

MÉMORANDUM



À l'occasion des élections parlementaires fédérales
du 13 juin 2010

Avant-propos

Notre système de soins de santé est de qualité, accessible à tous et financièrement relativement abordable. Ces bons résultats ne sont pas liés au hasard. Ils sont le fruit d'efforts conjoints et équilibrés pour un financement solidaire et des moyens financiers suffisants, de l'investissement des partenaires sociaux et des mutualités pour qui le bien-être de tous est la priorité, et du partenariat avec les prestataires de soins.

Mais ce modèle de solidarité est mis sous pression. La MC souhaite préserver ce système accessible, de qualité et financièrement abordable, et même le renforcer en période de crise, en l'adaptant au vieillissement de la population, aux nouvelles technologies médicales, aux nouveaux médicaments ainsi qu'aux besoins de la population.

Ces principes de base sont d'autant plus importants à renforcer que les inégalités en matière de santé au sein de la population belge sont grandes et ont tendance à s'aggraver. Nous plaidons dès lors pour la mise en œuvre d'une politique globale de la santé qui intègre tous les déterminants liés à la santé : les conditions de logement, les conditions de travail, le niveau de revenu, le niveau de formation, la cohésion sociale, etc. Seule une approche transversale peut à termes réduire ces profondes inégalités.

Solidarité, équité, qualité et accessibilité pour tous restent les principes de base auxquels on ne peut toucher.

Jean Hermesse,
Secrétaire général ANMC

Marc Justaert,
Président ANMC

Ne pas toucher à la solidarité, la qualité et l'accessibilité !

Les 5 points-clés du mémorandum sont :

1. L'assurance soins de santé : notre pierre angulaire
2. Garantir l'accessibilité financière aux soins de santé
3. Améliorer la situation des personnes en incapacité de travail
4. Organisation performante de la politique de santé
5. Rôle fort des mutualités

1. L'assurance soins de santé : notre pierre angulaire

a) Un financement stable, suffisant et solidaire

Un financement stable, suffisant et solidaire reste prioritaire pour la MC.

Une norme de croissance annuelle suffisante a permis de couvrir de nouveaux besoins, d'éviter des mesures d'économie réduisant la couverture de l'assurance soins de santé obligatoire, et d'assurer l'équilibre financier du régime.

Une réduction éventuelle de cette norme de croissance ne peut se faire au détriment du patient. Augmenter le ticket modérateur, mettre à charge du patient ou privatiser certains frais de maladie ne sont pas l'expression d'une bonne gestion, mais plutôt des solutions de facilité aux dépens du patient. Il est exclu de « faire payer la crise au patient » !

La MC s'engage en effet pour la santé et le bien-être de tous : personnes malades ou en bonne santé, jeunes ou âgées, riches ou pauvres. Des initiatives basées sur la solidarité sont le plus solide fondement pour atteindre cet objectif.

La MC revendique le maintien d'une norme de croissance suffisante pour garantir à chacun l'accès aux soins de santé. La norme de croissance actuelle ne peut être réduite aux frais du patient. L'attention doit néanmoins être portée à une bonne gestion du budget de l'assurance soins de santé afin d'éviter les dépenses inutiles et superflues.

b) Tendre vers des soins efficaces

Nos moyens étant limités, nous devons les allouer à des initiatives qui génèrent un niveau de qualité maximal.

La MC demande que l'assurance soins de santé solidaire reste financièrement accessible pour tous les assurés. Dans ce cadre, il est essentiel que les choix se fassent en se basant sur des critères d'efficacité ainsi qu'en tenant compte des innovations et du caractère Evidence-Based Medicine (EBM) des soins.

Une modernisation de la nomenclature doit aller dans ce sens. La MC demande de réfléchir à la possibilité de déléguer certaines prestations au personnel soignant qualifié (afin de diminuer la charge de travail des médecins).

2. Garantir l'accessibilité financière des soins de santé

a) Mesures de protection pour les personnes en situations précaires

Quelque 27 % des dépenses de santé totales sont pris en charge par les patients. Les problèmes de santé, les soins et leur remboursement sont concentrés sur une frange relativement petite de la population. Ce groupe est donc particulièrement confronté au paiement des tickets modérateurs et des suppléments. Pour protéger financièrement les personnes en situation précaire, l'assurance soins de santé comporte diverses mesures.

La MC estime qu'il faut tendre à des octrois aussi automatiques et équitables que possible de l'Intervention majorée et du statut OMNIO. De plus, le tiers payant social doit être un droit pour les patients appartenant aux catégories sociales concernées. Il doit également être étendu à toutes les prestations de soins de première ligne.

La MC demande que toutes les personnes dépendantes aient droit à une intervention pour les frais non-médicaux.

Les soins palliatifs doivent être accessibles à tous, et ne doivent pas se limiter aux soins terminaux. Les points importants dans ce contexte sont le financement des soins palliatifs à domicile (e.a. les équipes de soins à domicile) et la formation des personnes concernées.

b) Meilleur accès aux médicaments

La MC revendique le démarrage rapide d'un enregistrement complet et obligatoire de tous les médicaments non-remboursables qui sont prescrits et délivrés. Cet enregistrement doit être suivi d'une analyse pouvant donner lieu à l'examen d'un éventuel remboursement, des conditions de remboursement et, le cas échéant, à l'intégration du ticket modérateur résiduel dans le MAF ou à des moyens de remboursement alternatifs.

c) Plus de sécurité tarifaire dans les hôpitaux

La sécurité tarifaire en chambre commune ou à deux lits est une priorité pour la Mutualité chrétienne (MC). D'année en année, elle propose des améliorations de remboursement, des limitations des suppléments, et plus de transparence. Ces propositions concrètes portent enfin leurs fruits. Aujourd'hui, sur base de ses données MC 2009, la MC peut affirmer que la facture d'hospitalisation pour le patient qui séjourne dans une chambre commune ou à deux lits est sous contrôle. Seule une dizaine d'hôpitaux présentent encore des pratiques problématiques en matière de suppléments d'honoraires. Cette évolution positive en chambre commune ou à deux lits est malheureusement assombrie par l'évolution des suppléments en chambre particulière.

Parallèlement, les frais à charge des patients pour les traitements en ambulatoire sont parfois conséquents. Il est essentiel que chaque patient dispose à temps et en permanence d'informations précises, claires et compréhensibles concernant les frais des soins, quelle que soit la nature de ceux-ci.

La MC revendique un meilleur financement des hôpitaux qui garantissent la sécurité tarifaire dans les chambres doubles et les chambres communes, ainsi qu'un financement correct des implants et du matériel médical. La facturation de ces prestations au patient doit être strictement restreinte.

La MC demande, pour les chambres particulières, l'introduction d'un plafond légal limité à 100 % des suppléments d'honoraires ; alternativement, des incitants financiers doivent être prévus afin d'atteindre le même résultat.

La MC revendique en outre que le secteur ambulatoire se voit obligé de publier clairement, précisément et à un endroit visible les tarifs, ainsi que de signaler la différence avec les tarifs conventionnés.

3. Améliorer la situation des personnes en incapacité de travail

La situation financière des personnes en incapacité de travail de longue durée est loin d'être brillante. De manière générale, l'évolution des indemnités d'invalidité n'a pas suivi l'évolution des salaires. Les indemnités d'invalidité se sont donc progressivement érodées. Elles ne représentent plus, aujourd'hui, que 32 % du salaire moyen, alors qu'elles représentaient encore 44 % en 1980. Ce décalage est encore plus manifeste pour les personnes qui doivent vivre d'une indemnité minimale, en particulier les chefs de ménage. Aux dépenses quotidiennes s'ajoutent les dépenses de santé qui pèsent très lourd dans le budget d'une personne en invalidité, d'autant plus si celle-ci a une ou plusieurs personnes à sa charge. L'amélioration de la situation financière des personnes en invalidité est donc une priorité !

La MC revendique une majoration des indemnités minimales en cas d'incapacité de travail et d'invalidité pour atteindre le niveau de sécurité d'existence et le respect de la liaison annuelle des indemnités d'invalidité au bien-être. Dans ce cadre, nous proposons d'augmenter l'indemnité minimale des chefs de ménage en invalidité de manière à atteindre le seuil de pauvreté, de prévoir pour les personnes en invalidité un pécule de vacances suffisant, une majoration des allocations familiales complémentaires jusqu'à 100 euros par enfant et par mois, ainsi que d'octroyer au moins une indemnité de chef de ménage si les deux partenaires sont en invalidité.

La MC demande également de garantir une réintégration socioprofessionnelle des personnes en incapacité de travail et en invalidité qui disposent, malgré leur état de santé, de suffisamment de possibilités, en leur donnant accès à la réorientation, la formation et l'encadrement lors de la réinsertion sur le marché du travail ; ce en veillant à ce que ces personnes ne soient pas sanctionnées financièrement.

4. Organisation performante de la politique des soins de santé

a) Pas de privatisation

Le secteur commercial montre de plus en plus d'intérêt pour les soins de santé. Son objectif est souvent de réaliser le plus grand profit possible. Du fait du manque de moyens publics, de plus en plus de voix s'expriment pour collaborer davantage avec le secteur privé, afin d'exploiter des nouvelles sources de financement. Cette évolution comporte des grands dangers.

La MC exige que l'on impose des conditions strictes à ceux qui offrent des activités liées aux soins de santé (entre autres des normes de qualité, l'information des utilisateurs, la limitation du but lucratif). Elle revendique l'imposition de règles d'intérêt général aux acteurs commerciaux dans les soins de santé (gestion financière, utilisation des bénéfices, interdiction ou limitation de la sélection des risques, politique de prix).

La publicité et la publicité implicite par les firmes pharmaceutiques à destination du grand public pour les médicaments délivrés sur prescription obligatoire doit rester interdite et mieux suivie.

La MC demande que la pratique des cliniques privées soit limitée en dehors de l'hôpital, où des médecins développent une pratique privée lucrative et ne participent plus à l'encadrement de l'hôpital.

b) Importance des soins de première ligne

Le nombre de dossiers médicaux globaux (DMG) continue à croître, de plus de 7 % en 5 ans. Le 1^{er} janvier 2011, 2,9 millions de membres MC possédaient un DMG. Cela représente 66 % du total des membres.

Et la MC continue à promouvoir le DMG, qui renforce en effet le rôle du médecin en tant que coordinateur central et incite les personnes à opter pour un médecin fixe. Avoir un DMG correctement tenu à jour et passer chez son généraliste avant d'aller chez le spécialiste est la démarche correcte à adopter.

La MC revendique que l'information pertinente reprise dans le DMG soit à l'avenir disponible pour les autres prestataires de soins traitant le patient. Par ailleurs, il convient de mettre en place le dossier médical électronique, lequel favorisera nettement l'enregistrement et l'échange de données.

La MC demande une meilleure collaboration et coordination entre la première et la deuxième ligne concernant les permanences médicales et les urgences.

c) Redéfinition de la place et du financement de l'hôpital

Dans le cadre du système hospitalier, en Belgique et ailleurs, on observe ces dernières années les tendances suivantes : la réduction des durées de séjours, la substitution des hospitalisations classiques par les hospitalisations de jours et la réduction du nombre de lits justifiés et donc de l'offre nécessaire en lits aigus.

A moyen terme, ces tendances auront un impact sur le développement des lits de revalidation, la croissance des traitements coûteux et complexes en soins ambulatoires depuis l'hôpital et le développement de cliniques spécialisées. Le séjour classique en hôpital aigu n'est plus le seul lieu de soins. Des adaptations sont donc nécessaires pour intégrer ces évolutions dans un concept moderne intéressant tant pour les patients que pour le personnel soignant et l'assurance soins de santé obligatoire.

Parallèlement, nous proposons de revoir le mode actuel de financement des hôpitaux qui pousse à l'activité et à l'inflation des admissions et des actes. Il faut arrêter cette course à la croissance continue des activités pour s'assurer une part égale ou supérieure du budget des moyens financiers.

Dès lors, la MC demande

- *la conversion des services aigus en services de revalidation, de convalescence ; ce qui permettra un meilleur suivi via des soins plus appropriés, moins de réadmissions et plus de proximité ;*
- *une meilleure couverture des coûts à charge du patient en dehors de l'hôpital.*
- *une adaptation du mode actuel de financement des hôpitaux afin d'éviter la surconsommation, d'assurer que l'offre réponde aux besoins et de renforcer le développement performant des soins extra-muraux dans l'intérêt du patient.*

d) Évaluation de la qualité

La MC a analysé différents processus de soins, dont récemment les séjours hospitaliers pour prothèse totale de hanche. La variabilité des pratiques et des résultats des soins est systématiquement impressionnante.

La MC participe activement à la promotion des contrats 'Qualité-Sécurité' mis en place par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

La MC a joué un rôle pionnier dans le développement de systèmes d'accréditation hospitaliers et continue à soutenir les initiatives qui vont dans ce sens.

Dès lors, la MC demande que :

- *Les variations des pratiques et des résultats des soins soient approchées en collaboration avec les institutions et les praticiens concernés pour aboutir à une transparence des données qui ne provoque pas de dérives purement commerciales ;*
- *Les moyens développés par le SPF Santé publique pour la qualité et la sécurité soient augmentés et gérés avec l'ensemble des partenaires du secteur ;*
- *Un système d'accréditation des institutions de soins soit mis en place avec des incitants efficaces pour une participation proactive à ce système ;*
- *Les initiatives proposées rencontrent des objectifs de prise en charge qualitative du patient, basés sur des données scientifiquement démontrées (Evidence- Based Medicine) ou communément admises (e.a. dans le cadre d'examens médicaux complémentaires, de la consommation médicamenteuse dans le secteur des maisons de repos, etc.).*

e) **Harmonisation de l'offre de soins par rapport au vieillissement**

Ces dernières décennies, la structure de la population a profondément changé. Une espérance de vie en hausse et une baisse des naissances ont vu la part des personnes âgées au sein de la population augmenter. Ceci a un impact certain sur les dépenses de soins de santé. Dans les prochaines années, le vieillissement de la population va s'accroître. Ceci engendrera une demande croissante des soins de longue durée.

La MC revendique des moyens suffisants pour une offre de soins, suffisante, différenciée, abordable financièrement et qualitative pour les personnes âgées, offrant une marge pour la consolidation de projets innovants, intéressants et efficaces. L'attention doit se porter prioritairement sur les initiatives soutenant les soins à domicile en mettant l'accent sur la collaboration et la concertation entre les acteurs de soins, les soins aux personnes démentes et les soins palliatifs.

La MC revendique une amélioration du revenu des personnes âgées nécessitant des soins.

f) **Soins de santé mentale**

De multiples études témoignent de l'importance croissante des problèmes psychiques dans notre société, pas seulement chez les adultes, mais également chez les enfants, les jeunes et les personnes âgées. Une étude européenne révèle ainsi que 25 % des Belges seront au cours de leur vie confrontés à des problèmes psychiques. Environ 14 % de la population a déjà souffert de dépression. En outre, 3 belges sur 10 ont un risque accru de souffrir de stress, ce qui peut conduire à un burn out. La Belgique possède d'ailleurs le taux de suicide le plus élevé d'Europe.

Les problèmes psychiques ont un impact négatif majeur dans divers domaines de la vie quotidienne. Les troubles psychiques sont dès à présent la principale cause d'invalidité.

La MC revendique un renforcement de l'offre de soins, via la réalisation concrètes de circuits et de réseaux de soins, avec une attention prioritaire pour que les soins se fassent dans l'environnement des personnes souffrant de problèmes psychiques ; ce pas seulement par des équipes spécialisées, mais également par tous les prestataires de soins. Dans ce cadre, des éléments essentiels sont la mise en place de structures d'accueil de crise et d'urgence, la collaboration et la concertation entre les acteurs de soins spécialisés et non spécialisés, ainsi que les initiatives de soutien à l'intégration.

La MC demande le remboursement de la psychothérapie ainsi qu'une meilleure protection du titre de psychothérapeute.

g) Davantage de transparence dans la politique des médicaments

En 2010, l'assurance soins de santé a consacré plus de 4,1 milliards d'euros au remboursement des médicaments. En raison de l'évolution technologique rapide, il faudra réserver les moyens financiers à des médicaments efficaces pour un prix équitable.

La MC revendique une fixation des prix des médicaments plus transparente et le lancement d'une étude scientifique approfondie pour vérifier l'ensemble du «paquet» de médicaments à rembourser actuellement et à l'avenir.

De manière générale, dans la mesure où l'offre de médicaments influence leur consommation, la MC demande que l'offre soit davantage régulée. Les prescripteurs doivent être davantage responsabilisés et les prescriptions inutiles ou superflues sanctionnées.

h) Prise en charge proactive des soins dentaires

11 % de la population de plus de 15 ans n'ont plus leur propre dentition, 35 % déclarent porter une prothèse. Les gens semblent aller de moins en moins vite chez le dentiste, aussi bien pour les soins préventifs que curatifs.

Dans le cadre des soins préventifs, la gratuité des soins pour les moins de 18 ans est une avancée sociale significative. On observe cependant l'existence d'un gradient socio-économique. Ainsi, malgré la gratuité des soins préventifs, les jeunes issus des milieux moins favorisés ont un risque plus important de ne pas se rendre chez leur dentiste.

On constate aussi que les soins orthodontiques sont financièrement peu accessibles. Une étude du KCE (2008) met en effet en évidence que le coût moyen à charge du patient pour l'orthodontie après intervention de l'INAMI et de l'assurance complémentaire est de 1000 euros.

La MC demande de continuer à promouvoir la prévention dès le plus jeune âge, en menant des campagnes de prévention (à l'école, à la TV, ...), où le brossage des dents, l'attention portée à l'alimentation et la consultation préventive du dentiste sont mis en avant. Une attention particulière doit être portée aux enfants et jeunes issus des ménages les moins favorisés, dans la mesure où les inégalités sociales en matière d'utilisation des soins dentaires préventifs (malgré la gratuité des soins pour les – de 18 ans) sont importantes.

La MC revendique un meilleur remboursement de l'orthodontie pour les dentistes-orthodontistes qui respectent les tarifs de la convention et ce pour les cas les plus sérieux.

i) Une Europe sociale

L'Union européenne a un impact de plus en plus grand sur les soins de santé des États membres. En outre, plusieurs arrêts de la Cour de Justice ont eu pour conséquence de rendre plus floues les limites des soins de santé. Cette évolution offre des avantages, mais présente aussi des dangers.

La mobilité accrue du patient en Europe offre à la MC la chance d'évoquer ses valeurs mutualistes dans ses contacts avec ses partenaires européens. Dans ce contexte, une plus grande mobilité des patients ne doit pas mener à un système de soins à deux vitesses, à savoir l'un très performant pour les étrangers riches et l'autre basique pour la population belge. L'Union européenne doit considérer les soins de santé comme un «service d'intérêt général». La réglementation de la concurrence pourra ainsi être adaptée et des normes européennes pourront être mises en place pour assurer l'équilibre, l'accessibilité et la qualité des soins, ce dans le respect de la diversité des États membres.

5. Un rôle fort des mutualités

a) Reconnaissance de la mission d'intérêt général

Notre système d'assurance soins de santé obligatoire basé sur la solidarité est un modèle que le monde nous envie. Cette mission sociale ne peut pas être transférée à des entreprises visant le profit, mais doit rester le terrain exclusif des mutualités assurant cette mission de service public sans but lucratif. La recherche de profit en assurance soins de santé conduit inexorablement à une sélection des risques et au transfert du coût des soins vers les patients.

La MC exige qu'il soit mentionné dans la législation belge que les activités que les mutualités exercent dans le cadre de l'exécution de la loi sur les mutualités sont d'intérêt général. Cette base légale doit offrir la garantie (européenne) que les mutualités puissent continuer à remplir et à étendre leur tâche d'intérêt général.

b) Incitants pour les contrôles

Depuis 1995, les mutualités sont financièrement responsables des résultats qui ressortent de la clôture annuelle des comptes. Elles doivent contrôler si les règles de l'assurance soins de santé sont respectées. Mais leurs moyens d'action sont fort limités lorsque ce n'est pas le cas.

La MC exige que les autorités octroient des incitants positifs aux mutualités qui gèrent l'assurance soins de santé obligatoire en bon père de famille. Le système de responsabilité financière doit être lié à de meilleurs instruments de gestion pour les mutualités.

c) Développer l'aide, l'information, l'accompagnement et l'assistance

Outre la gestion et l'exécution de l'assurance soins de santé obligatoire et l'organisation d'avantages et services complémentaires, les mutualités ont comme troisième mission (légale) d'aider, informer, accompagner et assister leurs membres en vue de garantir leur bien-être physique et psychique. Ces différentes missions font de la MC un acteur central dans l'information sur la qualité des soins. Elles lui confèrent aussi un rôle important dans la coordination des prestations de soins ainsi que dans l'organisation d'une stratégie intégrée concernant des pathologies bien déterminées. La MC est dès lors dans ce cadre un acteur incontournable dans l'élaboration d'une 'fonction guichet unique' pour toutes les formalités touchant à la maladie et la santé.

La MC demande que les autorités mettent l'accent sur cet enjeu et le valorise en conséquence auprès des mutualités. Dans ce cadre, les mutualités doivent pouvoir disposer de davantage de moyens.