

10



Clés pour l'Avenir des Soins de Santé

Vision des Mutualités Libres sur
l'évolution des soins de santé
en Belgique

Mutualités
Libres 

Vision des Mutualités Libres sur l'évolution des soins de santé en Belgique

Souvent considéré comme un des meilleurs en Europe, notre système de soins de santé est souvent pris en exemple en termes d'accessibilité, de couverture, de liberté de choix et de solidarité. Mais notre système est-il si performant, innovant et réactif aux besoins de la population ? L'évolution des pathologies, le vieillissement de la population et la mise sur marché de nouveaux traitements médicaux viennent perturber nos certitudes en faisant naître de nouveaux enjeux.

Dans un contexte économique difficile où les Etats sont amenés à rééquilibrer les finances publiques, le budget des soins de santé, mis sous pression, doit répondre à une équation complexe : satisfaire des besoins sans cesse croissants dans un cadre de contraintes économiques de plus en plus fortes. Cette équation exige la définition d'une politique à long terme pour les soins de santé, optimisant la valeur générée pour la société et le citoyen.

Partant de ces constats et dans un souci de synthèse des enjeux du secteur, les Mutualités Libres proposent une vision basée sur la nécessité de garantir la durabilité de notre système de soins de santé. En tant qu'acteur indépendant et apolitique, nous avons délibérément choisi de publier ce document en dehors de toute échéance politique. Nous invitons le lecteur à le considérer comme un appel à une réflexion globale sur les défis du secteur et les solutions à y apporter. Nous considérons cet exercice comme une première esquisse en espérant qu'elle sera amenée à être enrichie des expériences et des idées des autres intervenants de la santé, dans la perspective de rassembler une coalition d'acteurs tournés vers l'avenir et prêts à s'engager, sans parti pris, à faire évoluer notre système.

1	Tendances et challenges des soins de santé	P 02
2	Forces et faiblesses du système belge	P 08
3	Quelle vision pour les soins de santé ?	P 12
4	10 clés pour l'avenir des soins de santé : les priorités	P 14
5	Quel rôle pour les mutualités ?	P 34
6	Fédéraliser ou régionaliser les soins de santé ?	P 36

1

Tendances & Challenges des Soins de Santé

Quels Enjeux ?

« Pour répondre à ces enjeux, notre système de soins de santé devra développer une vision à long terme, revoir le modèle de soins et se doter des mécanismes de décision qui assurent que les dépenses réalisées produisent les résultats escomptés »

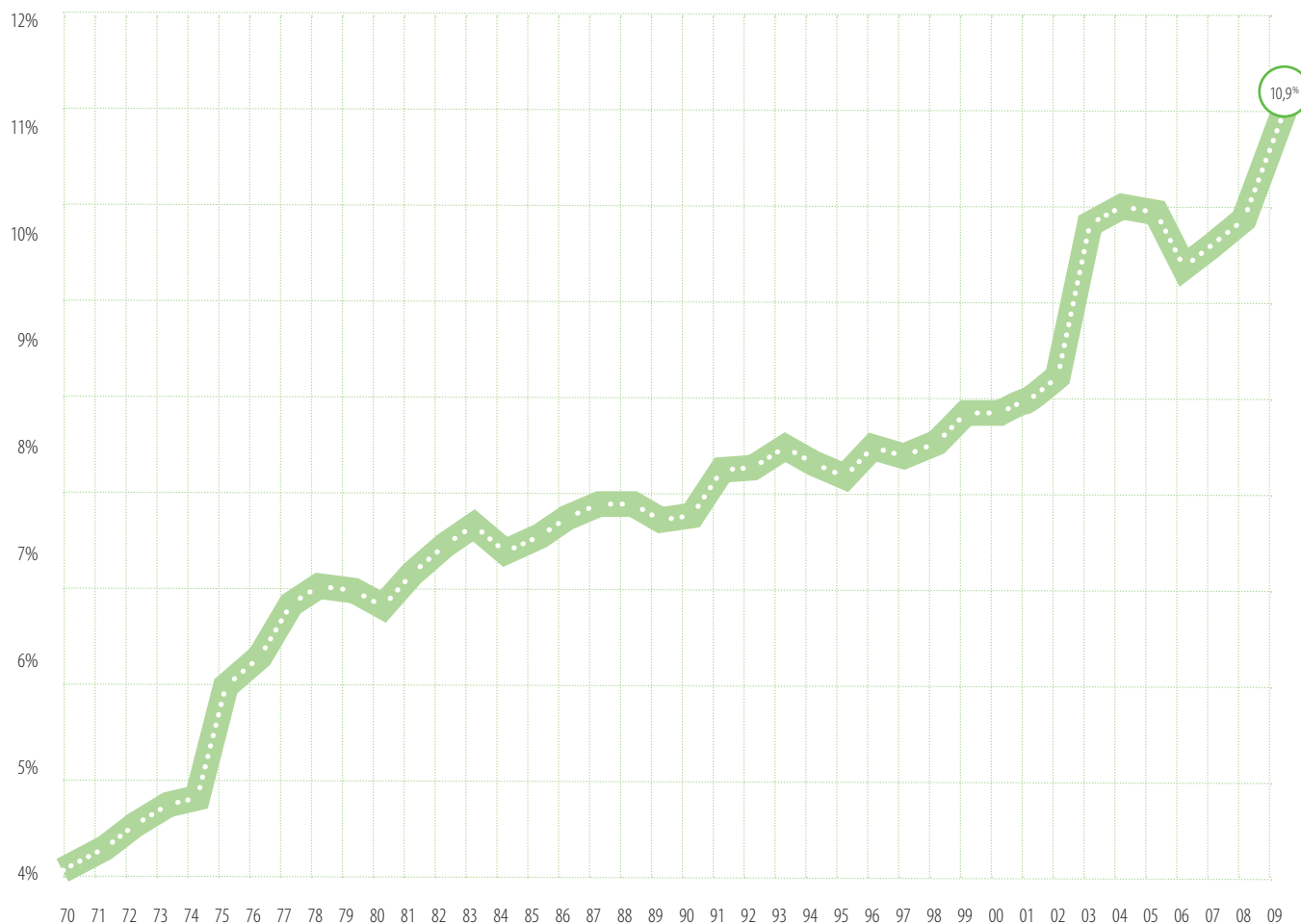
A l'instar d'autres pays européens, la Belgique connaît une croissance constante des dépenses de soins de santé, supérieure à la croissance économique. En conséquence, le secteur de la santé consomme une partie de plus en plus importante des ressources produites (graphique 1). Fin 2009, le secteur des soins de santé représentait 10,9% du produit national brut.

Ces dépenses sont prises en charge à 70% par les pouvoirs publics, ce qui représente 35% des dépenses de la sécurité

sociale et 15% des dépenses publiques totales. Les 30% restants sont à charge des patients, sous forme directe en quotes-parts personnelles (20%) ou indirecte via des assurances privées (5%). A cet égard, la Belgique est au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE.

« Fin 2009, le secteur des soins de santé représentait 10,9% du produit national brut »

Graphique 1 : dépenses de soins de santé en proportion du PNB 1970-2009 (source : OCDE 2009)





La gestion proactive des maladies chroniques et leur traitement dans des filières de soins moins consommatrices de ressources

La distribution des dépenses de soins de santé au sein de la population est largement inégale (graphique 2). 5% à 10% de la population représente 50% à 65% des dépenses. Une partie importante de ces dépenses concerne les patients atteints de maladies chroniques (diabète, maladies coronariennes, insuffisance respiratoire, ...) et du cancer, dont l'incidence a

explosé ces dernières années. Cette évolution est liée aux modes de vie et habitudes alimentaires, mais aussi aux progrès de la médecine qui ont drastiquement réduit les taux de mortalité de certaines pathologies. Tant d'un point de vue de santé publique que d'un point de vue économique, des politiques adéquates doivent être menées sur cette population.



L'optimisation des dépenses en soins de santé par l'évaluation systématique des plus-values thérapeutique et économique des technologies et pratiques médicales

Une des caractéristiques du secteur de la santé est le développement constant de la technologie médicale. Celle-ci propose de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement, de plus en plus personnalisées, mais représente un

coût important pour la société et les patients. Entre 50% et 75% de la croissance des soins de santé est due aux nouvelles techniques médicales.



La gestion de la dépendance

L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation des années de vie en bonne santé résultent des progrès de la médecine et de l'évolution des modes de vie. Le vieillissement de la population – avec pour conséquence que le groupe des 80+ va plus que doubler d'ici 2050 – impliquera néanmoins de trouver de nouvelles solutions d'assistance pour gérer la dépendance et les pathologies qui y sont associées (Alzheimer, réduction de la mobilité, ...).

Aujourd'hui déjà des besoins critiques se font sentir en matière d'accès aux maisons de repos et de soins à domicile. Le vieillissement de la population intensifie la problématique des maladies chroniques et des maladies mentales : 17,20% de la population est âgée de 65 ans ou plus, 80% des personnes au-delà de 65 ans ont une maladie chronique et 85% des

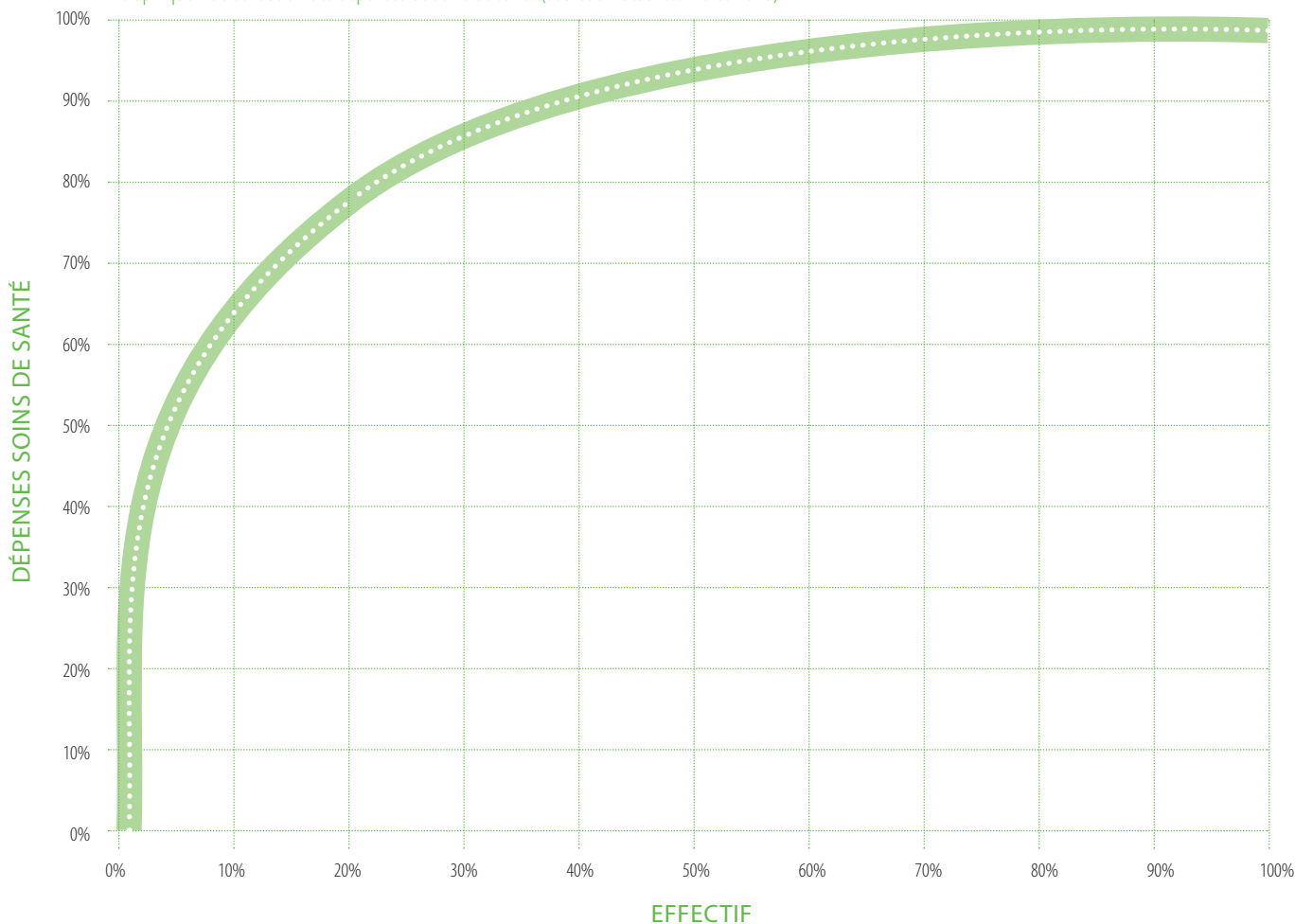
75 + souffrent de plus de 3 maladies chroniques, 9% des 65+ souffrent de démence ; ce pourcentage monte à 26% pour les 85+. Au total, 172.000 personnes sont atteintes de démence.

« 85% des 75 + souffrent de plus de 3 maladies chroniques »

Pour répondre à ces enjeux dans un contexte de contraintes budgétaires, notre système de soins de santé devra développer une vision à long terme, revoir le modèle de soins et se doter des mécanismes de décision qui assurent que les dépenses réalisées produisent la valeur et les résultats escomptés. Tous les systèmes de soins de santé en Europe sont confrontés aux mêmes défis. Ce qui a incité de nombreux gouvernements à repenser et réformer leur système (Pays-Bas, France, Allemagne, Luxembourg, ...) ces dernières années.

« 5% à 10% de la population représente 50% à 65% des dépenses »

Graphique 2 : distribution des dépenses de soins de santé (source : Mutualités Libres 2010)



PERSPECTIVE BUDGÉTAIRE

Les dépenses de soins de santé représentent 15% des dépenses publiques totales et 35% du budget de la sécurité sociale. La croissance naturelle des dépenses ainsi que les marges superflues dégagées par les mécanismes budgétaires actuels font l'objet de débats intenses, souvent mal positionnés. Deux éléments clés méritent d'être mis en avant :

1

Les marges budgétaires importantes (souvent perçues comme un « droit de tirage ») ne sont pas que la résultante de la norme de croissance, mais d'une combinaison de mécanismes : norme de croissance, indexation du budget global supérieur à la somme des indexations individuelles des différents secteurs des soins de santé, report des dépenses non réalisées (montants réservés et

sous-consommation), application de la norme de croissance et de l'index au budget n-1. Le débat est donc plus large que celui de la norme de croissance, il concerne l'ensemble de la mécanique budgétaire, ce que la Cour des Comptes a mis en lumière dans son rapport sur les « Estimations et maîtrise des dépenses de soins de santé ».

2

Depuis 2009, les marges superflues sont en partie affectées à la sécurité sociale. Ces transferts sont souvent présentés comme des économies du secteur des soins de santé au profit des autres secteurs de la sécurité sociale. Il ne s'agit dans

les faits que d'une utilisation partielle du « droit de tirage » créé par les mécanismes budgétaires. Malgré ces transferts, la croissance réelle des dépenses de soins de santé reste sensiblement supérieure à la croissance économique.

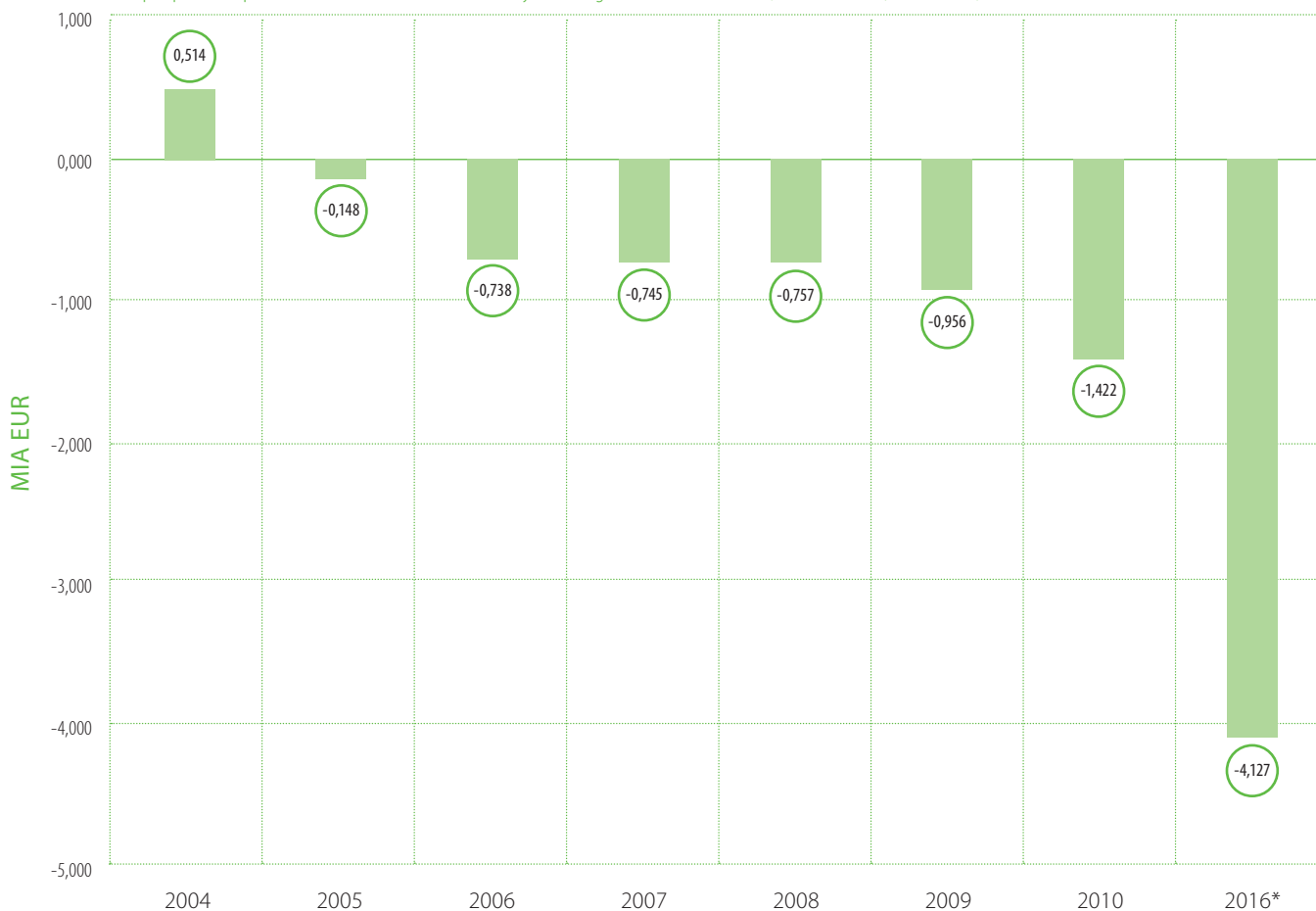
ANNÉE	DÉPENSES	CROISSANCE
2007	18.873.404	6,42%
2008	20.677.311	9,56%
2009	22.123.421	6,99%
2010	22.823.605	3,13%
2011	24.077.877	5,50%

Montants en milliers d'Euros. (Source : INAMI)

Il est donc important de prévoir une refonte complète des mécanismes budgétaires des soins de santé qui responsabilisent les différents acteurs et donnent une vue réelle et transparente de la réalité économique. Les objectifs budgétaires devraient être définis en fonction d'une politique de soins de santé inscrite dans la durée, au lieu de l'approche court-termiste actuelle conditionnée par l'exercice budgétaire annuel.

« Il est donc important de prévoir une refonte complète des mécanismes budgétaires des soins de santé, qui responsabilisent les différents acteurs et donnent une vue réelle et transparente de la réalité économique »

Graphique 3 : Dépassement ou sous-utilisation de l'objectif budgétaire soins de santé (Source : INAMI, calculs FEB)




*Prévision du Bureau fédéral du plan sur base d'une norme de 4,5%

2

Forces & Faiblesses du Système belge

« Tous les systèmes de soins de santé en Europe sont confrontés aux mêmes défis et ont conduit de nombreux gouvernements à repenser et réformer leur système »

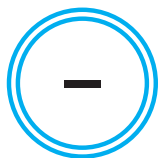


Plusieurs études internationales comparent les performances des systèmes de santé, et peuvent servir de base pour identifier les forces et les faiblesses de notre système belge. Elles ont été complétées par l'analyse des Mutualités Libres.



FORCES

- + Accessibilité des soins (densité du réseau de prestataires, temps d'attente, ...).
- + Couverture de l'assurance obligatoire.
- + Système redistributif et solidaire.
- + Pas de sélection des risques.
- + Liberté de choix des prestataires.
- + Compétences des prestataires.
- + Droits des patients.
- + Satisfaction de la population.
- + Modèle de concertation qui rend le système plus stable.



FAIBLESSES

- Manque de vision globale déclinée en objectifs.
- Pas de plan structuré pour aborder les défis majeurs (dépendance, malades chroniques, ...).
- Fragmentation / complexité du système.
- Répartition non homogène des compétences.
- Système corporatiste.
- Financement obsolète (nomenclature déséquilibrée, financement des hôpitaux, contrôle des tarifs mais pas des volumes de prestations, ...).
- Faible responsabilisation des acteurs (administrations, mutuelles, prestataires).
- Recherche de l'efficacité non systématique.
- Mesure de la qualité insuffisante.
- Continuité des soins / collaboration entre les prestataires.
- Prévention et dépistage.
- Enregistrement et exploitation des données.
- Adoption des nouvelles technologies.

« Les dépenses de soins de santé représentent 15% des dépenses publiques totales et 35% du budget de la sécurité sociale »

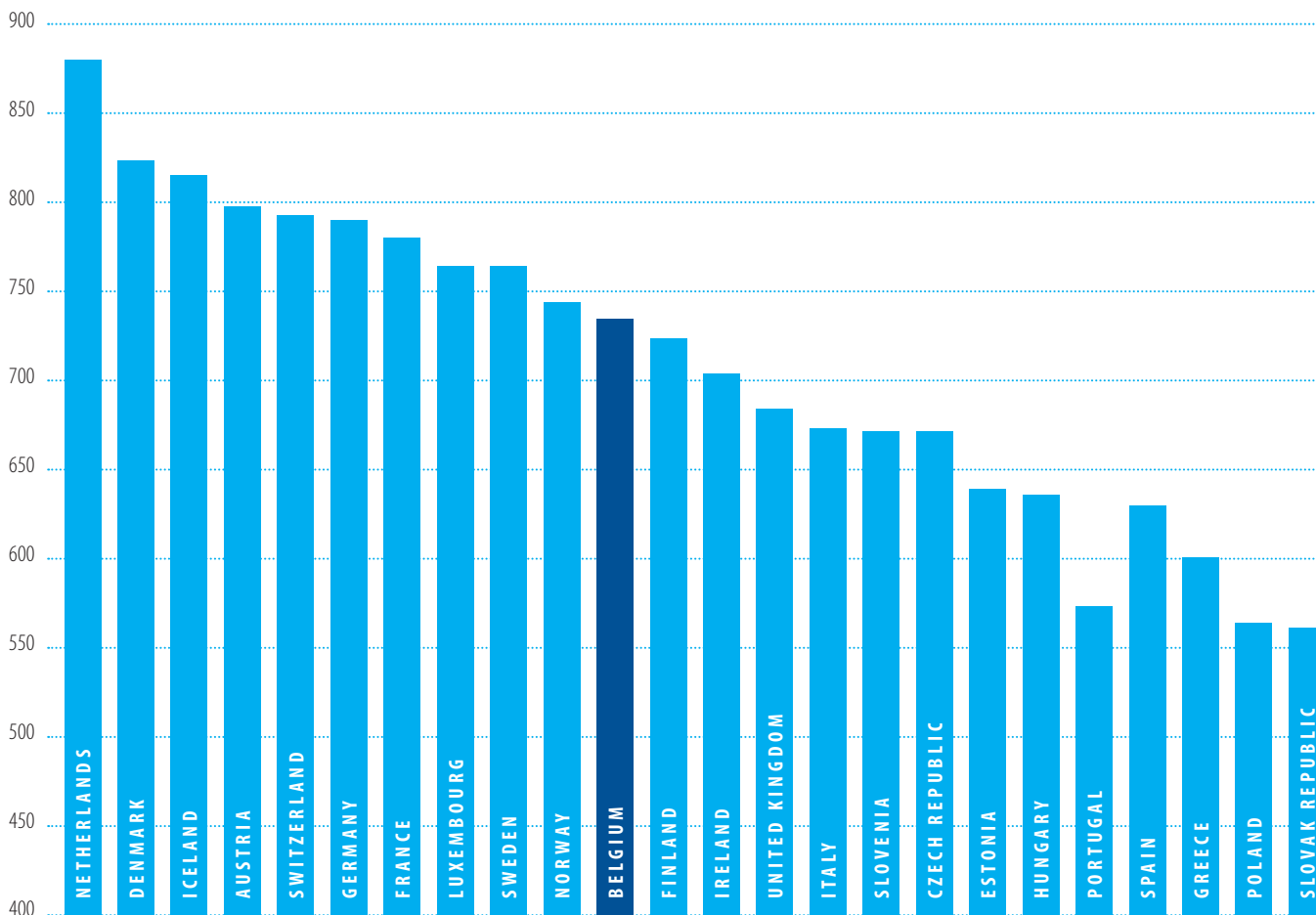
« Une partie importante des dépenses concerne les patients atteints de maladies chroniques et du cancer, dont l'incidence a explosé ces dernières années. Cette évolution est liée aux modes de vie et habitudes alimentaires, mais aussi aux progrès de la médecine qui ont drastiquement réduit les taux de mortalité de certaines pathologies »

« Entre 50% et 75% de la croissance des soins de santé est due aux nouvelles techniques médicales »

« La Belgique ne figure pas dans le top 10, qui comprend tous nos pays voisins »

A titre d'illustration, le graphique ci-dessous positionne la Belgique par rapport à d'autres pays européens sur l'indice composite EuroHealth Consumer, qui mesure plusieurs dimensions des systèmes de santé. La Belgique ne figure pas dans le top 10 qui comprend tous nos pays voisins.

Graphique 4. EuroHealth Consumer Index 2009



Source : Health Consumer Powerhouse

3

Quelle Vision pour les Soins de Santé ?

« Il est nécessaire de revoir notre modèle de soins pour évoluer d'une médecine classique aiguë, ponctuelle, réactive et isolée, vers une médecine préventive, multidisciplinaire, proactive et planifiée. Or notre système a été principalement élaboré pour gérer des affections aiguës de courte durée, non pour gérer des maladies chroniques »

La vision des Mutualités Libres s'est construite autour de 5 postulats fondamentaux :

- 1 l'adéquation du système avec les besoins des patients et les priorités de santé publique ;
- 2 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 l'égalité de traitement ;
- 4 le nécessaire équilibre entre l'innovation médicale et son coût pour la société ;
- 5 l'organisation efficiente du système afin de limiter les charges administratives pour l'ensemble des acteurs.

Au cœur de cette vision se retrouve l'objectif de **répondre aux défis de demain et d'assurer la durabilité du système, sans remettre en cause ses valeurs fondamentales** (solidarité financière, couverture universelle, accès et qualité).

L'explosion des maladies chroniques est une des priorités majeures de notre système de soins. Ces pathologies touchent près de 40% de la population et représentent plus de 70% des coûts de soins de santé. Il est nécessaire de revoir notre modèle de soins pour évoluer d'une médecine classique aiguë, ponctuelle, réactive et isolée, vers une **médecine préventive, multidisciplinaire, proactive et planifiée**. Or notre système a été principalement élaboré pour gérer des affections aiguës de courte durée, non pour gérer des maladies chroniques. **La mise en place d'un nouveau modèle de « soins intégrés »** est un changement nécessaire pour garantir une bonne coordination des soins autour du patient. Celui-ci doit être encouragé à respecter son traitement et à maîtriser l'évolution de sa maladie. D'un point de vue économique, il permet au patient d'être identifié et traité préventivement dans une configuration où les coûts seront inférieurs pour la collectivité.

Ce modèle de soins repose sur un **renforcement de la médecine de première ligne, un fonctionnement en pratique de groupe sur un mode multidisciplinaire et une collaboration entre première et deuxième lignes**. Cette nécessaire évolution est renforcée par les tendances démographiques de la médecine générale et la disponibilité à la baisse des jeunes médecins. A fonctionnement constant, les soins de première ligne ne pourront probablement plus faire face à la demande, mettant à mal l'accessibilité qui a toujours été un des points forts du système belge.

L'évolution d'un modèle de soins en silos vers un modèle de soins transversal constitue un changement fondamental puisqu'il touche toutes les dimensions de notre système : organisation des soins, répartition des rôles, formation des prestataires, financement et remboursement des soins. Il implique inévitablement un rééquilibrage des priorités et des investissements entre les soins hospitaliers et les soins de première ligne.

Les soins de santé ont de nombreuses particularités par rapport à d'autres secteurs. Au premier chef, l'offre détermine en grande partie la demande. Le patient, dépourvu d'informations pour prendre ses propres décisions, se repose à cet effet sur le corps médical. Celui-ci détermine les prestations adéquates, leur volume et en partie leur prix. Vu la couverture étendue de l'assurance obligatoire et la pénétration des assurances hospitalisation complémentaires, ni les prestataires ni les patients ne sont responsabilisés par rapport aux dépenses de soins de santé. Dans ce contexte, il est **primordial d'avoir des mécanismes de responsabilisation et de suivi forts**, qui soutiennent la qualité et l'efficacité des soins.

Les avancées constantes de la technologie médicale ouvrent de nouvelles perspectives pour les patients mais constituent un défi pour la maîtrise des coûts. Le modèle de concertation actuel n'est pas armé pour effectuer ces arbitrages. Le recours aux évaluations globales (Health Technology Assessment) permet de mesurer les impacts médicaux, économiques et sociaux des nouvelles technologies. Seul le secteur des médicaments bénéficie systématiquement d'études coût-efficacité, alors que celles-ci devraient faire partie intégrante du processus décisionnel pour les choix (passés et futurs) ayant une incidence budgétaire.

4

10 Clés pour l'Àvenir des Soins de Santé

Les priorités des Mutualités Libres



DÉVELOPPER

une vision intégrée des soins de santé

Le développement d'une vision prospective et d'une politique de soins de santé durable, tel que prévu dans l'accord institutionnel d'octobre 2011, est un préalable indispensable. Cette vision devrait entre autres aborder les points suivants :

- la définition des priorités de santé publique (publics cibles, pathologies, ...);
- la définition des objectifs à atteindre (mortalité, morbidité, qualité, performance, ...);
- le fonctionnement transversal des soins de santé, en particulier :
 - entre le pôle prévention (communautés) et le pôle curatif (fédéral);
 - entre l'organisation des soins de première ligne (communautés) et le financement de la médecine générale (fédéral);
 - entre les solutions résidentielles pour les personnes âgées (communautés) et les soins à domicile (financement fédéral);
 - entre les soins intra-muros (fédéral/communautés) et extra-muros (fédéral/communautés).

Notons que la régionalisation et la dispersion des compétences confirmer la nécessité d'une collaboration renforcée entre niveaux de pouvoir, reposant sur un plan global, des responsabilités bien définies ainsi que des engagements clairs :

- interactions et synergies avec les autres politiques publiques ayant une incidence sur la santé (environnement, enseignement, ...);
- traduction de ces éléments dans un plan de santé avec une vision budgétaire à 5 ans.

→ Propositions concrètes

pour développer une vision intégrée des soins de santé

- Mettre en place l'Institut du Futur prévu par la 6^e réforme de l'Etat en lui donnant les missions et compétences nécessaires pour lui permettre d'articuler une vision coordonnée des soins de santé entre les différents niveaux de pouvoir (fédéral, Régions et Communautés). **Traduire cette vision dans un plan national** de santé dont les objectifs doivent être mesurables et suivis annuellement par les différents parlements.
- Soutenir cette vision intégrée par **des analyses et des données partagées** en s'assurant que les organismes clés comme le KCE, eCare, eHealth, l'Agence Intermutualiste (AIM) s'inscrivent dans un fonctionnement interfédéral.
- Vu l'importance des maladies chroniques (diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires, ...) et leur impact sur

le budget fédéral des soins de santé, définir des engagements minimums pour les entités fédérées en termes de prévention primaire (promotion de modes de vie sains, éducation, dépistage, vaccination, réduction des incapacités de travail, ...). Mettre en place une **responsabilisation financière des entités fédérées sur des objectifs de prévention** précis.

- Mettre en place les mécanismes permettant de **mesurer les indicateurs de santé** et de les comparer entre Régions en vue de garantir l'équité entre citoyens en matière d'accessibilité.

GÉRER

les maladies chroniques

Un système de soins intégrés pour les patients atteints d'une ou plusieurs affections chroniques est un des principaux défis des soins de santé pour les années à venir. Les affections chroniques pèsent lourdement sur la qualité de vie des patients (77% de la perte d'années de vie en bonne santé), sur les taux de mortalité (86% de l'ensemble des décès) et sur les dépenses de soins de santé (70% des dépenses de santé). Les problèmes de santé mentale, le diabète lié au surpoids et les maladies broncho-pulmonaires sont les maladies qui augmentent le plus proportionnellement, alors que les maladies cardiovasculaires restent avec la prévalence la plus importante. Le risque de co-morbidité augmente avec l'âge. En Europe, plus de 35% des personnes âgées de plus de 60 ans développent deux ou plusieurs maladies chroniques. A côté de la prévention primaire et des politiques liées à l'environnement et à l'éducation qui peuvent jouer un rôle majeur pour limiter la prévalence des affections chroniques, il est essentiel d'investir dans la prévention secondaire pour éviter les complications liées aux maladies chroniques. De nombreuses études illustrent les difficultés auxquelles sont confrontés les malades chroniques dans la gestion quotidienne de leur maladie, avec des taux d'adhérence moyens de 50% pour les traitements médicamenteux. Dans de nombreux pays, des programmes de « Disease management » ont vu le jour, avec succès. Ces programmes visent à gérer l'évolution de la maladie, de la détection du risque jusqu'à la complication grave, par un accompagnement continu basé sur les bonnes pratiques médicales. Les programmes de « Disease Management » comportent les services suivants : identification et stratification des patients, communication, éducation à la santé, coaching, monitoring, feedback, coordination des soins.

« Les programmes de “Disease management” visent à gérer l'évolution de la maladie, de la détection du risque jusqu'à la complication grave par un accompagnement continu basé sur les bonnes pratiques médicales »

En Belgique, les trajets de soins pour les patients souffrant de diabète et d'insuffisance rénale sont un premier pas dans cette direction. Ils restent néanmoins insuffisants par rapport à l'ampleur de la problématique (limités à une affection, peu de multidisciplinarité, multiples pathologies chez un même patient, ...). Les expériences menées dans d'autres pays permettent d'identifier les facteurs de succès pour les programmes de « Disease Management » :

- simplicité du programme, information claire et transparente ;
- définition claire des rôles de chaque acteur ;
- système d'incitants financiers renforçant la collaboration et la responsabilisation des acteurs : prestataires, patients et mutualités ;
- enregistrement et partage des informations via un dossier médical informatique partagé.

Parmi les maladies chroniques, les maladies mentales occupent une place importante et en croissance constante. Des solutions de soins intégrés doivent également être développées dans ce domaine et doivent être adaptées au type de patient, en particulier aux enfants et aux personnes âgées. Il faut privilégier une prise en charge coordonnée au niveau local avec pour objectif une réintégration maximale dans la vie sociale. Ceci requiert le développement de solutions telles que la prise en charge à domicile, les solutions de répit, l'accueil d'urgence pour les situations de crise, la spécialisation de paramédicaux, des programmes de soins transmuraux, ...

→ Propositions concrètes

pour gérer les maladies chroniques

- **Confier à l'Observatoire des Maladies Chroniques la mission d'identifier les populations prioritaires** et les diagnostics principaux permettant leur identification, et de déterminer les données à enregistrer afin de permettre un suivi optimal des patients chroniques et des initiatives publiques.
- **Evaluer les trajets de soins actuels** et les faire évoluer vers des programmes de « Disease Management ». Soutenir davantage les Réseaux Multidisciplinaires Locaux et leur permettre de s'ouvrir à d'autres pathologies chroniques (obésité, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque).
- **Définir les recommandations médicales auxquelles doivent répondre les programmes de « Disease Management »**. Inciter les mutualités à développer ces programmes en collaboration avec les autres acteurs de santé (prestataires, industrie pharmaceutique, associations de patients, ...).
- **Poursuivre la réalisation des objectifs du « Plan Maladies Chroniques »** :
 - définir un statut spécifique pour le malade chronique ouvrant des droits particuliers en ce compris la prise en charge des programmes d'accompagnement « Disease Management ». Octroyer ce statut prioritairement sur base de critères médicaux ou de dépendance, et non sur base de critères liés à la consommation des soins ;
 - diffuser des informations pertinentes, complètes et validées ;
 - maintenir l'activité professionnelle des malades chroniques ;
 - permettre la simplification administrative pour le patient et un meilleur remboursement des soins appropriés.
- **Organiser un enregistrement et un partage de données** afin d'améliorer les prises de décisions et de supporter les initiatives centrées sur les maladies chroniques, en particulier :
 - l'identification des patients à risque afin de les encourager à s'intégrer dans un programme de « Disease Management » librement consenti ;
 - la prédiction des risques sur base de modèles standardisés et validés ;
 - le suivi informatisé des patients en partageant les informations médicales entre prestataires et en permettant au patient d'avoir accès à une partie de son dossier médical informatisé ;
 - tout en protégeant les données personnelles et médicales, s'assurer que la législation permette l'échange et l'exploitation de ces données.
- **Reconnaître de nouvelles professions de santé** et favoriser la spécialisation des paramédicaux afin d'optimiser la répartition des tâches entre prestataires.

3^e
Priorité

DÉVELOPPER

des solutions pour la dépendance

Comparé aux maladies chroniques et à l'évolution de l'offre médicale, le vieillissement de la population représente moins de 10% de la croissance des dépenses de santé. Mais le vieillissement soulève de nombreuses questions sur notre capacité à offrir les services et les soins adaptés à une population qui ne cesse de croître.

Selon le Bureau du Plan, 566.000 personnes présentaient en 2007 des besoins modérés à sévères de prises en charge. D'ici 2050, ce chiffre devrait augmenter de 600.000 unités compte tenu de l'évolution de la pyramide des âges. Le KCE estime qu'entre 27.000 et 45.000 lits devront être créés en maisons de repos d'ici à 2025. En l'absence de politique prospective, l'offre de soins pour les personnes âgées risque d'être sensiblement inférieure à la demande, créant des situations difficiles tant pour le patient que pour son entourage. Aujourd'hui déjà, certaines régions connaissent une pénurie de lits en maisons de repos et de soins. Sans compter les difficultés permanentes pour recruter du personnel soignant (infirmiers, aides familiales, ...) en soins à domicile et dans les maisons de repos.

« Aujourd'hui déjà, certaines régions connaissent une pénurie de lits en maisons de repos et de soins »

Afin d'offrir aux personnes âgées un système flexible et progressif favorisant le maintien à domicile, un ensemble de solutions doivent être développées, en quantité et en qualité suffisante, pour répondre à l'évolution des besoins et du degré de dépendance :

- accompagnement des aidants proches ;
- encadrement et soins à domicile ;
- solutions de télémédecine/télémonitoring ;
- solutions de répit ;
- accueils de nuit ou de jour ;
- services flats ;
- maisons de repos et de soins.

Afin de garantir l'accessibilité financière, des solutions d'assurance dépendance publiques et privées/mutualistes devraient être encouragées.

→ Propositions concrètes

pour développer des solutions pour la dépendance

- Mettre en place les mécanismes permettant **d'estimer régulièrement les perspectives et les besoins en matière de dépendance** (nombre de personnes, type et degré de dépendance, répartition géographique, ...) afin d'identifier les écarts avec les solutions existantes et alimenter une politique prospective sur un horizon de 10 à 20 ans.
- **Favoriser l'autonomie des personnes âgées** et le maintien à domicile :
 - encourager des modes de vie actifs et les actions de prévention, en particulier en matière d'alimentation et de chutes à domicile ;
 - encourager le développement de structures d'aide et de soins à domicile et en assurer leur juste financement ;
 - favoriser le développement et le déploiement de solutions de communication et de télémonitoring simples d'utilisation et abordables. Les solutions industrielles (tablettes, internet, TV, smartphone, ...) adaptées aux besoins des personnes âgées conviennent parfois mieux que des technologies spécifiques, complexes et coûteuses ;
 - prévoir des environnements et des logements adaptés aux personnes âgées. Stimuler les projets intergénérationnels ;
 - encourager les soins informels en renforçant le statut et l'accompagnement de l'aidant-proche et en finançant les solutions de répit à domicile.
- **Poursuivre les initiatives du « Plan Démence »** et notamment, imposer des structures sécurisées et spécialisées (« cantou ») dans les maisons de repos accueillant des patients déments (D).
- Analyser les différentes possibilités de **développement d'une assurance dépendance** (publique, privée ou mixte).



CONCEVOIR

une politique des médicaments qualitative et efficiente

La politique des médicaments est une matière complexe, impliquant de nombreux acteurs (médecins, prescripteurs, pharmaciens, patients, industrie pharmaceutique) et poursuivant des objectifs parfois contradictoires (maîtrise des dépenses de soins de santé versus promotion du secteur pharmaceutique). Les médicaments représentent une part importante des dépenses publiques de santé (18,6% en 2009) et ont connu des taux de croissance variables allant de -2% à +7,8%, ce qui a valu au secteur de nombreuses attentions depuis le début des années 2000. En quelques années, plusieurs mesures importantes ont été mises en place dans la double perspective de contenir les dépenses et de donner un accès rapide aux innovations médicamenteuses : mise en place d'un nouveau système de remboursement, promotion des génériques via le prix de référence et les quotas de prescription obligatoires, taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, réduction successive des prix, forfaitarisation des médicaments pour les hospitalisations, ...

Si ces différentes mesures ont eu un effet certain sur les prix (jusqu'à -25% dans certaines classes entre 2005 et 2009) et sur la prescription des génériques, les dépenses globales ont malgré tout continué à augmenter avec une croissance des volumes (en DDD) deux fois supérieure à la croissance des dépenses. Même si une partie de cette croissance peut être expliquée par l'apparition de nouveaux traitements, cette tendance indique qu'un des enjeux est la mise en place de mesures efficaces pour contenir les volumes de médicaments prescrits. Ceci nécessite un ensemble complet d'incitants financiers et non financiers impliquant les médecins, les pharmaciens et les patients. A titre d'exemple, la Belgique figure parmi les pays ayant le plus haut taux de prescription après consultation (84%) alors que plusieurs pays européens se situent entre 60% et 70%. Dans ce domaine, il est urgent d'envisager des actions ciblées sur certains secteurs (ex : prescriptions en maisons de repos) ou sur certains médicaments (ex : médicaments pour les troubles de la sécrétion d'acide gastrique ou antipsychotiques).

Les problèmes liés à la polymédication et la non-adhérence au traitement (50% dans certains cas) requièrent une attention particulière pour plusieurs catégories de patients. Ces problèmes sont d'ordre médicaux mais également financiers compte tenu des coûts générés par la mauvaise utilisation des médicaments, les erreurs de médication ou la non-adhérence.

De nombreux patients âgés consomment plusieurs médicaments en même temps, ce qui provoque des risques de double médication et d'interactions médicamenteuses, qui sont insuffisamment abordés actuellement. Une « medication review » effectuée en concertation entre le médecin et le pharmacien pourrait favoriser une utilisation optimale des médicaments et réduire les problèmes éventuels liés à la prise médicamenteuse. Cependant, ceux-ci ne bénéficient pas toujours de l'information complète pour effectuer une « medication review », ce à quoi on pourrait remédier par des outils informatiques adéquats (exploitation des données de remboursements, dossier pharmaceutique partagé, ...).

Le problème de non-adhérence, fréquent chez les malades chroniques alors que les traitements médicamenteux sont souvent la seule solution ou la solution la plus efficace pour ces pathologies, soulève la nécessité d'informer et d'impliquer le patient lors de la prescription et lors du suivi d'un traitement. Des mécanismes d'accompagnement et de coaching du patient ont également démontré leur efficacité dans l'amélioration de l'adhérence.

Bien que notre système dispose de mécanismes adéquats pour faciliter l'accès aux innovations médicamenteuses (mécanismes de partage de risques avec l'industrie pharmaceutique, fonds de solidarité de l'INAMI, ...), ceux-ci pourraient être rendus plus flexibles et plus performants. Des mécanismes plus souples mais bien encadrés pour le remboursement des médicaments non enregistrés en Belgique (« off-label ») seraient également de nature à améliorer l'accès aux médicaments.

« La Belgique figure parmi les pays ayant le plus haut taux de prescription après consultation (84%) »

→ Propositions concrètes pour concevoir une politique des médicaments qualitative et efficiente

- Renforcer les mesures existantes sur **le contrôle des prix des médicaments** :
 - encourager les prescriptions en DCI et la substitution au niveau du pharmacien ;
 - revoir le système d'appel d'offres pour les médicaments hors brevet, en y associant une responsabilisation des prescripteurs sur le choix des traitements coûts-efficaces et l'application de recommandations sur le choix des traitements. Le système d'appel d'offres devrait permettre la sélection de plusieurs fournisseurs pour éviter les problèmes d'approvisionnement éventuels ;
 - appliquer le système de catégorie F (intervention financière fixe pour des médicaments utilisés pour une indication identique ou analogue) à de nouveaux groupes de médicaments occasionnant des dépenses importantes (ex : sartans) ;
 - pour certaines pathologies bien déterminées, envisager un système de fixation d'un montant forfaitaire « all-in » par pathologie ciblée (ex. hypertension artérielle pulmonaire : forfait différencié selon le stade de la pathologie).
- Développer un ensemble de **mesures ciblant les volumes et les comportements de prescription** :
 - renforcer les feedbacks vers les prestataires (volumes de prescription, respect des guidelines) et les peer-review ;
 - prévoir des incitants financiers stimulant les bonnes pratiques de prescription et des mesures contraignantes vis-à-vis des abus ;
 - déployer des mesures spécifiques ciblées sur les prescriptions pour les patients en maison de repos et les soins ambulatoires dans les structures hospitalières.
- Définir une « medication review » structurée pour les patients prenant plus de 5 médicaments. **Développer un « dossier pharmaceutique global »** pour assurer une information complète sur l'historique de médication.
- Dans le cadre de programmes de Disease Management, encourager **les initiatives d'accompagnement continu du patient qui améliorent l'adhérence au traitement**.
- **Revoir les mécanismes de partage de risques avec l'industrie pharmaceutique (convention art. 81)** en élargissant les médicaments pouvant être candidats au remboursement (dans la mesure où il existe une incertitude en termes d'efficacité ou d'impact budgétaire) et en permettant que la procédure de contractualisation soit lancée plus tôt. Clarifier les modalités de prolongation du remboursement du médicament après la période limite de 3 ans de la convention.
- **Revoir le chapitre IV** en le limitant aux situations où un véritable contrôle a priori s'avère nécessaire pour des raisons médicales. Pour les autres cas, essentiellement motivés par des considérations budgétaires, favoriser les mécanismes de négociation avec l'industrie pharmaceutique et responsabiliser les prescripteurs en assurant un enregistrement des données et un suivi des profils de prescription.
- **Permettre le remboursement des médicaments off-label** dans les situations évidentes de besoins médicaux non satisfaits.

5^e
Priorité

DIMINUER les incapacités de travail

Le nombre de personnes écartées temporairement ou définitivement du marché du travail pour cause d'incapacité de travail est en augmentation constante. Parmi les salariés, le nombre d'incapacités primaires indemnisées (< 1 an) est passé de 357.000 en 2005 à 391.500 en 2009. Sur la même période, les invalidités (> 1 an) sont passées de 208.500 à 245.000. Depuis 2007, les dépenses liées à l'incapacité et l'invalidité ont explosé et connaissent une croissance annuelle comprise entre 8 et 10% (sur un budget global de \pm 5 milliards €). Ces augmentations importantes s'expliquent par l'évolution démographique (position des babyboomers dans la pyramide des âges, ...), l'évolution des politiques d'emploi (augmentation de l'âge de la pension pour les femmes, réduction des possibilités d'accès au régime de prépension, activation des chômeurs, ...), et des facteurs médicaux. Deux groupes de pathologies, les troubles mentaux et articulaires/musculaires, représentent 60% des invalidités.

Etant donné la probabilité que ces tendances s'accroissent dans les prochaines années, les dépenses d'incapacité et d'invalidité risquent de peser lourdement sur le budget de la sécurité sociale. En prenant exemple sur des pays voisins ayant mené des politiques innovantes en la matière, certains mécanismes liés à l'évaluation de l'incapacité de travail et à la réintégration socio-professionnelle méritent d'être repensés. Une responsabilisation renforcée des différents acteurs (employeur, médecin traitant, mutualité, médecin conseil et patients) et une collaboration multidisciplinaire autour du patient en incapacité de travail ont démontré des effets bénéfiques sur la prévention et la réintégration.

Une attention particulière doit également être apportée à la lutte contre le recours abusif à l'incapacité de travail et à l'invalidité. Outre la responsabilisation des acteurs et des contrôles efficaces, il est important de veiller à une mise en cohérence des différentes réglementations (incapacité/invalidité, chômage, handicap, réduction du temps de travail, ...) afin d'éviter qu'une activation dans un système ne mène à un transfert vers un autre système où les conditions sont plus favorables.

« Depuis 2007, les dépenses liées à l'incapacité et l'invalidité ont explosé et connaissent une croissance annuelle comprise entre 8 et 10% »

→ Propositions concrètes

pour diminuer les incapacités de travail

- **Revoir le rôle des différents acteurs** en les responsabilisant sur la gestion des incapacités et de la remise au travail :
 - médecin traitant : responsabiliser les médecins traitants sur les périodes d'incapacité en indiquant également une date de fin d'incapacité. Encourager la codification des diagnostics médicaux ;
 - employeur : inciter financièrement les employeurs à investir dans des actions de prévention, en collaboration avec une médecine du travail plus dynamique ;
 - mutualité et médecin-conseil : prévoir un rôle actif dans la réintégration socio-professionnelle en collaboration avec leurs services sociaux et les organismes publics de réinsertion. Travailler en équipe multidisciplinaire. Mettre en place des modèles prédictifs pour identifier les patients à risque et intervenir sur les invalidités évitables. Envisager la création d'une fonction de « Disability case manager » pour renforcer la prise en charge de certains publics cibles ;
 - patient : inciter les patients à des reprises de travail progressives.
- **Moderniser les règles liées à l'incapacité de travail** :
 - rendre le régime d'incapacité de travail plus flexible en introduisant des nouveaux seuils de reconnaissance. Cette catégorie pourrait convenir à des incapacités partielles (ex : malades chroniques devant s'absenter 1 ou 2 jours par semaine pour des soins) ;
 - uniformiser les procédures de période de déclaration pour les chômeurs, ouvriers et employés tombant en incapacité de travail ;
 - revoir le processus de réadaptation professionnelle en partenariat avec le Forem, Actiris et le VDAB (actuellement, seulement 500 cas /an avec un dossier reconnu par l'INAMI). Encourager les formations en entreprise pour les personnes en incapacité peu qualifiées.
- **Moderniser les règles liées à l'invalidité** :
 - remplacer le critère de durée (1 an) par des critères médicaux ;
 - accepter le passage en invalidité une fois que toutes les possibilités de réinsertion ont été envisagées. Inciter le médecin-conseil à transmettre à l'INAMI un dossier complet reprenant ce qui a été entrepris avec le patient (bilan et plan d'action) avant d'envisager le passage en invalidité ;
 - rendre le régime d'invalidité plus flexible en prenant en compte les capacités restantes et les possibilités d'emploi adaptées (comme aux Pays-Bas et en Allemagne) ;
 - Modifier la dénomination « invalide » pour changer la perception d'irréversibilité qui y est liée.
- **Mettre en place une procédure d'appel accélérée** au sein du Tribunal de Travail ou confier cette mission au CSCMI/CRCMI (commissions supérieures/régionales du Conseil Médical d'Invalidité), pour éviter le recours abusif aux appels suspensifs.

RÉFORMER

le financement et le remboursement des soins

Depuis le milieu des années 90, la nomenclature fait l'objet de critiques, certains actes étant surévalués alors que d'autres sont sous-évalués. Le « Comité pour l'examen de la nomenclature des prestations de santé », prévu dans la loi programme de 2005, avait pour vocation de se pencher sur une révision du système pour assurer plus de cohérence et d'équité. A ce stade, ce comité n'a pas encore commencé ses travaux. Les déséquilibres de la nomenclature créent de fortes tensions, que ce soit entre professions médicales ou entre médecins et gestionnaires d'hôpitaux. Des déséquilibres apparaissent également au niveau des spécialités privilégiées par les jeunes médecins, menaçant à terme l'accessibilité et la qualité des soins dans les secteurs désertés. En outre, la combinaison des actes intellectuels et techniques crée des effets pervers au niveau du volume d'actes prestés, comme le montre la comparaison des volumes d'actes avec nos pays voisins. Une révision complète de la nomenclature, sur base d'un modèle objectif valorisant les différentes dimensions d'un acte médical (risque, temps, compétences, expérience, ...), est donc indispensable. Dans ce cadre, il est souhaitable de mettre en place un financement alternatif des infrastructures et des appareils médicaux, découplé de l'acte intellectuel/médical afin de supprimer les effets pervers menant à une surconsommation.

« Une révision complète de la nomenclature, sur base d'un modèle objectif valorisant les différentes dimensions d'un acte médical, est indispensable »

Le système de financement des hôpitaux, basé sur un ensemble complexe et disparate de mécanismes (budget des moyens financiers, honoraires, forfaits, durées de séjour justifiées, ...) ne permet pas aux gestionnaires d'hôpitaux d'avoir une vue claire et prévisionnelle de leurs budgets. Le système actuel repose sur une combinaison de prestations aussi bien surévaluées que sous-évaluées, ce qui crée des interdépendances avec pour conséquence que tout changement d'un élément risque de perturber l'équilibre fragile de l'ensemble. La dépendance croissante des hôpitaux par rapport à certains honoraires ou suppléments d'honoraires pour le financement de matériel, d'infrastructure ou d'une partie du personnel crée une situation instable et malsaine pour les gestionnaires d'hôpitaux, les médecins et les patients. Dans ce contexte, il est important d'envisager une refonte du système de financement des hôpitaux, soit vers un système de forfait par pathologie, soit en isolant les honoraires purs du financement par le budget des moyens financiers des infrastructures, du matériel et du cadre hospitalier.

De manière générale, le système de remboursement à l'acte encourage la surconsommation des soins et ne favorise pas la collaboration entre prestataires. Il serait donc souhaitable d'avoir une réflexion de fond sur l'opportunité de substituer ou compléter le remboursement à l'acte par d'autres mécanismes. En ce qui concerne le financement des soins de première ligne, un système flexible et partiel de capitation pourrait couvrir certaines prestations telles que la tenue d'un dossier médical, la continuité des soins, le suivi de certains publics cibles, l'accomplissement d'actes administratifs, ... Le montant de la capitation pourrait varier en fonction des indicateurs liés aux objectifs de santé poursuivis (indicateurs de qualité, outcomes, respect des guidelines, volumes de prescription, utilisation des moyens technologiques, ...).

« Le système de remboursement à l'acte encourage la surconsommation des soins et ne favorise pas la collaboration entre prestataires »

→ Propositions concrètes pour réformer le financement et le remboursement des soins

- Mettre en œuvre une **révision complète de la nomenclature sur base d'une méthodologie objective** pondérant les différentes dimensions des prestations médicales. Scinder le financement de l'acte intellectuel/médical et le financement des prestations techniques.
- **Revoir les mécanismes de financement des hôpitaux vers un système transparent, équilibré et simplifié.** Ce nouveau système de financement doit promouvoir l'efficacité et la qualité des soins, encourager les regroupements d'hôpitaux et la rationalisation des infrastructures médicales, augmenter la responsabilisation financière sur les volumes de prestations.
- **Revoir le financement des soins de première ligne** en augmentant la partie forfaitaire pour couvrir certaines dimensions telles que la tenue d'un dossier médical, la continuité des soins, le suivi de certains publics cibles, l'accomplissement d'actes administratifs, le travail multidisciplinaire de première ligne, ... Définir des incitants financiers pour encourager les comportements respectant les guidelines, les volumes de prescription, l'utilisation des moyens technologiques, ... Le système d'accréditation pourrait être revu dans cette optique.
- Afin d'éviter la surprestation/surconsommation de soins médicaux, **définir un système performant de gestion des « outliers »** (comportements non justifiés en termes d'activités comparés à la moyenne). Ce système devrait comporter un processus de détection efficace, une procédure d'accompagnement ou de peer review et, le cas échéant, un mécanisme de pénalité ou de récupération des montants non justifiés.



OPTIMALISER

l'utilisation des technologies médicales

Entre 50% et 75% de la croissance des dépenses de soins de santé provient de l'évolution constante de l'offre médicale. Bien que le progrès médical génère des gains de santé importants, ceux-ci se réalisent à des rendements décroissants (coût de plus en plus important par rapport au bénéfice de santé). Il est donc important de s'assurer que seules soient remboursées les technologies médicales qui permettent de réels gains pour la santé.

Aujourd'hui, à l'exception du secteur des médicaments qui représente 20% des dépenses de soins de santé, l'offre médicale ne fait pas l'objet d'analyse coût/efficacité. Notre système laisse ainsi la porte ouverte aux décisions intuitives ou arbitraires et donc à une utilisation inefficace des moyens financiers. Les mécanismes de décision de remboursements – et donc le modèle belge de concertation – devraient s'appuyer le plus largement possible sur des analyses objectives et scientifiques (Health Technology Assessments) qui examinent les implications économiques, médicales, sociales et éthiques de l'introduction ou de l'utilisation d'une technologie médicale en comparaison avec la pratique actuelle. Ces évaluations devraient être appliquées à l'offre médicale au sens large (médicaments, dispositifs, prévention, diagnostics, ...), qu'il s'agisse de nouveautés ou de pratiques existantes, a fortiori lorsque de nouvelles informations sont disponibles. Enfin, elles devraient être menées de manière impartiale et transparente, en regroupant les compétences multidisciplinaires adéquates.

Les analyses coût/efficacité pourraient ainsi servir de base à des remboursements différenciés en fonction de la valeur ajoutée de la technologie concernée.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a pour mission de soutenir les pouvoirs publics et les praticiens dans leur prise de décision. Il devrait s'aligner le plus possible sur les thèmes pertinents pour la politique de santé et cohérents avec le calendrier décisionnel afin que ses recommandations puissent avoir l'impact adéquat.

« Il est important de s'assurer que seules soient remboursées les technologies médicales qui permettent de réels gains pour la santé »

→ Propositions concrètes

pour optimiser l'utilisation des technologies médicales

- **Aligner le programme d'études du KCE sur l'agenda politique** et les grandes questions relatives à l'évolution du système de soins de santé. Prévoir le mécanisme et les capacités pour intervenir sur des dossiers urgents (fast-track assessments) afin de renforcer la qualité de la prise de décision au sein des instances de l'INAMI.
- Les analyses coût/efficacité n'étant pas le seul élément important à la prise de décision, **définir les autres dimensions à prendre en compte** (type de pathologie, existence de traitements alternatifs, type de patient, ...) **dans les recommandations de prise en charge**, en veillant à y intégrer dans la mesure du possible les préférences des patients et de la société.
- **Définir**, pour les technologies médicales n'ayant pas encore fait leurs preuves (traitements, techniques, modèles de soins, ...) mais pour lesquelles il existe un besoin non rencontré, **une autorisation de remboursement temporaire avec évaluation des résultats**.
- **Encourager une collaboration européenne entre agences HTA** (Health Technology Assessment) au sein du réseau EUnetHTA afin d'améliorer les méthodologies utilisées, la cohérence des recommandations et l'efficacité des moyens engagés.
- **Améliorer la programmation en encourageant la spécialisation et les accords de collaboration entre structures hospitalières** au-delà des réseaux traditionnels. Ceci afin d'éviter la multiplication des centres de référence au détriment de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que l'achat inutile d'appareils coûteux engendrant des prestations non nécessaires.



REVOIR

les mécanismes de concertation

La concertation entre organismes assureurs et prestataires est au cœur de notre système d'assurance maladie. Depuis le milieu des années 60, les mécanismes de concertation permettent de garantir aux patients, à travers des conventions et accords, une sécurité tarifaire. L'association des partenaires à la prise de décision permet de faire évoluer l'assurance maladie en tenant compte de l'évolution des besoins et de la pratique médicale.

Cependant, le modèle de concertation ne semble plus adapté au contexte actuel. Il souffre d'un fonctionnement en « silos » alors que la pratique médicale doit évoluer vers plus de transversalité. Les modèles de soins innovants tels que les soins transmuraux, la télémédecine ou le disease management y trouvent difficilement écho. Les débats ont tendance à se concentrer sur les questions tarifaires alors que le système doit également se préoccuper de la qualité, de l'intérêt des patients et de sa nécessaire modernisation.

La représentativité des acteurs¹ et la confusion de rôles (organismes assureurs-prestataires) soulèvent également de nombreuses questions en matière de bonne gouvernance. Les décisions sont souvent guidées par les intérêts partisans et le compromis en lieu et place des intérêts des patients et du système.

Signe d'un essoufflement, le système de conventionnement perd progressivement sa place dans certains secteurs où le taux de déconventionnement peut dépasser les 60%.

« Les décisions sont souvent guidées par les intérêts partisans et le compromis en lieu et place des intérêts des patients et du système »

Partant de ces constats, la concertation doit donc se redéfinir et repenser son fonctionnement. Ce nouveau modèle de concertation devrait :

- permettre aux acteurs de décliner en actions concrètes les objectifs de santé définis par le(s) gouvernement(s) ;
- scinder les négociations tarifaires et la réflexion sur l'organisation du système ;
- intégrer une dimension transversale centrée sur les patients et les pathologies ;
- revoir le système de conventionnement ;
- professionnaliser les mécanismes de décision en intégrant une évaluation médicale et économique de l'offre de soins (Health Technology Assessment) ;
- être représentatif des acteurs du secteur des soins de santé.

1 Depuis de nombreuses années, les Mutualités Libres dénoncent l'inéquité dans la répartition des mandats au sein des organes de l'INAMI. A titre d'exemple, les Mutualités Libres doivent rassembler deux fois plus de membres que les autres organismes assureurs pour obtenir un mandat au Comité de l'Assurance et à la Médicomut.

→ Propositions concrètes

pour revoir les mécanismes de concertation

- **Inscrire la concertation** entre prestataires et organismes assureurs dans **le cadre de la réalisation des objectifs de santé** définis par le(s) gouvernement(s). Dans le respect du rôle et des compétences de chaque acteur, décliner ces objectifs en propositions concrètes, dans une vision transversale centrée sur les patients et les pathologies.
- **Permettre à la Commission de Contrôle Budgétaire de proposer des arbitrages** ou des transferts entre secteurs de soins dans une perspective financière globale et transversale.
- **Renforcer la sécurité tarifaire** pour les patients et la transparence financière :
 - fournir une quittance après chaque prestation en reprenant le montant pris en charge par la mutualité, la quote-part personnelle et le supplément d'honoraire ;
 - optimiser les budgets consacrés à l'accréditation et au statut social dans le cadre d'incitants en faveur de la qualité des soins et de la sécurité tarifaire ;
 - associer les suppléments d'honoraires à une justification objective liée à la nature de la prestation (risque, timing, ...), aux caractéristiques du prestataire (expertise, expérience, ...) et aux exigences du patient.

«
Signe d'un essoufflement, le système de conventionnement perd progressivement sa place dans certains secteurs où le taux de déconventionnement peut dépasser les 60%
»



INTENSIFIER

la simplification institutionnelle, administrative et réglementaire

Tout système de soins de santé est par nature complexe. Le système belge en particulier est pointé du doigt pour sa complexité institutionnelle et administrative, ainsi que pour la répartition des compétences de santé entre les différents niveaux de pouvoir. La sixième réforme de l'Etat ne va faire qu'accentuer cette complexité, ce qui constitue un frein à une politique efficiente et cohérente de soins de santé. Les décisions en matière de régionalisation devraient être guidées par l'intérêt du patient et l'efficacité de l'organisation des soins, en privilégiant une répartition des compétences par « paquets homogènes ».

Ceci étant dit, des simplifications institutionnelles restent possibles, ne fût-ce qu'au niveau fédéral. Une réflexion devrait être menée pour regrouper toutes les matières fédérales liées à la santé (INAMI, matières santé gérées par les SPF Santé publique et SPF Affaires sociales, Fonds des maladies professionnelles, ...), ce qui créerait de nombreuses synergies (politique hospitalière, gestion des données, ...) et faciliterait l'avancée de certains projets répartis entre différentes organisations.

L'informatisation des soins de santé est une préoccupation depuis de nombreuses années. Malgré les projets en cours, la Belgique reste pointée du doigt pour l'adoption lente des technologies dans le secteur de la santé, en particulier en matière de facturation électronique et d'échanges de données médicales. Ces projets sont porteurs d'économies substantielles et de valeur ajoutée : utilisation optimale des ressources en partageant les données médicales et en évitant les examens redondants, amélioration de la qualité des données, remboursements plus rapides pour les patients et les prestataires, lutte contre la fraude sociale en s'assurant de la matérialité des prestations, réduction de la charge administrative pour tous les acteurs, ...

La plupart des projets nécessaires à une amélioration du système sont initiés mais doivent être accélérés dans leur réalisation et dans leur déploiement. Reposant principalement sur les infrastructures eHealth et/ou Carenet/MyCarenet, les projets les plus importants des prochaines années sont :

- la facturation électronique des prestations extra-muros et la suppression des attestations de soins associées (soins infirmiers, laboratoires, médecins, kinésithérapeutes, maisons de repos, ...);
- la demande, le suivi et la consultation électronique des accords médecins conseils;
- la prescription électronique;
- le dossier médical partagé et les échanges de données médicales.

A noter que les objectifs de simplification ne seront atteints que si l'informatisation s'accompagne en parallèle d'une simplification réglementaire, ce qui n'est pas toujours le cas.

De manière plus générale et en dehors des projets déjà initiés, il convient d'avoir un recours plus systématique aux possibilités offertes actuellement par la technologie pour soutenir, implémenter et suivre les politiques de soins. Trop souvent, la mesure des nouvelles initiatives est laissée à charge des prestataires qui manquent parfois de moyens ou de temps pour s'investir. A titre d'exemple, les paramètres de santé pour évaluer les trajets de soins n'ont toujours pas été transmis. Vu la pénétration des nouvelles technologies (internet, smartphones, tablettes, ...), il est aujourd'hui envisageable de donner un rôle plus actif aux patients pour l'enregistrement et la communication d'informations. Les possibilités technologiques doivent faire partie intégrante de la politique de santé de demain.

« Il est aujourd’hui envisageable de donner un rôle plus actif aux patients pour l’enregistrement et la communication d’informations. Les possibilités technologiques doivent faire partie intégrante de la politique de santé de demain »

→ Propositions concrètes pour intensifier la simplification institutionnelle, administrative et réglementaire

- **Regrouper toutes les matières fédérales liées à la santé** (INAMI, matières santé gérées par les SPF Santé publique et SPF Affaires sociales, Fonds des maladies professionnelles, ...) **en une seule institution.**
- **Supprimer la multiplicité des contrôles de revenus** pour l’octroi d’avantages sociaux (BIM/Omnio, maximum à facturer, indemnités avec charge de famille, ...) en confiant à l’administration fiscale le soin de communiquer les informations nécessaires.
- **Mettre en place, via les médecins-conseils, un contrôle médical unique** pouvant ouvrir des droits liés aux maladies chroniques ou au handicap dans d’autres législations que l’Assurance Maladie-Invalidité (ex : reconnaissance du handicap, octroi de voiturettes, cartes de parking, ...). Un « **Dossier médico-social informatisé** », dont les droits d’accès seraient entièrement gérés par le patient, pourrait faciliter le partage de données entre institutions régionales et fédérales.
- Poursuivre la simplification des tickets modérateurs pour les prestations médicales et **encourager l’application du tiers payant social.**
- **Revoir tous les forfaits** accordés aux malades chroniques **pour les intégrer dans un système unique.**
- Uniformiser les frais de transport des malades, également uniformiser les frais de déplacement des prestataires.
- Définir, de manière générique, les notions nécessaires aux règles de renouvellement des prestations (âge, année, séance, ...).
- Aligner la notion de charge de famille dans tous les secteurs de la sécurité sociale.
- **Simplifier les règles de calcul de l’indemnité** en cas d’incapacité de travail.
- **Accélérer les projets d’informatisation** des soins de santé (prescription et facturation électroniques, accords médecins-conseils, dossiers médicaux partagés, ...) et mettre en place un système d’incitants financiers pour encourager l’utilisation de ces outils.
- Sortir la problématique de l’informatisation des diverses concertations actuelles et en faire une priorité en mettant en place une plateforme de concertation spécifique regroupant tous les acteurs concernés afin de définir **en commun les objectifs, le planning, la communication et les incitants liés aux projets d’informatisation des soins de santé.**

MESURER & MONITORER

le système de soins et ses acteurs

L'accord gouvernemental de 2008 prévoyait déjà que « les performances de notre système de santé, en ce compris la qualité, doivent être évaluées sur base d'objectifs mesurables ». Par ailleurs, les ministres européens de la santé se sont engagés, la même année, à « promouvoir la transparence et rendre des comptes au sujet de la performance des systèmes de santé grâce à la publication de résultats mesurables ».

Disposer de données appropriées est un préalable à la mesure et au monitoring du système de santé. A cet égard, la Belgique a encore de nombreux progrès à faire sur le plan de l'enregistrement correct des données, de l'utilisation des codifications internationales, de la collecte de données épidémiologiques et thérapeutiques, et de la simplification du parc de données existantes qui comporte 131 bases de données santé. Ceci explique les difficultés de la Belgique à fournir des données santé au niveau international.

Contrairement à d'autres pays européens, la Belgique a pris très peu d'initiatives en matière d'évaluation de la performance du système de santé. Une première évaluation globale a été réalisée par le KCE en 2010 et a donné naissance à plusieurs initiatives pour mesurer et suivre le système de santé.

« La Belgique a encore de nombreux progrès à faire sur le plan de l'enregistrement correct des données »

« L'accréditation devrait s'étendre à tous les prestataires et institutions de soins et reposer sur un système d'évaluation de la performance et de la qualité des soins »

En matière d'évaluation de la qualité des soins, les systèmes d'accréditation des prestataires demeurent principalement des mesures préventives liées à la formation permanente. Les contrôles de qualité et de performance sont très lacunaires et portent essentiellement sur les comportements de prescription. L'accréditation devrait s'étendre à tous les prestataires et institutions de soins et reposer sur un système d'évaluation de la performance et de la qualité des soins. Ce système d'évaluation devrait être soutenu par des incitants financiers et être traduit dans les modes de financement des prestataires.

→ Propositions concrètes

pour mesurer et monitorer le système de soins et ses acteurs

- Définir le cadre conceptuel pour **mesurer la performance des soins en Belgique** : identification des dimensions à mesurer et des domaines à couvrir, alignement avec les objectifs de santé, définition des indicateurs, identification des données et des systèmes permettant leur collecte. S'aligner avec les analyses de performance réalisées par les organisations internationales (OMS, OCDE, UE, ...)
- Dans l'analyse de la performance, **accorder une priorité aux domaines représentant des défis importants pour le système de santé** : soins de première ligne, maladies chroniques, dépendance, santé mentale, ...
- **Rendre opérationnelle la plateforme eCare**, dans un cadre interfédéral, afin d'organiser et d'optimiser l'enregistrement, le partage et l'échange de données de santé entre les différents acteurs. Objectifs : améliorer la qualité et la continuité des soins, optimiser la collaboration entre dispensateurs de soins et soutenir la politique des soins de santé.
- **Inventorier les bases de données** et les projets liés à l'enregistrement, au partage ou à l'échange de données de santé afin de les rendre accessibles et interopérables.
- **Améliorer la collecte**, la qualité et la gestion des données pertinentes :
 - en ambulatoire : inciter les prestataires à enregistrer les données de santé (diagnostics, états fonctionnels codifiés, paramètres de santé, ...) en lien avec les traitements prescrits ;
 - en hôpital : enregistrer les données nécessaires à la création d'indicateurs de qualité et d'efficacité de la pratique. Contrôler la qualité de la codification des RCM et accélérer la mise à disposition des données validées.
- **Publier les indicateurs** de performance et de qualité.

5

Quel Rôle pour les Mutualités ?

« Vu la croissance continue des besoins en soins de santé et la demande d'être mieux informé et conseillé, les mutualités ont une réelle opportunité de jouer un nouveau rôle, tant vis-à-vis de leurs membres que vis-à-vis des autorités »

Les mutualités sont un des piliers de notre système de protection sociale. Lors de la création de la sécurité sociale à l'issue la 2^e Guerre mondiale, les mutualités se sont vues confier la gestion des bénéficiaires liés à l'Assurance Maladie Invalidité, tout en maintenant leurs activités d'assistance sociale et de couvertures complémentaires.

Au fil des années, les mutualités se sont développées et adaptées pour jouer un rôle essentiel dans notre système de soins de santé. Reposant sur les principes de solidarité, d'absence de but lucratif et d'implication dans la gestion du système de santé, les mutualités proposent une large panoplie de couvertures et de services à destination de leurs affiliés. Au sein du système de concertation regroupant tous les acteurs des soins de santé, elles participent à l'évolution du système de l'Assurance Maladie-Invalidité et négocient avec les prestataires de soins pour assurer des soins accessibles et de qualité.

Face à l'évolution de leurs métiers et de la nature des soins de santé, les mutualités doivent néanmoins se repositionner dans un environnement changeant. Les tâches administratives, qui constituent encore une partie significative de leur activité, sont appelées à se réduire suite à l'informatisation des soins de santé. Si jusqu'à présent ces projets de simplification administrative (eHealth, facturation électronique, prescription électronique, échanges de données médicales, ...) se sont heurtés à un certain conservatisme, tant dans le camp des mutualités que celui des prestataires, l'opportunité d'améliorer l'efficacité du système de santé devrait prendre l'ascendant sur les réflexes protectionnistes.

« Fortes de leur modèle solidaire et non lucratif, les mutualités sont appelées à développer leur portefeuille de services et de couvertures, évoluant d'un modèle administratif vers un modèle de services de santé »

Par ailleurs, vu la croissance continue des besoins en soins de santé et la demande d'être mieux informé et conseillé, les mutualités ont une réelle opportunité de jouer un nouveau rôle, tant vis-à-vis de leurs membres que vis-à-vis des autorités. Dans notre système actuel, même s'il existe un mécanisme (imparfait) de responsabilisation financière, les mutualités

restent faiblement responsabilisées par rapport à la qualité de leurs prestations et à leur mission dans la gestion des dépenses de soins de santé. Un nouveau système de responsabilisation, ciblé sur des problématiques précises et mesurables, devrait inciter les mutualités à jouer un rôle plus actif dans la gestion efficace de l'Assurance Maladie et à prendre des initiatives dans des domaines où elles en ont la possibilité. Vis-à-vis de leurs membres, elles devraient être encouragées à développer des services tels que la prévention primaire et secondaire, l'accompagnement des malades chroniques, la gestion de la dépendance, la gestion des situations post-hospitalières, la réintégration professionnelle suite à une incapacité de travail, la mise à disposition des interfaces pour gérer les informations personnelles de santé, l'activation des droits des patients, ...

De la même manière, en partenariat avec les autorités, les mutualités devraient être encouragées à s'impliquer davantage dans les actions pour une bonne exploitation des données de santé, un contrôle optimal des consommations et facturations de soins ainsi que dans la lutte contre la fraude sociale dont les effets sont estimés à 3% des dépenses totales.

Fortes de leur modèle solidaire et non lucratif, les mutualités sont appelées à développer leur portefeuille de services et de couvertures, évoluant d'un modèle administratif vers un modèle de services de santé. En ce qui concerne les assurances facultatives (ex : assurance hospitalisation), les mutualités sont soumises à un nouveau régime légal depuis le 1er janvier 2012 suite à une plainte des assureurs privés. Ces assurances mutualistes doivent désormais se conformer aux règles applicables aux assurances privées (constitution de réserves, gestion des risques, distribution, éléments contractuels, ...). Bien que soumises aux mêmes règles que les assureurs privés, les mutualités ne disposent cependant pas des mêmes opportunités en termes de gamme de couverture et de catégories de clients auxquelles elles peuvent s'adresser. En particulier, les mutualités ne sont pas autorisées à proposer leurs couvertures facultatives aux personnes qui ne sont pas membres en assurance obligatoire ni développer de polices collectives pour les entreprises, comme c'est le cas dans d'autres pays. Ceci fait des règles applicables depuis le 1er janvier 2012 un régime discriminatoire à l'égard des mutualités.

Une étude récente du Parlement Européen (« The role of mutual societies in the 21st century ») confirme le rôle important que les mutualités pourront jouer dans le futur pour garantir l'accessibilité à des systèmes de protection sociale abordables. Il est utile de rappeler que les mutualités plaident pour la création d'un « statut européen » afin que leur rôle soit reconnu dans l'économie sociale en Europe.

6

Fédéraliser ou Régionaliser les Soins de Santé ?

« A l'heure où nous devrions mettre l'accent sur des politiques publiques efficaces et sur certaines priorités de santé, des moyens importants seront consacrés dans les prochains mois et prochaines années à mettre en œuvre une réforme de l'Etat qui, dans le secteur des soins de santé, engendrera une complexité administrative et institutionnelle supplémentaire »

La question de la régionalisation des soins de santé est un débat récurrent, se plaçant plus souvent sur le terrain sensible des discussions communautaires que dans la perspective de soins de santé plus efficaces et proches du citoyen. Afin d'aborder cette question sous un angle objectif, la régionalisation des soins de santé doit être considérée comme un moyen pour réaliser des objectifs, et non comme un but en soi.

La sixième réforme de l'Etat prévoit le transfert aux Communautés de compétences importantes en matière de santé, pour un montant total de 4,2 milliards € : accueil des personnes âgées, aide aux personnes, santé mentale, revalidation, fixation des normes d'agrément pour les hôpitaux, financement des investissements hospitaliers, prévention et organisation de la première ligne des soins. Les objectifs déclarés de ce transfert de compétences sont d'améliorer l'efficacité de la politique de santé, de répartir les compétences de manière plus homogène et de répondre aux besoins locaux en matière de santé. Ces objectifs seront probablement difficiles à rencontrer. La régionalisation de la politique des personnes âgées et de la santé mentale ne fait qu'intensifier le partage des compétences entre les niveaux de pouvoir. La politique hospitalière reste également une matière entièrement partagée entre le fédéral et le régional. La régionalisation de la prévention et de l'organisation des soins de première ligne ne facilitera pas la mise en place d'une politique de soins cohérente, pourtant nécessaire pour aborder les défis de demain. A l'heure où nous devrions mettre l'accent sur des politiques publiques efficaces et sur certaines priorités de santé, des moyens importants seront consacrés dans les prochains mois et prochaines années à mettre en œuvre une réforme de l'Etat qui, dans le secteur des soins de santé, engendrera une complexité administrative et institutionnelle supplémentaire.

« Des objectifs clairs doivent être déclinés pour chacun des niveaux de pouvoir afin de mesurer l'effet de la régionalisation »

La question de la régionalisation des soins de santé reste néanmoins une question ouverte, en regard de sa complexité et des expériences, montrant des résultats mitigés, qui ont été menées dans d'autres pays. A défaut d'apporter une réponse fermée et donc par nature simpliste, les expériences internationales permettent de tirer un certain nombre d'enseignements pour aborder la réforme de l'Etat, et la perspective de transferts futurs, dans un cadre serein et rationnel :

- la régionalisation des soins de santé n'est pas la panacée, et ne remplace pas la nécessité d'apporter les changements structurels nécessaires ;
- des objectifs clairs doivent être déclinés pour chacun des niveaux de pouvoir afin de mesurer l'effet de la régionalisation et d'éviter de trop grands écarts entre régions en matière de couverture, de prix ou de performance. Le partage de compétences entre plusieurs niveaux de pouvoir nécessite un investissement accru dans la collecte et la gestion des données de santé afin d'assurer la cohérence des politiques de santé et le respect des engagements de chaque région ;
- les mécanismes de répartition financière entre régions doivent être clairs, équilibrés et basés sur des critères objectifs ;
- les autorités régionales doivent disposer des connaissances et des expertises nécessaires pour pouvoir réellement exercer ces nouvelles compétences ;
- des accords clairs doivent être conclus sur les droits sociaux des personnes travaillant et résidant dans des régions différentes.

La sixième réforme de l'Etat prévoit la création d'un « Institut interfédéral » qui sera « destiné à garantir des réponses concertées aux grands défis sur les soins de santé et à définir une vision prospective commune et une politique de soins durables ». Cet Institut servira de lieu permanent et interfédéral de concertation entre nos 9 ministres compétents en matière de santé.

...A suivre.

Conclusions

Les enjeux de notre système de santé exigent plus que des actions d'amélioration à la marge. Dans une série de domaines, des réflexions de fond doivent être menées. Les qualités largement reconnues de notre système de santé ne doivent pas occulter ses faiblesses, même s'il est difficile dans certains cas de les rendre objectives vu l'absence de mesures de performance et de qualité.

Le modèle de soins de demain devra intégrer cette dimension, dans une perspective de soins intégrés et multidisciplinaires franchissant les frontières personnelles et organisationnelles qui caractérisent notre système. Dans ce contexte, il y a lieu de veiller à ce que la liberté de choix et la liberté thérapeutique, chères à notre modèle, ne soient pas utilisées comme des prétextes.

La définition d'une vision globale assortie d'objectifs mesurables et mesurés peut être le point de départ de cette réflexion. La fragmentation croissante des compétences et des processus de décision renforce la nécessité de définir un cadre global et de partager les informations de santé, non seulement pour s'assurer que les moyens publics soient correctement utilisés, mais aussi pour garantir un accès et une qualité des soins équitablement distribués.

Cependant, toute vision doit être supportée par un contexte qui fera contribuer activement l'ensemble des acteurs aux objectifs de santé. Hôpitaux, prestataires, mutualités, firmes pharmaceutiques, administrations, ... doivent être davantage responsabilisés par des incitants aussi bien financiers que non financiers. Les responsables politiques doivent quant à eux s'engager sur des objectifs clairs à évaluer annuellement par les parlements.

Face aux défis à relever et à la sensibilité des actions à entreprendre, la difficulté majeure consistera à mettre l'intérêt général au centre des préoccupations en évitant l'écueil des positions conservatrices et des débats simplificateurs.

« Les Mutualités Libres veulent proposer une vision basée sur la nécessité de garantir la durabilité de notre système de soins de santé. Face aux défis à relever et à la sensibilité des actions à entreprendre, la difficulté majeure consistera à mettre l'intérêt général au centre des préoccupations »

Bibliographie

- [1] B. Adnet, *Les paradoxes des soins de santé en Belgique. Performances, qualité et coût à réconcilier*. FEB/VBO, 2011.
- [2] L. Annemans and B. Van Damme, *La bourse ou la vie ?*, no. 1983. Itinera Institute, 2011.
- [3] R. Busse, M. Blümel, D. Scheller-Kreinsen, and A. Zentner, *Tackling chronic disease in Europe Strategies, interventions and challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
- [4] R. Busse and A. Geissler, *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2011.
- [5] C. Chaix-couturier, I. Durand-zaleski, D. Jolly, and P. Durieux, *Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues*, *Sante*, vol. 12, no. 2, pp. 133-142, 2000.
- [6] K. Chevreur, L. Com-Ruelle, M. Fabienne, and V. Paris, *Le développement des services de soins hospitaliers à domicile*, 2005.
- [7] I. Cleemput and P. Van Wilder, *History of health technology assessment in Belgium*, *International journal of technology assessment in health care*, vol. 25 Suppl 1, pp. 82-87, Jul. 2009.
- [8] Cour des Comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé - audit de suivi*, 2011.
- [9] Cour des Comptes, *La gestion des indemnités de l'assurance maladie-invalidité*, 2011.
- [10] F. Daue, *Mutualiteiten: wat zijn de nieuwe kansen op lange termijn?* Itinera Institute, 2009.
- [11] F. Daue and D. Crainich, *L'avenir des soins de santé : oser le diagnostic et les thérapies*. Itinera Institute, 2008.
- [12] J. De Cock, *Performance du système de soins de santé en Belgique - Premiers pas vers la mesure...*, 2010.
- [13] H. Debruyne and P. Keckley, *2011 Survey of Health Care Consumers in Belgium - key findings, strategic implications*. Deloitte, 2011.
- [14] EHCI, *Euro Health Consumer Index 2009*, 2009.
- [15] European Union Health Policy Forum, *Answer to DG SANCO consultation on chronic diseases*, 2012.
- [16] FOD Sociale Zekerheid, *2012 - Europees jaar van Actief Ouder Worden en Solidariteit tussen de Generaties - Werkprogramma voor België*, 2012.
- [17] Gartner, *eHealth for a Healthier Europe! Opportunities for a better use of healthcare resources*, 2009.
- [18] S. Gerkens and S. Merkur, *Health systems in Transition. Belgium health system review*, vol. 12, no. 5. KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé), 2010.
- [19] T. Gosden et al., *Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review*, *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 6, no. 1, pp. 44-55, 2001.
- [20] S. Gress, A. Focke, F. Hessel, and J. Wasem, *Financial incentives for disease management programmes and integrated care in German social health insurance*, *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, vol. 78, no. 2-3, pp. 295-305, Oct. 2006.
- [21] S. Gress, P. Groenewegen, J. Kersters, B. Braun, and J. Wasem, *Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands*, *Health policy*, vol. 60, no. 3, pp. 235-54, Jun. 2002.
- [22] D. Grijpstra, S. Broek, B.-J. Buiscool, and M. Plooi, *The role of mutual societies in the 21st century*. European Parliament, 2011.
- [23] J. M. Grimshaw et al., *Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions*, *Health Services Research*, pp. 39-42, 2001.
- [24] E. Holtzer, *Zorg voor talent Uitdagingen voor het management*, 2011.
- [25] D. J. Hunter, *The health debate: Policy & Politics in the Twenty-First Century (Policy and Politics in the Twenty-first Century Series)*. Policy Pr, 2008.
- [26] KCE, *Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2001-2025*, 2011.
- [27] KCE, *Het Belgische Gezondheidssysteem in 2010*, 2010.
- [28] KCE, *Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen*, 2010.
- [29] KCE, *Le système du prix de référence et les différences socio-économiques dans l'utilisation des médicaments moins onéreux*, 2010.
- [30] KCE, *Rapport annuel 2010*, 2010.
- [31] J. Le Grand, *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton University press, 2007.
- [32] M. Lisac, L. Reimers, K.-D. Henke, and S. Schlette, *Access and choice-competition under the roof of solidarity in German health care: an analysis of health policy reforms since 2004*, *Health economics, policy, and law*, vol. 5, no. 1, pp. 31-52, Jan. 2010.
- [33] E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, and J. Kutzin, *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2002.
- [34] E. Mossialos, M. Mrazek, and T. Walley, *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- [35] W. Nonneman and E. van Doorslaer, *The role of the sickness funds in the Belgian health care market*, *Social science & medicine (1982)*, vol. 39, no. 10, pp. 1483-1495, Nov. 1994.
- [36] P. Palsterman, *"Défédéraliser la sécurité sociale ?"* *Courrier hebdomadaire du CRISP (La Revue Nouvelle)*, pp. 82-96, 2005.
- [37] G. Quaden, J. Verschooten, G. De Smet, H. Becquart, and M. Weber, *Comité d'Etude sur le Vieillessement - rapport annuel 2011*, 2011.
- [38] G. Rauws, J. Alleman, B. Gombault, H. Lisoir, and E. Hyede, *Inégalités en santé - Recommandations politiques*, 2007.
- [39] R. B. Saltman, V. Bankauskaite, and K. Vrangbaek, *Decentralization in health care - strategies and outcomes*. Open University Press, 2007.
- [40] R. B. Saltman, R. Busse, and J. Figueras, *Social health insurance systems in western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- [41] F. Sassi and J. Hurst, *The prevention of lifestyle-related chronic diseases: an economic framework*, *OECD Health*, 2008.
- [42] E. Schokkaert and C. Van de Voorde, *Health care reform in Belgium*, *Health Economics*, vol. 14, no. 1, p. S25-S39, Sep. 2005.
- [43] P. C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas, and S. Leatherman, *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
- [44] C. Sorenson, M. Drummond, F. B. Kristensen, and R. Busse, *How can the impact of health technology assessments be enhanced ?*, *WHO*, 2008.
- [45] SPF Sécurité Sociale, *Vade Mecum des données financières et statistiques de la protection sociale en Belgique - période 2004-2010*, 2010.
- [46] S. Stock et al., *Financial incentives in the German Statutory Health Insurance: new findings, new questions*, *Health policy*, vol. 96, no. 1, pp. 51-6, Jun. 2010.
- [47] S. Thomson, T. Foubister, J. Figueras, J. Kutzin, G. Permanand, and L. Bryndová, *Addressing financial sustainability in health systems*, 2009.
- [48] S. Thomson, T. Foubister, and E. Mossialos, *Financing health care in the European Union - challenges and policy responses*, 2009.
- [49] B. Van Damme and M. De Vos, *L'or gris. Comment les baby-boomers feront de leurs soins une histoire à succès*. Itinera Institute, 2010.
- [50] WHO, *Adherence to long-term therapies - Evidence for action*, 2003.

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. Les Mutualités Libres se portent garantes d'un service de qualité dans le cadre de l'assurance obligatoire et d'avantages complémentaires adaptés aux exigences et aux besoins de la société actuelle.

