prix est d'abord fixé au ministère des Affaires économiques, puis les négociations pour le remboursement peuvent commencer. Changeons cette logique pour d'abord évaluer la plus-value d'un médicament ou dispositif médical avant d'en fixer la valeur marchande.
- Mesurer et suivre le volume de prescriptions de médicaments et l'utilisation des implants et dispositifs médicaux invasifs en fonction du besoin prédéfini.

POURQUOI ?

La Belgique se distingue par un pourcentage très élevé (84 %) de prescriptions de médicaments après consultation, et un rapport volume/coût pour les médicaments très important. De plus, la quote-part personnelle des patients pour les implants et les dispositifs médicaux invasifs est élevée alors que nous sommes leaders pour certains implants, comme par exemple, les pacemakers.

LES MOYENS

- Développer **une série de mesures permettant de mieux gérer les volumes et le comportement prescripteur**. Moniter et faire un état des lieux régulier aux prestataires de soins. Confronter le volume utilisé aux besoins médicaux prédéfinis et aux éventuelles directives cliniques.
- **Identifier les comportements** déviants et, si nécessaire, les **sanctionner** en l'absence de raisons objectives. Le budget ainsi récupéré devrait être réinvesti dans le secteur (pas au profit du budget administratif de l'INAMI) afin de financer l'innovation. Une révision des procédures de sanction longues et compliquées est également nécessaire pour identifier les fraudeurs. Pour ce faire, il est nécessaire de donner plus de poids aux constats et analyses des organismes assureurs et de l'Agence Intermutualiste.
- **Encourager un comportement prescripteur favorisant les produits meilleur marché** ou de substitution, sans que la qualité des soins n'en souffre.

03

Reconsidérer la répartition des infrastructures hospitalières et des établissements de rééducation

POURQUOI ?

En Belgique, trop d'établissements proposent une palette de soins trop étendue. Ils offrent souvent des soins extrêmement spécialisés, sans toujours disposer de l'expertise nécessaire. La concentration d'établissements est très forte dans certaines zones du pays, alors que d'autres zones n'accueillent aucune infrastructure de soins. Une concentration des spécialités et de l'expertise est donc nécessaire et les mesures en matière de limitation du volume doivent être élargies au niveau des établissements et services.

LES MOYENS

- Nous devons programmer une limitation et une meilleure répartition des établissements de soins en fonction des besoins médicaux, des recommandations EBM (evidence based medicine) et des critères d'expertise nécessaires.

04

Encourager la qualité des soins

POURQUOI ?

Des soins efficaces et une utilisation appropriée des moyens publics supposent un traitement de qualité à un prix raisonnable.

LES MOYENS

- Une partie du financement doit dépendre du respect d'indicateurs de qualité. Il faut encourager les prestataires de soins à respecter ces indicateurs en organisant un financement visant la qualité.
- La divulgation volontaire (par les établissements de soins) du niveau de qualité et de performance de leurs soins doit permettre de guider le patient dans sa recherche de soins de qualité. Ce sera également un moyen de concentrer l'expertise médicale dans certains établissements.

05



Elaborer un plan intégré pour la dépendance

POURQUOI ?

Le grand défi pour l'avenir de nos soins de santé est la surabondance de soins et de dispositifs d'aide pour nos aînés. Une offre de soins adaptés et un nombre suffisant de prestataires de soins sont primordiaux.

LES MOYENS

- Les solutions doivent être quantitatives et qualitatives. Citons, entre autres : l'accompagnement des aidants proches, l'encadrement des soins à domicile, les solutions de télémédecine/télémonitoring pour les aînés demeurant à domicile, les solutions de répit, les services flats pour les personnes qui ne peuvent plus envisager de rester chez elles. Enfin, un nombre suffisant de maisons de repos et de soins disposant d'un personnel qualifié pour prendre en charge la dépendance dans des conditions humaines.
- Un plan global en matière de soins chroniques est nécessaire. Il devrait se baser sur les initiatives actuelles et favoriser une utilisation efficace de l'offre de soins multidisciplinaires.

06



Simplifier les démarches administratives

PROPOSITIONS

- Supprimer les factures/attestations papier des soins de santé.
- Simplifier les réglementations relatives au médecin-conseil.
- Encourager l'échange de données.
- Simplifier la gestion des droits aux soins de santé (assurabilité).

POURQUOI ?

La législation belge est lourde et complexe, et manque d'efficacité.

LES MOYENS

- Le recours systématique à la digitalisation simplifie les flux administratifs. Le développement d'un dossier médical électronique partagé et l'échange de données médicales devraient pouvoir améliorer la prestation de soins et l'administration des soins, simplifier la tâche du médecin-conseil et favoriser l'octroi administratif de droits aux patients. Ces flux peuvent en outre constituer une base d'évaluation de la qualité et de l'efficacité des soins administrés dans la pratique journalière.

07



Gérer l'impact de la 6^e réforme de l'Etat

PROPOSITIONS

- Monitorer la performance du système de soins.
- Responsabiliser les autorités régionales.
- Conclure des accords par rapport aux mécanismes de coordination.

POURQUOI ?

L'intérêt du patient n'était pas au cœur de la 6^e réforme de l'Etat qui, pour rappel, transfère une partie des compétences fédérales en matière de soins de santé aux entités fédérées. Il s'agit d'un consensus politique qui a accru la complexité institutionnelle, administrative et réglementaire pour les citoyens et les organes exécutifs.

LES MOYENS

- Une réflexion critique sur les paquets de compétences homogènes dans l'intérêt des patients est nécessaire.

08



Revoir les mécanismes de concertation

POURQUOI ?

L'intérêt de chacune des parties et les compromis effectués pour plaire à ses propres partisans politiques sont monnaie courante lors de la concertation. L'intérêt du patient et du système de santé en général sont encore trop souvent relégués en deuxième place.

LES MOYENS

- Nous avons besoin d'un plan de santé ambitieux, avec des objectifs clairs comme point de départ. La concertation avec les acteurs doit d'abord porter sur la réalisation de ces objectifs pour chacune des parties concernées.
- Le financement doit être lié au suivi et à l'évaluation de la réalisation de ces objectifs.
- L'accent doit être mis sur la concertation transversale en vue de favoriser les soins intégrés et encourager les secteurs à collaborer davantage dans l'intérêt du patient. Les « silos » doivent devenir des « vases communicants ». La pilarisation doit être supprimée par le biais d'une répartition équitable des mandats, en fonction du nombre d'affiliés des partenaires de concertation.

09



Repenser le rôle des mutualités

PROPOSITIONS

- Jouer un nouveau rôle dans certains domaines, par exemple, l'information aux patients et la coordination des soins.
- Gérer la fraude et les pratiques frauduleuses qui donnent lieu à un volume de prestations non justifiées.
- Définir un cadre pour éviter des conflits d'intérêts, notamment entre les rôles d'assureur santé et de prestataires de soins.
- Garantir des seuils minimaux d'activités pour assurer la qualité des services

POURQUOI ?

Les mutualités sont un partenaire connu et familier pour les citoyens. En tant qu'intermédiaire, nous souhaitons prendre nos responsabilités et mettre notre expertise à la disposition des autorités et de nos affiliés.

LES MOYENS

- Les mutualités ont un rôle important à jouer dans :
- la gestion des sorties après une hospitalisation
 - l'encadrement et le coaching des patients dépendants et chroniques
 - la politique d'intégration socioprofessionnelle après une incapacité de travail
 - la promotion d'un style de vie sain
 - la participation active à la lutte contre la fraude
 - l'obligation pour les mutualités d'encadrer plus efficacement l'évolution vers les soins chroniques chez le patient

A propos de l'Union Nationale des Mutualités Libres

Les Mutualités Libres regroupent 7 mutualités : OZ, Euromut, Securex Mutualité Libre, Partena Ziekenfonds, Omnimut, Partenamut, Freie Krankenkasse. Avec plus de 2 millions d'affiliés, les Mutualités Libres constituent le troisième plus grand organisme assureur du pays.