



L'assurance soins de santé et indemnités belge

Repères du passé, balises pour le futur



Sommaire

Introduction	3
1 ^{re} Partie - L'assurance soins de santé et indemnités en Belgique - 1964-2014	5
I. Le cadre général	6
II. Les caractéristiques de base de l'assurance	6
III. La réforme de 1963	7
IV. Les dates clés de l'évolution de l'assurance soins de santé	8
V. Les dates clés de l'évolution de l'assurance indemnités	12
VI. Le FAM	13
VII. La santé et les soins de santé	13
VIII. Les défis pour les soins de santé	13
IX. Les recommandations de l'OCDE	14
X. La performance des soins de santé	15
XI. L'impact financier du secteur	15
XII. L'intérêt social : valeur sociale et économique	16
Le calendrier pour l'avenir	16
2 ^e Partie - Balises pour le futur : propositions de discussion	17
I. D'une assurance frais médicaux à un levier pour une bonne santé	18
II. Protection sociale universelle fondée sur un paquet de soins adaptés et largement accessibles	20
1. Qui bénéficie de la protection ?	20
2. Que couvre la protection ?	20
3. Dans quelle mesure la personne est-elle protégée ?	21
III. Réduction des inégalités	21
IV. Modernisation de la concertation	22
1. Organisation de la concertation	23
2. Portée de la concertation	23
3. Partenaires de la concertation	24
V. Changement de paradigme sur le plan de l'incapacité de travail	24
VI. De la qualité, plus que jamais !	26

VII. Réajustement des mécanismes de paiement	27
VIII. Collaboration : plus que jamais un pilier indispensable	28
1. Collaborer au niveau des soins	28
2. Collaborer au niveau politique belge	29
3. Collaborer au niveau européen	29
IX. Responsabilisation des acteurs	30
1. Dispensateurs de soins	30
2. Organismes assureurs	30
3. Assurés	31
X. L'INAMI, un institut proactif et créatif	31
1. L'organisation d'une bonne gestion financière	31
2. Le développement de l'expertise en matière de concertation et de soutien stratégique	32
3. Le développement du rôle de surveillant	32
4. La poursuite de la modernisation et de la simplification administrative qui s'imposent	33
5. Fournir de bonnes informations et assurer une bonne communication	33

Annexe - Enquête auprès des acteurs concernés	35
---	----

Introduction

Les 50 ans de l'INAMI ne peuvent pas passer inaperçus. Au cours de ces 5 décennies, l'assurance soins de santé et indemnités a connu toute une évolution. La présente brochure illustre les phases majeures de l'évolution de l'assurance. Cet aperçu souligne clairement les efforts fournis afin d'améliorer la protection sociale en matière de maladie et d'invalidité.

En marge de ce document, un film documentaire a également été réalisé, rassemblant les témoignages de quelques acteurs clés du système de la sécurité sociale (ministres, partenaires sociaux, mutualités, dispensateurs de soins, etc.). Ce film sera pourra être visionné sur le site Internet de l'INAMI.

Dans la deuxième partie de la brochure, quelques jalons sont posés pour l'avenir. Ils s'inspirent largement de l'enquête réalisée auprès des acteurs qui ont participé à la concertation menée au sein de l'INAMI. Y ont été définis 10 thèmes essentiels qui seront à l'ordre du jour dans les prochaines années.

Le document a été rédigé par l'administration de l'INAMI et sera lisible sur le site Internet de l'INAMI. Une consultation publique permettra aux intéressés de formuler des remarques à ce sujet dans les semaines à venir. Le document pourra ainsi être finalisé et transmis aux organes de gestion.

Benoît Collin



Jo De Cock



1^{re} Partie

L'assurance soins de santé
et indemnités en Belgique
1964-2014

I. Le cadre général

L'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (actuellement appelée assurance soins de santé et indemnités) a été instaurée en 1945. Elle fait partie du système de sécurité sociale.

Cette assurance offre une protection sociale dans 2 domaines :

- elle intervient financièrement dans les frais médicaux des assurés pour une vaste gamme de prestations : prestations médicales, médicaments, séjour en hôpital, prestations paramédicales et infirmières, ...
- elle garantit un revenu de remplacement en cas de perte de salaire à la suite d'une incapacité de travail atteignant un degré suffisant (66 %). À ce propos, une distinction est établie entre la période d'incapacité de travail primaire (la 1^{re} année) et l'invalidité (la 2^e année et les suivantes).

II. Les caractéristiques de base de l'assurance

- Ce système universel et obligatoire est basé sur le principe de solidarité et d'assurance.
- L'assurance est financée par les cotisations sociales, des interventions de l'État et des cotisations spéciales.
- Les assurés doivent généralement, en fonction de leurs moyens financiers, payer une quote-part personnelle (ticket modérateur) dans le coût des diverses prestations et fournitures de santé.
- Elle offre une large couverture.
- L'assuré a la liberté de choisir son dispensateur et a accès à une large offre de structures.
- Elle est basée sur un système de concertation. Elle est gérée par les partenaires sociaux, les mutualités, les pouvoirs publics ; les dispensateurs de soins sont aussi associés.
- Ce système mis en œuvre par les mutualités (organisations du secteur « non marchand ») est organisé et contrôlé par les pouvoirs publics via l'INAMI.

III. La réforme de 1963

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a été créé le 1^{er} janvier 1964 en vertu de la loi du 9 août 1963. Il succède au Fonds National pour l'assurance contre la maladie et l'invalidité qui existait depuis 1945.

La réforme découlant de la loi susmentionnée visait plusieurs objectifs, dont les principaux peuvent être résumés comme suit :

- une scission en termes de finances et de gestion entre le secteur des soins de santé et celui des indemnités pour incapacité de travail
- la possibilité d'étendre l'assurance soins de santé à des catégories autres que celle des travailleurs salariés
- l'instauration d'un « régime préférentiel » pour les orphelins, invalides, pensionnés et veuves percevant un faible revenu, leur permettant de ne payer qu'une intervention personnelle réduite
- la fixation des conditions selon lesquelles les mutualités doivent supporter la responsabilité financière du secteur des soins de santé
- la mise en place d'un système de conventions et d'accords sur les honoraires des dispensateurs de soins et le remboursement total ou partiel de ceux-ci par l'assurance via les mutualités. Il s'agissait là d'une innovation de taille. L'ambition était de garantir la sécurité tarifaire aux assurés
- l'intégration de l'Institut de contrôle médical.

La loi en question avait suscité de vives réactions de la part des médecins : quelques-uns estimaient que certaines mesures étaient incompatibles avec des principes tels que

- la liberté de choisir son médecin - indépendamment du fait qu'il ait ou non adhéré à l'accord
- le secret médical
- la liberté thérapeutique.

Ceci avait débouché sur une grève de grande envergure des médecins en avril 1964. Au terme de négociations entre toutes les parties, un accord important a alors été conclu en juin 1964 qui a permis d'établir ce qu'on a appelé la « pax medica » (l'accord dit de la Saint-Jean du 25 juin 1964 conclu entre le Gouvernement, les interlocuteurs sociaux, les mutualités et les organisations de médecins).

IV. Les dates clés de l'évolution de l'assurance soins de santé

Pendant la même période, plusieurs initiatives importantes ont été prises parallèlement à cette réforme.

FIN 1963

Fin 1963, ladite « loi sur les hôpitaux » a été approuvée. Le statut spécifique des médecins-conseils des mutualités a également été défini. Il prévoit des garanties en matière d'indépendance.

1967

En 1967, la législation relative à l'exercice des professions médicales et paramédicales a été élaborée.

FIN DES ANNÉES 60

A la fin des années soixante, l'application de l'assurance soins de santé a été étendue à l'ensemble de la population. Pendant longtemps (jusqu'en 2008), les travailleurs indépendants ne devaient être obligatoirement couverts que pour les « gros risques » uniquement. Ce n'est qu'en 1971 qu'une assurance obligatoire pour l'incapacité de travail a également été instaurée pour les travailleurs indépendants aussi.

MILIEU DES ANNÉES 70

Au milieu des années septante, après la crise pétrolière, l'assurance a été confrontée à de graves difficultés financières. Des réformes en profondeur ont été proposées, notamment inspirées par un volumineux rapport du Commissaire royal, monsieur J. Petit. On a toutefois veillé pendant cette période à lier les indemnités au bien-être.

DÉBUT DES ANNÉES 80

Début 1980, une importante réforme de l'État a eu lieu, établissant entre autres le principe selon lequel l'assurance maladie et invalidité est une matière fédérale. Certaines compétences comme la prévention, l'agrément des hôpitaux et l'octroi de subventions pour investissements à des structures de soins ont été confiées aux Communautés (et Régions). L'INAMI reprenait les missions sur le plan de la réadaptation fonctionnelle du Fonds national de reclassement des personnes handicapées.

Une réforme du financement de la sécurité sociale a été menée au même moment.

Toute une série de mesures structurelles ont suivi à partir de 1982. Elles concernent la révision de l'offre et du financement du secteur hospitalier (capacité minimale, conversion de certains lits d'hôpitaux en lits de maisons de repos et de soins, financement en fonction de l'activité, statut du médecin hospitalier). Les médicaments génériques ont fait leur apparition dans le secteur pharmaceutique. Les interventions personnelles des assurés ont été augmentées et une cotisation a été instaurée pour les bénéficiaires de revenus de pension légale et/ou extra-légale dont le cumul dépasse un certain plafond.

1990

En 1990, une nouvelle législation relative aux mutualités a été approuvée. Elle affine les missions des mutualités mais renforce aussi le contrôle sur leur fonctionnement et leur gestion financière.

De nouvelles techniques financières basées sur des enveloppes fixées d'avance ont également été mises au point, essentiellement dans le secteur des prestations médicales techniques.

De nouvelles sources de financement ont été exploitées :

- prélèvement sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique
- prélèvement sur les primes pour les assurances hospitalisation.

1993

La loi du 15 février 1993 prévoyait de nouvelles structures pour la gestion de l'assurance.

Depuis lors, le gouvernement a siégé à la table de concertation via une représentation au Conseil général.

Dans le prolongement de ce qui précède, un nouveau système de responsabilisation financière des mutualités a été instauré : les moyens financiers, dans une large mesure, sont répartis sur la base d'une clé de répartition qui dépend du profil de risque des assurés. Si les dépenses dépassent le budget alloué, les mutualités peuvent alors être tenues responsables d'une partie de ce dépassement.

Tous les moyens ont été réunis au sein de deux organismes centraux : l'Office national de Sécurité sociale (ONSS) et l'Office national d'Assurances sociales pour Travailleurs indépendants (INASTI). Depuis lors, l'assurance est financée sur la base de besoins financiers.

Bien que la réforme de l'État de 1993 n'eût pas d'impact sur le secteur, il fut cependant décidé d'effectuer à l'avenir des analyses de la répartition régionale des dépenses.

FIN DES ANNÉES 90

Une limitation du nombre d'étudiants en médecine a été instaurée en 1997.

À partir de 1998, des élections quadriennales sont organisées parmi les dispensateurs de soins en vue de désigner leurs représentants. Les premières élections concernaient les médecins.

De plus en plus, on a ressenti aussi le besoin de stimuler les soins de santé de première ligne dispensés par les médecins généralistes. Dans ce contexte, le dossier médical global a été instauré en 1999. Ce dossier doit permettre au médecin généraliste d'avoir une vue globale des problèmes de santé de ses patients.

Petit à petit plus d'attention fut aussi accordée à la qualité des soins. Un exemple dans ce contexte est l'instauration d'un système d'accréditation encourageant les médecins à se former en continu et à procéder à une évaluation de la qualité dans le cadre de groupes locaux d'évaluation médicale. En outre, un Conseil spécial de promotion de la qualité a été créé ayant pour mission d'élaborer des directives en matière de bonnes pratiques médicales. Un système d'accréditation a également été instauré pour les praticiens de l'art dentaire.

À PARTIR DE 2000

À partir de 2000, des initiatives ont également été prises afin de mieux garantir l'accès aux soins :

- l'instauration du maximum à facturer qui garantit qu'un ménage ne doit pas dépenser plus qu'un montant donné pour des soins de santé indispensables. Ce montant dépend du revenu du ménage
- le « statut Omnio » : le régime préférentiel (instauré en 1963) a été élargi à toutes les personnes à faible revenu
- depuis 2008, une assurance pour les travailleurs indépendants est étendue également aux petits risques, au même titre que les autres catégories d'assurés. C'est à partir de cette date que l'on peut parler d'une réelle couverture universelle.

Dans la même période, la norme de croissance légale pour les dépenses de santé a été fixée à 4,5 % par an en termes réels.

En 2002, le contrôle médical a été modernisé dans le cadre d'un processus global de responsabilisation. Dans ce contexte, l'évaluation et l'information aux dispensateurs de soins ont été instaurées en vue d'une prévention plus efficace et d'une approche plus ciblée. En même temps, une nouvelle politique en matière de sanction nantie de procédures et de structures adaptées a été mise en place.

De plus en plus, le processus décisionnel dans le cadre de l'assurance reposait sur des bases scientifiques. Une initiative importante concernait la révision des procédures et critères de remboursement en matière de médicaments. L'institution du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2003 doit également être située dans ce contexte. Mentionnons également la création d'un conseil scientifique des malades chroniques. C'est notamment de cette façon que les organisations de patients sont directement associées au processus décisionnel.

Entre-temps, des techniques de financement ont également été mises au point :

- pour des interventions courantes effectuées en hôpital, des montants de référence forfaitaires ont été instaurés afin de réduire les variations dans les pratiques médicales ;
- un système de remboursement forfaitaire de médicaments a également été instauré dans les hôpitaux.

Comme mentionné, les dépenses en soins de santé sont depuis 2008 regroupées au sein d'un régime global applicable à l'ensemble de la population. Le financement de ce régime global est assuré par les gestions globales respectives des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants. Dans le cadre du Pacte de solidarité entre les générations, un mécanisme de financement a été instauré par lequel le financement par la gestion globale est limité à l'augmentation des recettes effectives provenant des cotisations, quelle que soit la hausse des dépenses. Le solde est couvert par des interventions publiques et un financement alternatif. Une clé de répartition entre les gestions globales a été définie.

CES DERNIÈRES ANNÉES : DURABILITÉ, ACCESSIBILITÉ ET QUALITÉ

Ces dernières années, trois thèmes ont été au cœur de nos préoccupations : durabilité, accessibilité et qualité.

○ Durabilité financière

La norme de croissance pour les dépenses de l'assurance soins de santé a été fixée à 3 % au lieu de 4,5 % à partir de 2014.

Autres initiatives :

- la création du Fonds d'avenir des soins de santé
- l'introduction d'un système de prix de référence des médicaments et d'un budget fermé pour le secteur pharmaceutique
- un nouveau système de rémunération des pharmaciens
- l'instauration du droit de substitution.

○ Accessibilité

Un Plan cancer et un Plan maladies chroniques ont été élaborés.

Un Plan maladies rares est également en cours d'exécution. Des mesures ont également été prises pour limiter les suppléments que doivent payer les patients en hôpital. Une attention supplémentaire a été prêtée à l'amélioration des interventions pour les soins dentaires et les dispositifs médicaux. Les possibilités d'appliquer le régime du tiers payant ont été élargies. Un projet de loi en matière de facturation obligera les dispensateurs de soins à facturer en toute transparence. Des programmes spécifiques sont mis en place en faveur de groupes socialement vulnérables (comme les sans-abris).

○ Qualité

Un certain nombre de mesures visant à appuyer la qualité ont été prises :

- les trajets de soins pour malades chroniques
- le soutien aux médecins généralistes sur le plan administratif et dans le cadre des services de garde
- une plateforme e-health devant permettre l'échange électronique de données entre dispensateurs de soins
- dans le secteur des soins aux personnes âgées, on a investi dans l'extension de la capacité et dans des initiatives de modèles de soins innovateurs ayant pour but de favoriser l'autonomie des personnes âgées dans leur propre environnement
- dans le secteur des soins de santé mentale, on s'attèle à la socialisation des soins (alternatives à l'hospitalisation) et à la réinsertion socioprofessionnelle.

2014

Suite à la réforme de l'État qui a récemment été approuvée par le parlement, un certain nombre de matières qui étaient jusqu'alors prises en charge par l'assurance soins de santé seront transférées aux Communautés et Régions à partir du 1^{er} juillet 2014.

Il s'agit entre autres :

- des soins dispensés dans les centres d'hébergement et de soins pour personnes âgées (maisons de repos et maisons de repos et de soins)
- d'un certain nombre de conventions de rééducation fonctionnelle spécifiques (soins aux toxicomanes, prestations de rééducation ambulatoire)
- de la fourniture de dispositifs d'aide à la mobilité
- d'initiatives en matière de prévention (vaccinations)
- de l'agrément des dispensateurs de soins
- de mesures visant à appuyer les soins de première ligne.

Les compétences en matière de politique des hôpitaux également sont réorganisées dans le cadre de la sixième réforme de l'État, en particulier en ce qui concerne la définition des normes de programmation et d'agrément et le financement des coûts d'investissement.

V. Les dates clés de l'évolution de l'assurance indemnités

Pendant toutes ces années, l'assurance relative à l'incapacité de travail a connu une évolution plus calme.

En 1990, une assurance maternité spécifique a été instaurée qui octroie des indemnités pendant la période de repos de maternité obligatoire et plus tard aussi, en cas d'« écartement du travail » durant la grossesse.

Au fil des ans, on a tenté d'accorder le niveau des revenus de remplacement à celui du bien-être. Dans ce contexte, les prestations prévues dans le cadre du salaire garanti, de la maternité et de l'invalidité de longue durée ont été améliorées. Des avantages spécifiques tels qu'un pécule de vacances ont été instaurés. Dans le cadre du Contrat de solidarité entre les générations, un mécanisme structurel a été mis en place en 2005 afin d'accorder les revenus de remplacement au bien-être sur la base d'une enveloppe pour le bien-être convenue tous les deux ans.

En raison de l'augmentation du taux d'emploi, du relèvement de l'âge de la pension et d'autres facteurs sociaux (« société stressante »), le nombre de titulaires indemnisables a fortement augmenté ces dernières années.

On octroie des indemnités, mais on tente aussi de prendre des mesures visant à promouvoir et à soutenir la réinsertion sur le marché du travail et dans la société. En 2006, les dispositions relatives à la réadaptation professionnelle de personnes en incapacité de travail ont été fondamentalement modifiées. L'assurance indemnités intervient désormais dans les programmes visant la réinsertion de ces personnes dans un environnement professionnel. Dans ce cadre, un rôle spécifique a été attribué aux médecins-conseils des organismes assureurs.

VI. Le FAM

Le Fonds des accidents médicaux (FAM) est devenu opérationnel au sein de l'INAMI dans le courant de 2013. Ce fonds est entre autres chargé d'octroyer des indemnités en cas de dommages occasionnés par des prestations de santé pour lesquelles un tiers ne peut être tenu responsable.

VII. La santé et les soins de santé

Les soins de santé sont bien sûr un déterminant important pour la santé de la population. Cependant, il existe encore d'autres facteurs qui influencent la santé publique. Dans ce contexte, nous pouvons faire une distinction entre les facteurs liés à la personne qui sont génétiques ou acquis, les facteurs liés au style de vie (tabagisme, exercices physiques...) et les facteurs environnementaux tant sur le plan social (cohésion sociale, soutien familial, emploi...) que sur le plan physique (qualité de logement, facteurs environnementaux, alimentation...).

Les soins de santé comprennent essentiellement cinq domaines : promotion de la santé, soins préventifs, soins curatifs, soins de longue durée et soins en fin de vie.

Les dépenses en soins de santé sont notamment influencées par des facteurs démographiques (vieillesse, densité de la population...), les développements technologiques, les mesures politiques, l'évolution des honoraires et des rémunérations du personnel de santé.

VIII. Les défis pour les soins de santé

Tous les pays développés sont confrontés au fait que les dépenses en soins de santé augmentent plus vite que le PIB. En Belgique, les dépenses de l'assurance soins de santé ont augmenté en termes réels de 2,8 % par an au cours de ces dix dernières années. Cette tendance à la hausse va de pair avec un accroissement des possibilités techniques et de la prévalence des maladies chroniques.

L'Union européenne a identifié le 7 décembre 2010, les défis suivants pour les systèmes de soins de santé des pays occidentaux :

- *« garantir une base de financement viable, un degré élevé de mise en commun des ressources et une bonne répartition des fonds, garante de l'égalité d'accès*
- *encourager un recours aux soins qui soit à la fois efficace et peu onéreux, en mettant en œuvre des mesures appropriées d'incitation, notamment des mécanismes de partage des coûts et des formules de rémunération des prestataires de soins et, le cas échéant, en faisant intervenir des prestataires non publics, tout en garantissant la protection des plus vulnérables*
- *promouvoir l'offre de services de soins de santé primaires et l'accès à ces services afin d'améliorer l'état de santé général et de réduire le recours inutile à des spécialistes et aux soins hospitaliers*
- *freiner la demande induite par l'offre en étudiant l'interaction entre les facteurs relevant de la demande et ceux relevant de l'offre, etc.:*

- *veiller à une utilisation des médicaments qui soit à la fois efficace et peu onéreuse par l'amélioration de l'information, des pratiques en matière de fixation des prix et de remboursement et l'évaluation de l'efficacité*
- *améliorer la collecte des données et les canaux d'information, ainsi que l'utilisation des informations disponibles dans le but d'accroître la performance globale des systèmes de santé*
- *recourir plus systématiquement, dans les processus de décision, aux méthodes d'évaluation des technologies de la santé, pour évaluer l'efficacité, les coûts et les incidences plus générales des traitements médicaux*
- *améliorer la promotion de la santé et la prévention des maladies également en dehors du secteur de la santé. »*

IX. Les recommandations de l'OCDE

En mai 2013, le système belge des soins de santé a fait l'objet d'une analyse par l'OCDE. Certaines recommandations importantes ont été formulées. Elles portaient sur les éléments suivants :

- l'optimisation de l'organisation générale du système, en vue d'en augmenter l'efficacité. Cette analyse préconise notamment une véritable cohérence entre les différents niveaux politiques et un rôle plus actif des payeurs pour améliorer au besoin la performance
- la poursuite du développement d'une gestion coordonnée des données afin de résorber l'utilisation médicale inadéquate
- le renforcement des incitants auprès des dispensateurs de soins, e. a. en tenant compte du rapport qualité-prix et du rapport coût-efficacité démontrable des traitements et en adaptant les modèles de financement et les systèmes de remboursement
- la promotion des soins de première ligne et le développement de trajets de soins pour les malades chroniques
- l'adaptation du système aux besoins d'une population vieillissante en stimulant la collaboration entre les différents dispensateurs de soins, en mettant en œuvre une politique qui soutienne l'autonomie des personnes dépendantes de soins et des modèles de soins innovateurs proposant une réponse aux besoins restés sans réponse.

L'année dernière, l'OCDE avait formulé des recommandations afin de mener une politique davantage axée sur l'activation en matière d'incapacité de travail. Une attention particulière a été portée à la problématique santé mentale et travail.

X. La performance des soins de santé

Il y a quelques années, le Centre d'expertise fédéral pour les soins de santé avait été chargé de rédiger à intervalles réguliers un rapport sur la performance du système de soins de santé belge, et ce, en collaboration étroite avec l'INAMI, l'Institut scientifique de la santé publique et quelques autres instances publiques, tant du niveau fédéral que des entités fédérées.

Cette analyse, publiée début 2013, montre qu'il y a déjà de très nombreux résultats positifs, par exemple :

- le taux de vaccination des enfants
- le taux de survie après un cancer du sein et de l'intestin après cinq ans
- la relation avec le médecin généraliste
- l'utilisation croissante de médicaments bon marché.

Il subsiste néanmoins une marge d'amélioration notamment pour :

- la participation au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus
- le suivi des personnes diabétiques
- l'utilisation d'antibiotiques
- l'exposition aux rayonnements médicaux.

Le vieillissement de certaines catégories du personnel de soins, notamment les médecins généralistes, doit faire l'objet d'une surveillance attentive.

Il faut également se pencher tout particulièrement sur les mesures en vue de diminuer l'inégalité sociale en matière de santé.

XI. L'impact financier du secteur

L'INAMI gère en 2014 un budget de 38,2 milliards d'euros, réparti comme suit :

- soins de santé : 31,0 milliards d'euros
- indemnités : 7,2 milliards d'euros
- Fonds des accidents médicaux : 15,2 millions d'euros.

En 2011, les dépenses totales pour les soins de santé en Belgique s'élevaient, selon l'OCDE, à 10,5 % du PIB. 76 % de ces dépenses ont été financées par des moyens publics.

XII. L'intérêt social : valeur sociale et économique

L'étude du Bureau du plan, commandée par l'INAMI dans le cadre de son cinquantenaire, montre que l'impact des soins de santé sur l'espérance de vie est considérable. Selon les estimations, il est question, pour la période 1970-2010, d'un impact de 5,9 ans pour les hommes et de 4,5 ans pour les femmes, soit respectivement 66 % et 55 % de l'accroissement constaté de l'espérance de vie pendant cette période.

Il ne faut pas non plus considérer les dépenses pour les soins de santé et les indemnités comme un simple poste de coûts. Non seulement la protection sociale y afférente contribue à la cohésion sociale et à la préservation d'un niveau de vie convenable en cas de maladie ou d'accident, mais les soins de santé créent également une importante valeur ajoutée d'un point de vue économique.

Selon les comptes nationaux, la valeur ajoutée brute du secteur a augmenté dans le PIB total pour passer de 3,2 % en 1970 à 7,8 % en 2011. La proportion de la branche d'activité soins de santé et services sociaux dans l'emploi total a également connu une hausse entre 1970 et 2011 : elle est passée de 2,7 % à 12 %.

Le calendrier pour l'avenir

Sans vouloir être exhaustifs, citons quelques thèmes qui occuperont à plus ou moins longs termes une place centrale au niveau du secteur des soins de santé et des indemnités :

- D'une assurance frais médicaux à un levier pour une bonne santé
- Une protection sociale universelle fondée sur un paquet de soins adaptés et largement accessibles
- La réduction des inégalités
- La modernisation de la concertation
- Un changement de paradigme sur le plan de l'incapacité de travail
- De la qualité, plus que jamais !
- Un réajustement des mécanismes de financement
- La collaboration : plus que jamais un pilier indispensable
- La responsabilisation des acteurs
- L'INAMI, un institut proactif et créatif

Comme établi lors de l'adoption de la loi du 9 août 1963, il incombe de trouver un bon équilibre entre les principes de la responsabilité et ceux de la solidarité.

2^e Partie

Balises pour le futur :
propositions de
discussion

Le système belge d'assurance soins de santé et indemnités a récemment été examiné sous plusieurs angles. Tant les organisations internationales (UE, OCDE, OMS) que les autorités nationales, mais aussi les institutions scientifiques et les acteurs du secteur ont, ces dernières années, prêté une attention particulière à l'avenir de ce secteur clé de la protection sociale.

Sur la base de ces analyses mais notamment aussi sur la base d'une enquête réalisée auprès des organisations associées à la concertation en la matière (voir le questionnaire en annexe), L'INAMI souhaite proposer quelques balises pour le développement futur de l'assurance soins de santé et indemnités.

Nous souhaitons mener un débat ouvert sur ces propositions, mais aussi sur les résultats d'une enquête réalisée fin 2013 auprès de la population belge sur le thème des soins de santé et des indemnités. Ces éléments feront l'objet d'un vaste dialogue social au cours des prochains mois, en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin. Nous présenterons les résultats de ce dialogue aux organes de gestion de l'INAMI.

Nous avons rassemblés les différentes propositions autour des 10 thèmes suivants.

- D'une assurance frais médicaux à un levier pour une bonne santé
- Protection sociale universelle fondée sur un paquet de soins adaptés et largement accessibles
- Réduction des inégalités
- Modernisation de la concertation
- Changement de paradigme sur le plan de l'incapacité de travail
- De la qualité, plus que jamais !
- Réajustement des mécanismes de financement
- Collaboration : plus que jamais un pilier indispensable
- Responsabilisation des acteurs
- L'INAMI, un institut proactif et créatif

I. D'une assurance frais médicaux à un levier pour une bonne santé

Ces dernières décennies, la base de l'assurance maladie – appelée actuellement assurance soins de santé – s'est lentement élargie.

Cela signifie non seulement, dans le cadre des moyens disponibles, l'organisation d'une couverture universelle et l'extension systématique de l'offre en fonction des besoins sociaux et des progrès médicaux.

Mais cela signifie aussi qu'au fil des ans, l'accent a de plus en plus été mis sur l'organisation des soins de santé. Cette approche plus globale où le patient constitue le point de référence et qui n'est pas purement axée sur la technique de l'assurance est largement soutenue. Avec pour conséquence une contribution maximale et explicite de l'assurance soins de santé à la réalisation des objectifs globaux d'un bon système de santé.

Les valeurs fondamentales et les points de départ du système existant - à savoir la solidarité et la responsabilité, l'universalité, l'accessibilité et la qualité - ne sont nullement remis en question. Néanmoins, il convient de veiller à investir durablement dans une culture de solidarité à l'égard de tous les groupes de la population.

De même, perpétuer la tradition de concertation, qui est à la base du système actuel, bénéficie d'un large soutien.

D'après les informations disponibles, nous pouvons conclure que ni la population ni les acteurs concernés ne sont très favorables à une réforme générale du système.

L'immobilisme n'est toutefois pas une option.

Nombreux sont ceux qui sont favorables à une révision de la manière d'appréhender certains domaines et à un basculement dans l'univers des soins vu la prévalence plus grande des pathologies chroniques.

Pour compléter, énumérons quelques points spécifiques qui retiennent l'attention :

- La complexité du système mérite que l'on y prête attention. La sécurité sociale ne peut pas être un système où les mentions en petits caractères sont importantes. Le système doit devenir plus « lisible » et offrir la transparence nécessaire. Des initiatives doivent être prises pour que la population puisse acquérir les aptitudes nécessaires pour avoir accès aux informations sur la santé et les soins de santé et pouvoir les comprendre et les utiliser (compétence en matière de santé / 'health literacy').
- La nécessité d'investir davantage dans l'efficacité aux niveaux macro, méso et micro rencontre un large consensus.
- Tout ce qui est possible et valable ne peut plus être proposé partout. Toute utilisation inutile ou inefficace doit être éliminée.
- Indépendamment du fait que les possibilités de choix et le degré de liberté doivent rester suffisamment garanties, l'idée de suivre davantage une logique mercantile du système, – ce qui pourrait entraîner une fracture sociale et une privatisation croissante –, suscite une grande réticence.
- Les aspects de qualité doivent également être remis à l'avant-plan.
- Les soins effectivement dispensés et les soins souhaitables, c'est-à-dire les soins nécessaires tant d'un point de vue scientifique que sociétal, doivent coïncider au mieux. Des mécanismes de suivi sont nécessaires pour ce faire.
- La prévention doit être davantage mise en avant, afin de renforcer la politique de prévention des Communautés.
- Il faut, bien sûr, relever les défis connus, qui découlent notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation des possibilités médicales et technologiques.
- Mais, il convient aussi d'apporter des réponses à des problématiques spécifiques qui vont de pair avec la complexification de la société (multiculturalisme, urbanisation, problèmes de bien-être psychique, etc.).
- Certains veulent également poursuivre les efforts consentis pour promouvoir l'attractivité des professions de la santé et soutenir les aidants proches.

D'une façon générale, il faut pouvoir contrôler systématiquement au niveau macro que les soins de santé atteignent les objectifs de base et les objectifs en matière de santé. Dans ce cadre, les rapports de performance périodiques constituent un baromètre utile.

II. Protection sociale universelle fondée sur un paquet de soins adaptés et largement accessibles

La protection sociale au niveau des coûts de la santé est fondée sur 3 paramètres essentiels : Qui bénéficie de la protection ? Que couvre la protection ? Dans quelle mesure la personne est-elle protégée ?

1. Qui bénéficie de la protection ?

Depuis 2008, toute personne est assurée pour ses frais de maladie dans notre pays. Il subsiste toutefois des « trous dans le filet » dus à des phénomènes spécifiques tels que la migration intense ou la problématique des grandes villes (sans abri, etc.).

2. Que couvre la protection ?

L'assurance belge soins de santé comprend une vaste gamme de prestations, à l'exception entre autres de prestations purement esthétiques.

Le développement du paquet de soins est un processus dynamique. En effet, l'offre de soins évolue en permanence. De nouvelles méthodes de diagnostic, de nouveaux traitements et de nouveaux médicaments sont développés. La demande de soins évolue également au fil du temps.

Adapter le paquet de soins ne peut pas être un processus mécanique ou mercantile mais doit être le résultat de considérations minutieuses et explicites. Des méthodes telles que le Health Technology Assessment sont de plus en plus utilisées. Dans ce type de méthode, l'utilisation de ressources collectives doit être confrontée à certains critères comme la nécessité en termes de charge de morbidité et de frais de maladie, d'efficacité, de coût-efficacité.

Certains secteurs – par exemple le secteur des médicaments – appliquent déjà systématiquement cette méthode. Étendre la méthode à d'autres secteurs s'impose toutefois compte tenu du fait qu'une bonne gestion de l'offre constitue l'une des conditions de base de maîtrise des dépenses.

De plus en plus de questions pressantes se posent. Comment faire en cas de traitements extrêmement onéreux, pour lesquels la population, que ce soit ou non suite à des campagnes médiatiques, attend de l'assurance qu'elle les rende rapidement accessibles ? Ou encore, comment organiser correctement les possibilités de soins et de traitements spécialisés et les éventuelles opportunités de médecine personnalisée dans un contexte financier strict ?

Les traitements qui sont retenus dans le paquet de soins doivent bien sûr répondre aux critères stricts cités plus haut. Néanmoins, le remboursement doit, au fil du temps, dépendre également de l'évaluation continue de la plus-value constatée dans la pratique. Cela conduira à une actualisation régulière des règles de remboursement.

Les différents traitements ne pourront pas être effectués à n'importe quel endroit non plus. Des instruments sont actuellement utilisés, comme des conventions spécifiques conclues avec certains services ou centres de référence. Dans certains domaines, il faudra concentrer les moyens, l'expérience et l'expertise dans un nombre limité de centres de traitement afin d'assurer la meilleure qualité et les meilleurs résultats pour les patients.

Le développement du paquet de soins ne porte bien évidemment pas uniquement sur des technologies médicales. Les résultats de l'enquête mettent en évidence la demande d'investir davantage dans des soins psychologiques faciles d'accès, dans la pose correcte d'un diagnostic précoce, dans du matériel de soins ambulatoires, etc.

La reconnaissance imminente des psychologues comme professionnels de la santé soulève la question d'un positionnement adéquat dans le paquet des soins.

Enfin, il faut penser à adapter le cadre légal existant des professions de la santé afin d'offrir les possibilités de développement requises à de nouvelles fonctions et à des niveaux de délégation de tâches. Un cadre adapté devra également être créé afin de pouvoir intégrer des soins à distance dans le paquet de soins.

3. Dans quelle mesure la personne est-elle protégée ?

Environ 24 % des dépenses totales de santé sont à charge du patient. Au cours des dernières années, des mesures importantes ont été prises pour limiter leur quote-part (MAF, régime préférentiel, restriction suppléments, tiers payant social, etc.). Il ressort des données qu'une meilleure répartition des charges a été réalisée. Des mesures particulières ont en outre été prises à l'égard de groupes cibles (cancer, malades chroniques, etc....). L'un des projets à réaliser dans l'immédiat est l'application obligatoire du régime tiers payant social.

La loi relative à la transparence, actuellement en cours de préparation, impose, à terme, à tout dispensateur de soins, l'obligation de délivrer une facture patient qui soit claire.

III. Réduction des inégalités

En décembre 2013, la Commission européenne a publié un important rapport sur les inégalités de santé dans l'Union européenne. On pouvait y lire : « *Le secteur de la santé doit intégrer la lutte contre les inégalités de santé dans ses propres politiques clés.* » Il y a quelques années, la Fondation Roi Baudouin avait montré que de fortes inégalités de santé subsistaient dans notre pays.

Ces inégalités se traduisent clairement par le report de prestations de santé pour des raisons financières et au niveau des différences d'espérance de vie en bonne santé selon la catégorie sociale. Plus la position dans l'échelle sociale ou le niveau d'instruction sont bas, plus l'état de santé est mauvais.

Bien entendu, des facteurs extérieurs influencent également les inégalités de santé : le logement, le travail, l'enseignement et le mode de vie.

Réduire les inégalités est aussi un message nettement mis en avant par les stakeholders : certains ont formellement affirmé que la lutte contre les inégalités devait être un objectif explicite de l'assurance soins de santé.

Il faut bien entendu éviter que des personnes se retrouvent dans la pauvreté à cause d'une maladie et de frais médicaux élevés. Les moyens évoqués pour y arriver sont notamment : l'extension du maximum à facturer (MAF), par exemple pour les patients atteints de troubles psychiatriques en séjour de longue durée, la généralisation du régime du tiers payant en première ligne, l'obligation du DMG, l'octroi automatique de droits et la limitation des suppléments, etc.

En outre, les projets qui favorisent l'autonomie des patients et la gestion de leur propre santé ont un rôle important à jouer. Les acteurs éventuels sont les suivants : mutualités, services sociaux, organisations de patients et experts du vécu. La responsabilisation financière en cas de style de vie malsain est rarement proposée. Les répondants à l'enquête plaident plutôt en faveur de mesures de sensibilisation et de promotion de l'autonomie. De nouvelles méthodes doivent être conçues pour ce faire.

Dans le même ordre d'idées, il conviendra d'œuvrer davantage pour l'acquisition par le patient des compétences en matière de santé (health literacy) et mettre à disposition des informations accessibles.

Des recherches internationales ont démontré que les personnes ayant peu de connaissances sur la santé n'adhéraient pas assez à leur traitement, prenaient plus souvent des médicaments, faisaient un usage inefficace des infrastructures de soins et participaient peu aux programmes de prévention.

Améliorer la formation des dispensateurs de soins en la matière est également crucial.

Il faut également mieux comprendre les raisons de la sous-consommation, que ce soit dans le secteur préventif ou dans le secteur curatif. Il est nécessaire de dresser l'état de la situation en se basant sur les nombreux chiffres fournis sous forme d'un atlas de la santé par exemple et d'élaborer un plan d'actions à partir de ces données.

Enfin, les initiatives destinées à des groupes cibles spécifiques (familles monoparentales, femmes ayant une grossesse à risque, enfants de quartiers défavorisés, personnes très âgées habitant seules, etc.) demeureront nécessaires.

IV. Modernisation de la concertation

La concertation est inscrite dans les gènes de l'assurance soins de santé et indemnités comme elle fait partie de la tradition de concertation en Belgique.

Un modèle de concertation efficace permet de garantir la continuité, de mettre sur pied une sécurité tarifaire, de maîtriser l'augmentation des honoraires ou des dépenses, d'obtenir un meilleur équilibre des divers intérêts et d'édifier un rempart contre la privatisation effrénée.

Dans une large mesure, la concertation n'est couronnée de succès que si la confiance réciproque entre les partenaires est suffisante.

Inévitablement, la concertation devra se doter de nouveaux accents dans le futur. Plaider pour des soins intégrés et pour une collaboration accrue implique également que l'actuelle structure en silos - une juxtaposition de conseils et commissions sur la base de catégories de dispensateurs de soins - fasse l'objet d'une réelle mise à jour.

Ces nouveaux accents concernent 3 éléments : l'organisation de la concertation, la portée de la concertation, les partenaires de la concertation.

1. Organisation de la concertation

L'idée est largement répandue que les structures de concertation existantes sont trop complexes, trop lourdes et qu'il leur arrive parfois de faire double emploi. Une simplification, un ajustement et une approche transsectorielle s'avèrent dès lors nécessaires .

Il convient également de travailler à de nouvelles formes de concertation (new way of meeting) et à une culture de l'information. Cela permettrait d'évaluer de façon transparente, à l'aide des canaux de communication modernes, les idées et propositions au niveau de leur légitimité scientifique et sociale. Sans nuire à la représentativité des partenaires, cela impliquerait dans le processus de décision davantage les acteurs de terrain. Cela contribuera également à améliorer la réactivité.

2. Portée de la concertation

Il va de soi que la concertation porte essentiellement sur le paquet de soins assurés. Or, le modèle de concertation actuel est principalement axé sur l'organisation des relations administratives entre les dispensateurs de soins et les mutualités, sur la fixation des tarifs et sur l'élaboration de nomenclatures.

Par ailleurs, certains souhaitent baser les accords et conventions sur des objectifs de santé clairs, comme à l'étranger. Dans ce cadre, outre les accords en matière de prix, des engagements doivent être pris quant à la bonne affectation des moyens pour atteindre les objectifs de santé fixés.

Il faut aussi veiller avec plus de rigueur au respect des accords et conventions. La sécurité tarifaire ne peut pas devenir une réalité virtuelle.

En outre, il est nécessaire de prendre des mesures pour relever le degré de conventionnement qui a fortement diminué dans certains groupes de dispensateurs de soins (certaines spécialités, les soins dentaires etc.).

La loi sur la transparence qui s'annonce prévoit qu'à l'avenir, pour ce qui concerne les prestations remboursées, certains engagements pris dans les conventions et accords pourront être déclarés obligatoires à l'égard des dispensateurs de soins qui n'y ont pas adhéré. Ils doivent eux aussi, sans dépasser la latitude qui leur est offerte par les accords et les conventions, assumer une responsabilité sociale au niveau de la garantie de soins de santé accessibles, ce qui permet de souligner encore davantage l'importance des accords et des conventions.

Des règles claires devraient être définies afin d'éviter les conflits d'intérêt.

Il faudrait également fournir plus d'efforts pour aborder le thème des grands écarts de rémunération entre dispensateurs de soins au sein d'une même catégorie de métier.

3. Partenaires de la concertation

Récemment, la participation des organisations de patients à certains organes de concertation a été structurellement assurée et ce, via notamment la création de l'Observatoire des maladies chroniques et du Fonds des accidents médicaux. Par ailleurs, les organisations de patients sont également associées au développement de certains projets, comme celui des trajets de soins. En vue d'assurer la continuité de leur association à ces projets, un régime de financement adapté devra vraisemblablement être mis en œuvre pour ces organisations.

La question se pose d'une implication plus directe et plus explicite de l'autorité dans la concertation dans le but de d'éviter des situations conflictuelles éventuelles.

V. Changement de paradigme sur le plan de l'incapacité de travail

Le régime d'incapacité de travail poursuit 2 objectifs : garantir un revenu de remplacement adéquat aux personnes et leur famille qui ne sont pas en mesure de travailler en raison d'une maladie ou d'un accident et prendre des mesures et des dispositions visant à aider ces personnes à (ré)intégrer le marché du travail.

Une assertion récente est que le secteur de l'incapacité de travail est, dans notre pays mais aussi dans de nombreux autres pays voisins et depuis trop longtemps déjà, une « belle au bois dormant » de la sécurité sociale. Cela veut dire que le focus était surtout orienté sur l'octroi d'un revenu de remplacement .

Nous constatons que le nombre de titulaires a fortement augmenté ces dernières années. Ce phénomène est en partie dû au relèvement de l'âge de la pension des femmes, à la réforme des régimes de prépension, au vieillissement de la population active. Les conditions de travail également constituent dans ce contexte un facteur déterminant (maladies dues au stress).

Il est bien sûr capital que le niveau de vie des personnes en incapacité de travail soit suffisamment garanti et que les indemnités d'incapacité de travail s'adaptent au bien-être.

L'enquête annuelle sur la main-d'œuvre permet de calculer le taux d'occupation des personnes âgées entre 20 et 64 ans. En 2012, ce taux s'élevait à 72,80 %. Toutefois, le taux d'occupation des personnes qui, suite à un handicap ou à un problème de santé de longue durée, présentent un handicap dans la vie journalière ne s'élève qu'à 36,20 %.

Une réforme s'impose par conséquent.

Des bases se rapportant à différents domaines ont récemment été jetées :

- la prise en considération des capacités restantes et les compétences encore présentes chez les personnes en incapacité. L'évaluation de l'incapacité de travail doit être faite d'une manière uniforme sur base des recommandations et lignes directrices scientifiques .
- suppression des éventuels pièges à l'emploi ;
- l'appel aux services régionaux de formation professionnelle et de placement afin d'assurer la réinsertion socioprofessionnelle. Récemment, l'INAMI a conclu des accords de coopération importants à cet égard.
- la création de réseaux et coopération entre tous les acteurs concernés (médecins conseils des organismes assureurs, médecins du travail, médecins traitants).
- le développement des initiatives en matière de "disability management" assurant l'accompagnement des personnes en incapacité au travail.
- stimuler une nouvelle culture de prévention en mettant plus d'attention sur les risques évitables (problèmes psycho-sociaux).
- l'instauration des incitants pour les employeurs.

Afin de réaliser les initiatives mentionnées, l'échange électronique d'information entre les différents partenaires doit devenir une priorité, ainsi que l'amélioration de l'information sur les possibilités de remise au travail. Il va de soi que les médecins conseils des organismes assureurs ont un rôle clé à jouer.

La réinsertion sur le marché du travail doit démarrer au plus vite. Plusieurs études confirment que les chances de succès sont déterminées par le moment de l'intervention de par une coopération optimale entre les médecins concernés. D'où tout l'importance de voir plus clair dans la période d'incapacité primaire.

Un assouplissement de la réglementation existante doit , pour les personnes atteinte de maladies chroniques et/ou des pathologies fluctuantes, faciliter le maintien au travail et quand nécessaire, soutenir la réintégration au marché du travail. Ceci vaut tant pour les travailleurs que pour les indépendants.

Un alignement entre le droit du travail et la sécurité sociale est une nécessité. Les partenaires sociaux au sein du Conseil national du travail mettent actuellement la dernière main à un avis en la matière, rédigé en collaboration avec les différentes instances responsables et dans lequel différentes recommandations sont formulées.

Une bonne réadaptation médicale peut également contribuer d'avantage à la réinsertion professionnelle. Des directives ou des recommandations en matière de douleurs chroniques et des lombalgies nécessitent plus d'attention.

VI. De la qualité, plus que jamais !

Ces dernières années, la réflexion sur la qualité des soins de santé est passé à l'avant-plan.

Diverses initiatives ont été prises pour aider à atteindre cet objectif de qualité (accréditation, évaluation par les pairs via les profils, collèges de médecins, diffusion de recommandations, définition d'indicateurs, etc.).

Ne devons-nous pas unir nos forces avec le monde scientifique et harmoniser les structures existantes pour travailler le plus efficacement possible 3 objectifs essentiels :

- créer, promouvoir et introduire des normes de qualité et des instruments de mesure dans différents secteurs ;
- dépouiller et évaluer les informations afin que de pouvoir prendre des mesures destinées à améliorer la qualité et de pouvoir opérer des choix en toute transparence
- favoriser le recours adéquat aux soins.

La directive sur les soins transfrontaliers impose aux États de veiller à ce que les patients aient droit aux informations sur la qualité des soins. A l'avenir, il faudra donc, plus que jamais, investir dans la publication d'indicateurs pertinents et de paramètres de qualité pour mesurer la performance des infrastructures de soins à différents niveaux, en tenant compte du point de vue du patient. Certaines Communautés ont pris l'initiative en la matière.

Le benchmarking des institutions de soins et des équipes médicales sera mis en avant. Les mutualités peuvent apporter leur contribution dans le cadre de leur responsabilité financière.

Concentrer des soins très spécialisés dans certains centres qui travaillent en réseau peut améliorer la qualité.

Il a aussi été démontré que les applications informatiques peuvent jouer un rôle crucial pour améliorer la qualité (aide à la décision, enregistrement des données selon le principe de la collecte unique...).

Des mesures doivent aussi être prises pour que les traitements dispensés en dehors du cadre hospitalier soient soumis aux mêmes exigences de qualité strictes.

Enfin, de nombreuses voix insistent pour prévoir, dans les mécanismes de financement, des incitatifs encourageant un travail de qualité.

VII. Réajustement des mécanismes de paiement

Le mode de rémunération des dispensateurs de soins constitue un thème épineux, sujet à controverse. À l'exception des dispensateurs de soins rétribués sur base salariale ou forfaitaire, le modèle classique se base sur un paiement par prestation, comme fixé dans la nomenclature des prestations de soins et dont la valeur est fixée dans les conventions et accords. Ce modèle constituait une des pierres angulaires de l'assurance soins de santé.

Ce modèle ne répond plus tout à fait aux objectifs actualisés des soins. Un système de paiement par prestation présenterait les faiblesses suivantes : il est indépendant de la qualité des soins et il n'encourage pas suffisamment la collaboration, la coordination et la répartition des tâches. Ce modèle provoque une augmentation du volume et du nombre d'interventions techniques au lieu de libérer du temps pour le patient. Face à la forte augmentation des soins chroniques, pareille méthode est donc loin d'être optimale.

Ces dernières années, de nombreuses corrections ont déjà été apportées dans certains secteurs (prestations diagnostiques médicales, soins à domicile, médecins généralistes).

Le défi consiste à obtenir un rapport suffisamment équilibré entre la partie variable et fixe des honoraires et à associer ceux-ci à la qualité des soins dispensés. Le financement devra également mieux tenir compte du fait que les soins sont de plus en plus souvent effectués en équipe multidisciplinaire.

C'est dans ce contexte qu'il convient de situer le débat récemment ouvert sur le nouveau système de financement des soins de santé hospitaliers en Belgique. La dualité du financement actuel doit être considérée comme dépassée. Tous les acteurs souhaitent, semble-t-il, aboutir à un nouveau financement, plus cohérent et plus transparent, semble partagé par l'ensemble des acteurs. Ce sera l'un des grands chantiers des années à venir, auquel seront associés l'ensemble des acteurs. Objectif : dégager un financement prospectif, assorti d'incitants pour la qualité et l'intégration des soins.

Certains suggèrent à ce propos de rendre les projets appelés « article 107 » applicables aux hôpitaux généraux au-delà donc de la santé mentale.

Au final, la réforme du financement des hôpitaux doit conduire à une optimisation des soins par pathologie, compte tenu de leur complexité, ainsi qu'à une réduction de la variabilité illégitime. Les écarts de revenu doivent également être corrigés.

Par ailleurs, une attention devra également être portée à un système de rémunération adéquat pour les services de garde et d'urgence.

Nombreux sont ceux qui insistent sur la nécessité d'une meilleure transparence relative au coût des produits et des matériaux. Comme c'est déjà partiellement le cas pour les pharmaciens, une distinction claire devrait être faite entre le prix du produit et la rémunération du dispensateur de soins.

Par ailleurs, il faudrait généraliser le principe en vertu duquel, en cas de similitude thérapeutique, seule la prestation la moins coûteuse devrait être remboursée.

VIII. Collaboration : plus que jamais un pilier indispensable

1. Collaborer au niveau des soins

Les patients, et plus particulièrement les malades chroniques, nécessitent des services intégrés. Aussi, le besoin se fait ressentir d'harmoniser l'environnement de soins et de promouvoir, sur les plans tant opérationnel que structurel, la continuité entre les divers niveaux de soins.

Une approche globale attribuant un rôle central et préminent aux soins de première ligne s'impose pour atteindre cet objectif.

Une note d'orientation, élaborée sur la base d'une note de vision du Centre Fédéral d'Expertise (KCE), a récemment été proposée pour servir de base au « Plan d'Action National Malades Chroniques ».

Un certain nombre de domaines prioritaires ont été identifiés, certains ayant un impact direct sur l'assurance soins de santé.

Dans un premier temps, il est proposé de généraliser le dossier électronique des patients, incluant, outre les informations médicales usuelles, des modules spécifiques pour la coordination des soins, la prévention et les soins non médicaux. Il est clair que le développement de « e-Health » constitue un facteur de succès critique dans ce domaine.

En marge, nous pourrions peut-être envisager de désigner également un ambassadeur « e-Health » afin de renforcer la plateforme « e-Health », à l'instar de ce qui existe déjà en Flandre où un ambassadeur de soins a été chargé d'augmenter l'attractivité des professions de la santé. En effet, il est nécessaire d'encourager le recours aux plateformes digitales via l'assurance soins de santé, le plus rapidement et efficacement possible.

Les malades chroniques sont souvent confrontés à plusieurs problèmes de santé et leurs besoins se situent aux niveaux tant médical que non médical. Cela implique une approche multidisciplinaire ainsi qu'une meilleure concertation et coordination entre les différentes lignes de soins. Lors du financement des dispensateurs de soins, il faudra en tenir compte de manière appropriée. Ce financement devra de plus en plus être organisé autour de la pratique.

Pour chaque patient souffrant d'une maladie chronique, une gestion appropriée de la maladie s'impose. Dans des situations simples, le patient lui-même peut s'en charger avec l'aide de l'entourage, du médecin généraliste et de son équipe. Dans des situations plus complexes et, en cas de perte d'autonomie, un gestionnaire de cas doit être engagé pour régler et coordonner les soins sur les différents terrains de vie. À l'avenir, de nouveaux rôles et de nouvelles fonctions verront donc le jour. Il faudra également prévoir de nouvelles formations préparant l'exercice de ces fonctions de soins.

Il faudra bien sûr continuer à surveiller la qualité à l'aide d'indicateurs pertinents.

Dans le secteur des soins chroniques, le besoin se fait sentir d'innover dans les soins. De nouvelles formes de soins (réseaux transmuraux, hospitalisation à domicile, hôtels de soins, etc.), pour lesquelles il y aura lieu également de prévoir le cadre adéquat, feront également leur apparition.

2. Collaborer au niveau politique belge

La période qui s'annonce sera rythmée par le réaménagement de certaines compétences importantes à la suite de la 6^e réforme de l'État. Dans ce cadre, il s'agira également de veiller à la cohésion et à la collaboration interfédérales nécessaires, en respectant les compétences des différentes entités. Cette coordination constructive sera requise pour pouvoir assurer de manière optimale l'organisation des soins et pour faire correspondre au mieux l'offre de soins aux besoins constatés.

La collaboration est également le leitmotiv dans la gestion publique des soins de santé. Les initiatives développées par diverses instances publiques doivent être harmonisées au maximum. Cette approche ne doit pas reposer sur la concurrence mais sur le principe de la complémentarité : chacun collabore à l'organisation performante des soins de santé en respectant les compétences et missions respectives.

Le protocole de coopération en matière de eHealth peut être qualifié comme bonne pratique.

La question se pose de savoir s'il ne faut pas tendre vers davantage de synergie ou d'intégration entre le SPF Santé publique et l'INAMI.

3. Collaborer au niveau européen

De plus en plus, il faut également tenir compte de la dimension européenne des soins de santé. Cela ne résulte pas uniquement de l'application des dispositions fondamentales du traité européen en matière de libre circulation des personnes, des biens et des services ou de réglementations spécifiques telles la récente directive relative aux droits des patients dans le cadre des soins transfrontaliers. La nécessité d'une collaboration provient également du fait que les principaux défis auxquels les États membres sont confrontés en matière de soins de santé sont très similaires.

Par ailleurs, certaines thématiques dépassent les capacités d'un État membre, vu leur complexité. Exemple : la problématique rencontrée au niveau des médicaments et dispositifs médicaux innovants où une collaboration européenne accrue offrira probablement davantage de perspectives pour une meilleure rétribution de l'innovation, d'une part, et pour un meilleur accès pour les patients, d'autre part. L'INAMI participe activement aux discussions à ce sujet.

Ce type de collaboration doit aussi permettre de préserver les valeurs fondamentales du modèle social européen et de contenir la commercialisation.

IX. Responsabilisation des acteurs

Nous évoluerons vers une situation où, plus que jamais, des comptes et justifications seront demandés en ce qui concerne la bonne affectation des moyens octroyés aux différents acteurs. Les dépenses injustifiées doivent être évitées et combattues. À cet effet, une politique de contrôle performante est nécessaire.

1. Dispensateurs de soins

En premier lieu, les mesures préventives nécessaires doivent être prises (informations, législation univoque, obligation de l'utilisation systématique de la carte eID pour constater que les soins ont effectivement été dispensés).

Il est souhaitable d'effectuer des analyses de profil non seulement au niveau individuel, mais aussi au niveau de la pratique ou du service.

Dans les conventions et accords, il faudrait également définir des indicateurs en matière de bon usage et de surconsommation, qui seraient applicables à tous les dispensateurs de soins.

En cas de présomption grave de fraude manifeste, la suspension totale ou partielle des paiements doit être possible.

Il faut se focaliser davantage sur les contrôles de l'évaluation des critères d'autonomie des personnes dépendant de soins.

Un audit plus systématique dans les institutions de soins en ce qui concerne l'utilisation rationnelle des moyens peut contribuer à la diminution des variations dans la pratique. Les organismes assureurs et l'INAMI doivent aligner leurs missions de contrôle respectives.

2. Organismes assureurs

Les organismes assureurs jouent un rôle clé dans la gestion, la concertation et l'exécution de l'assurance soins de santé et indemnités.

Vu l'informatisation croissante des circuits administratifs, il faut mettre de plus en plus l'accent sur l'accompagnement et le soutien de leurs affiliés en cas de maladie chronique ou d'incapacité de travail, sur la surveillance de la sécurité tarifaire sur la diffusion des données disponibles, afin d'assurer la bonne utilisation des moyens.

Dans ce cadre, il faudra examiner si leur responsabilité financière ne peut pas être renforcée.

Le système des frais d'administration variables doit être modernisé. Un nouveau système d'évaluation a été développé permettant, sur la base d'enquêtes thématiques contradictoires, de réaliser une radioscopie périodique des processus clés des organismes assureurs (octroi correct des droits, évaluations du contrôle de l'incapacité de travail, informations aux assurés, performance des systèmes de contrôle appliqués, efforts en matière de réinsertion en cas d'incapacité de travail, etc.). Si certains résultats ne sont pas atteints, une partie des moyens prévus peut ne pas être octroyée.

Des efforts doivent être fournis afin de réaliser des économies d'échelle au moyen de synergies en ce qui concerne les frais administratifs du système. Cela vaut tout particulièrement pour le développement d'applications informatiques ou par la simplification et l'harmonisation des processus.

3. Assurés

Il ressort de l'enquête auprès des acteurs qu'introduire des incitants financiers au niveau individuel, en rapport avec le mode de vie, ne convainc pas beaucoup de monde. On préfère se pencher sur la sensibilisation sur mesure, par exemple dans le cadre des trajets de soins. Il faut également encourager une meilleure observance thérapeutique.

Toutefois, les actions en matière de lutte contre la fraude commise par des assurés sociaux continuent d'être poursuivies (travail au noir, fraude au domicile, cumuls non autorisés), si nécessaire en collaboration avec d'autres services d'inspection.

X. L'INAMI, un institut proactif et créatif

Ces évolutions nécessiteront une grande agilité de la part de l'INAMI et de tous ses partenaires dans différents domaines. Cette agilité doit se marquer par une capacité d'être à la fois proactif dans les réponses à apporter et créatif dans les solutions à mettre en œuvre.

Les points suivants sont prioritaires.

1. L'organisation d'une bonne gestion financière

Le suivi systématique des dépenses doit être maintenu sur la base du système de monitoring permanent.

De plus, via la disponibilité de nouvelles sources d'informations, en particulier au niveau de l'incapacité de travail, et grâce au data mining, nous aurons l'occasion de développer de nouvelles connaissances.

Nous devons davantage affiner les méthodes d'élaboration de budget, notamment sur la base de modèles de projection adaptés en matière de vieillissement de la population qui sont actuellement en préparation avec le Bureau fédéral du Plan.

Nombreux sont ceux qui plaident également pour des accords financiers et des enveloppes budgétaires pluriannuels afin de mieux développer une approche à long terme.

2. Le développement de l'expertise en matière de concertation et de soutien stratégique

Le développement de la connaissance et de l'expertise nécessaire est un facteur de réussite critique pour un modèle de concertation orienté résultats et un soutien efficient de la politique. Cette expertise est également requise pour adapter la nomenclature sur la base d'informations et d'opinions scientifiques solides.

Cela signifie non seulement que nous devons disposer de la capacité requise en termes de ressources humaines mais aussi que des réseaux pertinents doivent être développés et qu'il peut être fait appel à la connaissance et l'information nécessaires pour le soutien de la concertation et de la politique. À cette fin, il convient de poursuivre la valorisation des efforts réalisés, au niveau du développement des données, avec le SPF Santé publique, le KCE et l'Agence Intermutualiste (AIM).

Bien qu'un précieux capital de données soit déjà disponible, il faut, compte tenu du développement nécessaire des soins intégrés, pouvoir établir efficacement et rapidement des liens entre les différentes bases de données et les registres, tout en respectant intégralement les conditions définies par la législation relative au respect de la vie privée.

Une simplification des procédures de couplages existantes doit être réalisée dans cette perspective. Idéalement, ces données devraient être analysées en partenariat avec les différents acteurs concernés. Une collaboration entre le public et le privé mérite également d'être envisagée.

Dans le cadre de la poursuite du développement de la politique de la qualité, il faudra également pouvoir faire appel à des données relatives à la morbidité.

Sur la base des informations dont le Fonds des accidents médicaux disposera, des propositions pourront également être formulées en matière de sécurité des soins de santé. Ces propositions compléteront utilement les plans d'action du SPF Santé publique.

3. Le développement du rôle de surveillant

L'INAMI doit veiller à ce que les organismes assureurs octroient aux assurés des interventions correctes en remboursement de leurs frais de santé et à ce que ces assurés obtiennent des revenus de remplacement adéquats. En outre, il est chargé de contrôler si les montants portés en compte par les dispensateurs de soins sont réguliers et de soutenir les juridictions administratives créées au niveau du contrôle médical.

Pour l'avenir, l'implémentation des nouvelles règles en matière de responsabilité financière des organismes assureurs constitue une mission concrète sur le plan du contrôle administratif. L'évaluation se fera suivant une méthodologie d'audit certifiée. Selon des principes similaires, des contrôles aléatoires seront organisés en ce qui concerne les décisions prises par les médecins-conseils en matière d'incapacité de travail.

Comme c'est déjà le cas pour la détection et la lutte contre la fraude sociale par les assurés, une approche davantage coordonnée sera également mise en place pour les abus commis par des dispensateurs de soins. La facturation électronique par les prestataires de soins nécessitera la mise au point de procédures de contrôle.

Quant au gaspillage et à la surconsommation, une politique ferme sera menée pour permettre des interventions correctrices plus rapides.

4. La poursuite de la modernisation et de la simplification administrative qui s'imposent

Un autre point d'attention permanent concerne la complexité administrative qu'il convient d'éviter. Plus que jamais, le principe « only once » doit primer, c'est-à-dire que les informations déjà disponibles ne peuvent plus être demandées.

Il faut généraliser la prescription électronique.

À ce propos, il convient de rendre le système MyCareNet le plus rapidement possible opérationnel. Ce système, développé en collaboration avec les organismes assureurs, permet de simplifier considérablement les contacts administratifs avec les dispensateurs de soins, en particulier au niveau du traitement des demandes administratives (médicaments onéreux, trajets de soins...) et de la facturation électronique.

À terme, la communication entre les autorités et les dispensateurs de soins se déroulera essentiellement par voie électronique.

En poursuivant le développement des flux de données, il sera possible, notamment au niveau de l'intervention majorée de l'assurance, de concrétiser un octroi automatique de droits aux assurés.

5. Fournir de bonnes informations et assurer une bonne communication

En exécution des contrats d'administration, l'INAMI a, ces dernières années, beaucoup investi dans le développement de fichiers de référence (nomenclature, bases de données en matière de médicaments et de dispositifs médicaux etc.).

À terme, des bases de données contenant des informations financières seront rendues accessibles. La communication sera également étendue en ce qui concerne les évolutions dans l'assurance soins de santé.

En 2014, nous proposerons un site Internet entièrement renouvelé et plus accessible qu'auparavant. Il comprendra également des informations relatives au statut conventionné des dispensateurs de soins.

La communication d'informations adéquates aux différentes disciplines est un important instrument de prévention qui peut contribuer au bon respect de la législation. Le projet Infobox sera poursuivi.

Annexe

Enquête auprès des acteurs concernés

Enquête auprès des acteurs concernés

Comme vous le savez, l'INAMI, dans sa forme actuelle, existe depuis 50 ans. La loi du 9 août 1963, entrée en vigueur le 1er janvier 1964, a réorganisé l'assurance maladie-invalidité. Depuis lors, l'assurance soins de santé et indemnités – la dénomination actuelle de cet important secteur de la sécurité sociale – a connu toute une évolution.

À l'avenir, l'assurance soins de santé et indemnités devra encore relever de nombreux défis.

Ce qui caractérise cette assurance, c'est le nombre d'acteurs concernés et l'importance de leur engagement. Le jubilé nous a semblé être l'occasion rêvée pour interroger les principaux acteurs et certains experts sur leur conception de l'avenir.

Concrètement, nous voudrions vous demander de formuler des propositions concrètes, des idées et des suggestions, bref tout ce qui vous paraît important pour assurer la pérennité, l'accessibilité et la qualité de l'assurance.

Nous aimerions regrouper ces propositions autour de certains thèmes, à savoir :

- Quels sont pour vous les défis et les priorités pour les années à venir ?
- Quels changements faut-il apporter au financement des dispensateurs de soins et des établissements de soins ? Où faut-il investir davantage ou, au contraire, réduire les moyens ?
- Comment réduire les inégalités en matière de santé ? Comment promouvoir un mode de vie sain et l'autonomie des patients ?
- Comment continuer à concilier un vaste arsenal thérapeutique et une large solidarité ? Comment le rôle et les responsabilités des différents acteurs évoluent-ils ?
- Comment encourager les dispensateurs à prodiguer des soins de qualité et leur faire comprendre l'importance de la qualité ?
- Dans quels domaines la performance des prestations de l'assurance soins de santé peut-elle être optimisée ?
- Faut-il introduire des incitants financiers ou des « mécanismes de marché » dans l'assurance soins de santé et indemnités ?
- Faut-il mettre de nouveaux accents sur le modèle de concertation et le système de conventions et d'accords ? Quel rôle incombe-t-il aux patients dans ce cadre ?
- Quelles adaptations faut-il apporter à l'univers des soins pour favoriser davantage de collaboration et garantir une utilisation plus efficace des moyens ?
- Quelles initiatives faut-il prendre pour favoriser la réinsertion professionnelle des personnes en incapacité de travail ?
- Comment améliorer le contrôle ? Comment éviter des dépenses injustifiées et inutiles ?