



LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?



François Daue
Senior Fellow

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	3
2	LE DIAGNOSTIC	4
2.1	LES FONCTIONS LEGALES DES MUTUALITES 6	
2.1.1	Les trois fonctions de base	4
2.1.2	Les nouvelles fonctions	4
2.2	LES DEFIS DU 21IEME SIECLE	5
2.2.1	L'évolution de la demande et la pression croissante sur les coûts	5
2.2.2	L'évolution des technologies de l'information et de la communication	6
2.2.3	Les directives européennes	7
2.2.4	L'extension des fonctions	7
2.3	LES QUATRE POINTS DE FORCES	7
2.3.1	Le souci de l'accessibilité	7
2.3.2	La non-sélection des risques	8
2.3.3	La réalisation des deux premières fonctions de base	8
2.3.4	La participation active au modèle de concertation	9
2.4	LES QUATRE POINTS A RENFORCER	9
2.4.1	La couverture de la troisième fonction de base reste très partielle	9
2.4.2	La fonction de cogestion nécessite une recherche plus active de l'efficience	10
2.4.3	La fonction de responsabilisation individuelle devrait être élargie	11
2.4.4	Les flux papier restent trop importants	11
3	LES QUATRE OPPORTUNITES A SAISIR	12
3.1	DEVELOPPER LA TROISIEME FONCTION EN PARTICIPANT ACTIVEMENT AU CHOIX ET A LA GUIDANCE DES SERVICES	12



ITINERA INSTITUTE MEMO

2009/19

03 | 12 | 2009

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

3.1.1	L'évolution progressive vers la troisième fonction	12
3.1.2	Devenir l'acteur de référence dans l'information aux citoyen-patients	12
3.1.3	Promouvoir l'orientation qualité et résultats	13
3.1.4	S'inscrire dans une démarche de complémentarité	14
3.2	AMELIORER L'EFFICIENCE DANS LE CADRE DE LA COGESTION PAR LA GESTION DES DONNEES EN PARTENARIAT ET TRANSPARENCE	16
3.2.1	Exploiter au maximum les données disponibles	16
3.2.2	Développer une démarche de réflexion dans un souci de partenariat et de transparence	17
3.2.3	Mieux appréhender les dépenses privées	17
3.2.4	Evoluer vers de nouveaux paradigmes	18
3.3	RENFORCER LA RESPONSABILITE FINANCIERE	18
3.3.1	La gestion de groupes-cibles de maladies ou de patients	19
3.3.2	La promotion active d'une approche intégrée et coordonnée incluant la prévention	20
3.3.3	La révision de la nomenclature	21
3.3.4	Les incitants	21
3.4	S'INSCRIRE DE MANIERE POSITIVE DANS LE MOUVEMENT E-HEALTH	22
3.4.1	Le développement de grands chantiers informatiques en interne	22
3.4.2	Le soutien de tous les chantiers importants en externe	23
4	L'ACTIVATION DU CHANGEMENT	24
4.1	CIBLER ET CHOISIR	24
4.2	DEVELOPPER DES PARTENARIATS	24
4.3	OSER UN PLAN STRATEGIQUE DE RECONVERSION AMBITIEUX EN INTERNE	25
4.4	PROMOUVOIR UNE REFLEXION A MOYEN ET LONG TERME SUR LE PLAN FEDERAL ET REGIONAL	25
4.5	ADOPTER UNE APPROCHE PROACTIVE SUR LE PLAN EUROPEEN	25
5	CONCLUSIONS	26

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

1 INTRODUCTION

Dans le prolongement de l'ouvrage publié en décembre sur l'Avenir des soins de Santé (1), il a semblé important de réfléchir sur les nouveaux rôles que peuvent jouer les différents acteurs pour apporter des solutions concrètes aux défis de ce 21^{ème} siècle.

Parmi ces acteurs, le choix s'est porté pour cette note sur les mutualités pour deux raisons essentielles : la première est qu'elles occupent une place centrale dans notre pays couvrant à la fois l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire, la seconde c'est qu'à l'instar du secteur bancaire il y a quelques années l'informatisation de tous les flux papiers va les amener à réorienter les fonctions et à redéfinir leur positionnement stratégique.

L'exercice est difficile car très peu d'articles abordent ce sujet. C'est la raison pour laquelle j'ai entrepris -avant d'écrire cette note- une réflexion avec l'Association Internationale de la Mutualité (AIM) sur le rôle possible des mutualités. Nous avons pris comme point de départ de notre réflexion les conclusions de notre étude sur les points à renforcer dans notre système de santé.

L'étude met clairement en évidence que la viabilité à moyen et long terme de notre système de Santé est menacée par l'absence ou l'insuffisance de fonctions-clés comme :

- L'information des citoyens-patients et l'orientation qualité et résultats
- La coordination des prestataires de soins
- L'organisation d'actions ciblées pour améliorer la prévention
- La définition d'une vision et d'un plan d'actions à moyen et long terme

Ces fonctions-clés pour notre système de Santé sont aujourd'hui absentes ou très partiellement assumées en Belgique.

Dans d'autres pays ces fonctions sont aujourd'hui remplies par des organisations qui ne contentent pas d'assurer le remboursement des soins de santé mais jouent également un rôle de coordination, de prévention et d'information. De nombreux exemples existent en Europe et dans le reste du monde.

Jusqu'à présent, en Belgique, ces nouvelles fonctions ne sont attribuées officiellement à aucun acteur du système de Santé. Les incitants et les responsabilités inhérentes à ces fonctions ne sont pas développés.

Cette réflexion nous a permis d'identifier des « best practices » à l'étranger qu'il convient bien entendu d'adapter puisque les fonctions et les rôles attribués légalement aux mutualités dans notre pays sont tout à fait spécifiques. Les solutions que l'on peut imaginer doivent donc faire preuve d'originalité pour s'adapter aux spécificités et aux richesses de notre Système de Santé.

L'objectif de cette note est de lancer des pistes de réflexions sur l'évolution possible du rôle des mutualités pour faire face aux défis très importants de ce siècle en s'inscrivant dans la perspective d'un système de santé durable qui se définit comme « un système qui garantit des soins de qualité accessible à tous tout en étant capable de maîtriser les coûts ».

Il ne s'agit pas ici de s'interroger sur la pertinence du système mise en place qui constitue un des piliers de notre système de santé et qui repose sur des bases légales très élaborées. Il s'agit plutôt de réfléchir sur les meilleures stratégies à adopter en fonction de la base légale et des enjeux de ce 21^{ème} siècle.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Deux remarques préliminaires importantes :

1. La réflexion proposée ici porte uniquement sur l'évolution possible du rôle des mutualités et pas sur l'évolution du rôle des assureurs privés. La réflexion sur l'évolution possible du rôle des assureurs privés devrait faire l'objet d'une note ultérieure. Seule l'évolution souhaitable de la relation entre les mutualités et les assureurs privés est abordée dans le point 3.2.

2. L'objectif de la présente note est de réaliser une revue exhaustive de tous les rôles, de toutes les fonctions nouvelles dans lesquelles les mutualités pourraient s'inscrire. Il va de soi que celles-ci ne pourront simultanément couvrir tous ces rôles. Celles-ci devront donc exprimer très clairement leurs préférences et choisir les nouveaux rôles qu'elles souhaitent exercer. Les fonctions qui ne seront pas couvertes ou partiellement couvertes seulement par les mutualités devront être clairement attribuées à d'autres organisations. Dans tous les autres pays où les mutualités ne sont pas aussi dominantes, des alternatives existent. Si les mutualités n'acceptaient toutefois aucun nouveau rôle pour le futur, leur raison d'être risquerait – à terme – d'être sérieusement menacée.

2 LE DIAGNOSTIC

2.1 Les fonctions légales des mutualités

2.1.1 Les trois fonctions de base

La Loi du 6.08.1990 (2) définit les mutualités comme des associations de personnes physiques qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social.

Elle attribue aux mutualités trois fonctions essentielles :

- a) la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, réglée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994
- b) l'intervention financière pour leurs membres et les personnes à leur charge, dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ou l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou lorsque se produit une situation en vertu de laquelle le bien-être physique, psychique ou social peut être encouragé (loi du 22.12.2003)
- c) l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social, entre autre par l'accomplissement des missions visées sous a) et b).

2.1.2 Les nouvelles fonctions

La loi de 1994 (3) confère en outre aux mutualités une nouvelle responsabilité très importante de cogestion de l'assurance maladie obligatoire. La mission première des mutualités dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire dépasse ainsi largement la simple mission d'exécution. Par leur présence au sein des organes de l'Inami, la loi de 1994 donne aux mutualités une responsabilité cruciale en matière de cogestion de l'assurance maladie obligatoire.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Cette mission comprend entre autres :

- La répartition du budget de l'assurance-maladie
- Les accords tarifaires et les conventions avec les prestataires de soins
- L'adaptation de la nomenclature de soins de santé

De manière plus large, une responsabilité lui est attribuée en matière d'efficacité dans la gestion des dépenses.

Ainsi notamment au travers de la Commission de contrôle budgétaire qui propose au Comité d'assurance, au Conseil général et aux Ministres des Affaires sociales et du Budget, au plus tard le 15 septembre de l'année précédant l'exercice budgétaire, des mesures d'économie à appliquer dans certains secteurs en vue de fixer l'objectif budgétaire global en respectant la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé.

Depuis 1995, le principe de la responsabilité financière est également d'application: les moyens financiers de l'assurance maladie en Belgique sont partiellement partagés entre les mutualités sur la base d'une clé de répartition normative qui tient compte des frais de maladie attendus et acceptables de leurs membres. De ce fait, les mutualités elles-mêmes sont en partie financièrement responsables lorsque les dépenses médicales de leurs membres s'avèrent plus élevées que le budget qui leur a été attribué. Des systèmes similaires de financement ont également été introduits dans d'autres pays européens durant la même période.

Jusque dans les années nonante, le financement des mutuelles consistait simplement en un simple remboursement des dépenses médicales de leurs adhérents. Afin de les inciter à contenir les coûts liés aux soins de santé, le principe de la responsabilisation financière a été progressivement introduit afin d'instaurer un paiement mixte prospectif/rétrospectif. Depuis 1995, chaque mutuelle se voit attribuer a priori un montant théorique qui doit correspondre à la dépense attendue de ses membres. Le financement effectivement attribué aux mutuelles est alors calculé en effectuant une moyenne pondérée de ce montant théorique et des dépenses réellement encourues suivant la clé de répartition 40%-60%. Chaque mutuelle est financièrement responsable de 25% de la différence (surplus ou déficit) entre le financement qui lui est attribué et ses dépenses réellement encourues. Enfin, pour éviter que les mutuelles ne soient pénalisées par une sous estimation de leur budget global, le déficit dont elles sont responsables est plafonné à 2% de leur budget global.

2.2 Les défis du 21^{ème} siècle

Quatre défis majeurs se présentent aux mutualités à l'aube de ce nouveau siècle :

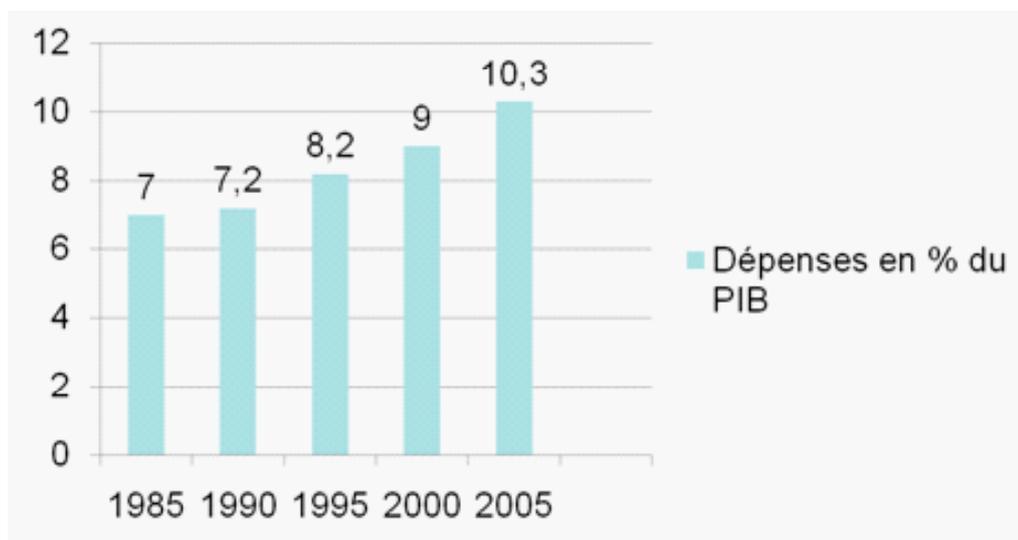
2.2.1 L'évolution de la demande et la pression croissante sur les coûts

Tous les systèmes de santé sont menacés par des tendances très fortes : attentes croissantes des citoyens-patients, développement des maladies chroniques, progression des technologies et des traitements, vieillissement de la population ... Toutes les études convergent pour indiquer que tous ces facteurs conjugués vont exercer une très forte pression sur les coûts.

Le défi majeur pour les mutualités sera de contribuer à assurer la durabilité de notre système de santé. Ce système de santé durable se définit comme « un système de santé capable de maîtriser les coûts et de permettre un accès équitable à des soins de qualité ». Ce défi majeur n'est pas spécifique à la Belgique mais concerne les systèmes de santé de tous les pays industrialisés dans le monde.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Dans le cadre de leurs responsabilités étendues à la cogestion il s'agit d'un défi majeur dans un contexte où la quote-part à charge du patient n'a cessé d'augmenter depuis 15 ans (4):



Cela pose des questions essentielles telles que :

- Comment contribuer à l'efficacité maximale des moyens investis dans le secteur et mettre en place des politiques nouvelles pour assurer cette efficacité dans tous les secteurs ?
- Comment continuer à garantir dans ce contexte la viabilité financière des assurances complémentaires basées sur la solidarité ?

2.2.2 L'évolution des technologies de l'information et de la communication

A l'instar du secteur bancaire dans la décennie précédente, les mutualités vont vivre une mutation très importante : la disparition du papier au profit de l'échange et de la communication électronique.

Le défi majeur consiste à généraliser la disparition du flux papier à l'ensemble des fonctions couvertes par les mutualités. Cela va générer :

- Pour les membres, comme pour le secteur bancaire, la mise en place de guichets électroniques accessibles aux différents sièges par les patients eux-mêmes et la généralisation de ce qu'on peut appeler par analogie à l'e-banking l'e-mut.
- Pour les différents prestataires de soins (médecins, pharmaciens, infirmiers ...) la mutation vers l'utilisation de cartes électroniques pour assurer automatiquement l'échange des données à partir du cabinet du prestataire, la facturation électronique, la prescription électronique et le dossier médical informatisé ...

Cette évolution majeure va nécessiter une réflexion fondamentale sur l'évolution des fonctions comme cela a été le cas dans les banques. Les banques ont dû assurer la reconversion du réseau de guichets - les mutualités vont devoir assurer la reconversion du personnel affecté à ces tâches.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Deux options s'ouvrent, en effet dans pareil cas, soit réduire le nombre de personnel employés en ne procédant pas au remplacement du personnel qui part à la retraite ou en procédant à des licenciements, soit en mettant en place une véritable politique de reconversion pour mieux couvrir toutes les fonctions et les exigences nouvelles.

2.2.3 Les directives européennes

La Commission Européenne a pendant très longtemps été frileuse pour intervenir dans le secteur de soins de santé, se limitant le plus souvent à intervenir dans des secteurs comme le médicament mais ne légiférant pas sur le cœur - l'organisation elle-même du secteur de la santé.

L'influence de l'Europe sur les soins de santé est aujourd'hui de plus en plus présente et se renforcera – que l'on considère cela comme une évolution positive ou non. On peut citer ainsi:

- L'adoption en avril 2009 par le Parlement européen en première lecture d'une proposition de directive relative aux soins transfrontaliers qui prévoit la possibilité pour le patient de se faire soigner à l'étranger
- Les directives services et assurances qui ont une influence directe sur les modalités d'organisation possibles des assurances complémentaires
- De manière plus générale, la mobilité de plus en plus grande des professionnels de santé dans un contexte de raréfaction des ressources et les coopérations organisées entre les structures de santé comme les hôpitaux

2.2.4 L'extension des fonctions

Comme nous l'avons décrit dans le point 2.1., les fonctions attribuées aux mutualités n'ont cessé de s'étendre dans notre pays.

Il s'agit tout à la fois d'une grande difficulté mais aussi d'un véritable atout. Grande difficulté parce-que la couverture simultanée des fonctions de base et des fonctions nouvelles constitue une lourde responsabilité sociétale et requiert un engagement actif pour une gestion efficiente des ressources disponibles. Véritable atout car, au moment où l'informatisation des flux pourrait faire songer à la nécessité de réductions drastiques de personnel, les nouvelles fonctions permettent d'assurer une reconversion progressive de l'ensemble de l'organisation.

2.3 Les quatre points de forces

2.3.1 Le souci de l'accessibilité

L'accessibilité de notre système de santé est une qualité reconnue de tous et confirmée par les récentes études comparatives internationales. Cette accessibilité se situe à deux niveaux :

- La rapidité d'accès aux soins tant hospitaliers qu'ambulatoires
 - L'accessibilité pour tous les citoyens quel que soit le niveau de revenu
-

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Les mutualités ont joué et continuent à jouer un rôle actif pour défendre ce principe. Cela se matérialise notamment dans les dernières années par les statuts spécifiques développés comme le statut omnio ou le maximum à facturer. Il s'agit d'un véritable acquis pour notre pays dont un large crédit revient sans aucun doute à l'engagement depuis des dizaines d'années des mutualités dans ce sens. On peut toutefois se demander si ce principe n'a pas parfois été poussé trop loin en générant une offre et une demande excessive par rapport aux besoins réels. Cela n'en reste pas moins un acquis important de notre système de santé qu'il conviendra de préserver tout en limitant les excès.

2.3.2 La non-sélection des risques

Le professeur Wynand Van de Ven dans une étude comparative (5) réalisée sur cinq pays montre que le problème de sélection n'existe pas en Belgique, comme le montre le tableau suivant :

	Belgium	Germany	Israel	Netherlands	Switzerland
Financial risk	7.5%	100%	94%	36%	100*%
Number of sickness funds	6	300	4	25	98
Selection?	NO	YES	NO	Increasing	YES

Cette pratique d'ajustement aux risques se développe ou a tendance à se développer lorsque les mutualités ont un intérêt à sélectionner les patients les plus profitables parce-que les mécanismes d'ajustement aux risques mis en place sont imparfaits.

La motivation d'agir de la sorte réside dans le fait que les 5 % de patients avec les dépenses les plus élevées dans une année auront dans les quatre années qui suivent des dépenses deux fois supérieures aux dépenses de la moyenne de leur groupe. Le mode de financement actuel et la culture d'entreprise non marchande des mutualités n'incitent pas aujourd'hui à ce type de pratique.

Il faut toutefois relativiser ces bons résultats par le fait que le niveau de responsabilisation reste faible aujourd'hui dans notre pays par rapport au niveau de responsabilisation confié à d'autres pays. Le principe de sélection va en effet de pair avec un niveau de responsabilisation croissant qui incite à sélectionner les cas les moins coûteux.

2.3.3 La réalisation des deux premières fonctions de base

Les mutualités mènent à bien et ce de longue date les deux fonctions de base qui leur sont dévolues :

a) la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, réglée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994

b) l'intervention financière pour leurs membres et les personnes à leur charge, dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ou l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

2.3.4 La participation active au modèle de concertation

Notre système de santé est basé sur une concertation permanente entre les différents acteurs du système de santé. Les mutualités s'inscrivent dans cette concertation permanente avec le souci de s'inscrire dans le cadre du budget disponible.

L'engagement des milliers de volontaires des mutualités renforce cette implication et cette volonté d'agir dans un esprit et une culture non marchande.

Nous verrons toutefois dans le point suivant que l'implication actuelle dans le modèle de concertation présente également ses limites et constitue un point de faiblesse.

2.4 Les quatre points à renforcer

2.4.1 La couverture de la troisième fonction de base reste très partielle

Si l'on a souligné comme point fort la réalisation des deux premières fonctions de base, la troisième fonction n'est que partiellement couverte, la fonction visant à garantir **l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social.**

Des efforts importants ont pourtant été entrepris au niveau des mutualités mais ceux-ci se concentrent essentiellement aujourd'hui dans les domaines suivants :

- Information sur la réglementation en vigueur
- Information et promotion des statuts spéciaux
- Défense des membres et de leurs intérêts
- Service social et des pensions
- Promotion de la santé par le biais de dépliants, de brochures, de séances d'informations
- Informations financières par exemple sur les suppléments pratiqués dans les hôpitaux, les coûts moyens d'une hospitalisation ou les coûts de médicaments
- Différenciation marketing par l'intervention lors des naissances, l'intervention dans les moyens de contraception

Les stratégies, les informations et les conseils prodigués aujourd'hui restent très limités par rapport aux trois dimensions presque totalement absentes dans notre pays:

- L'information des citoyens-patients sur la qualité des soins et les pratiques :
 - o quel est l'hôpital le plus adapté à ma pathologie ?
 - o quel hôpital dispose de la plus grande expérience ?
 - o où les risques d'infections nosocomiales sont-ils les plus élevés ?
 - o le médecin que j'envisage de consulter a-t-il déjà fait l'objet de condamnations?
 - o la qualité du bloc opératoire où l'on va m'opérer est-elle régulièrement contrôlée ?
- La coordination des soins
 - o Quel est le parcours de soins le plus adapté à ma pathologie ?
 - o Comment bénéficier d'une coordination entre les différents prestataires de soins ?

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

- L'organisation d'une stratégie globale de réponse à une pathologie ou à un groupe de pathologies particulier
 - o Comment cibler et développer la prévention sur les personnes ou les groupes de personnes les plus à risques ?
 - o Quelles sont les réponses les plus adaptées et qui va informer le citoyen-patient ? Via quel canal ?
 - o Comment fournir au mieux guidance et assistance dans ces groupes ciblés ?
 - o Quels services faut-il développer et comment optimiser leur organisation ?

Autant de questions et de préoccupation qui restent aujourd'hui sans réponse ou qui ne sont – à tout le moins - que partiellement couvertes. Pourtant des réponses existent si l'on examine les expériences les plus intéressantes menées à l'étranger. Celles-ci seront développées dans le point 3.

2.4.2 La fonction de cogestion nécessite une recherche plus active de l'efficience

Le modèle de concertation actuel présente de nombreux avantages qui ont été soulignés dans les points forts mais en matière de recherche de l'efficience il possède des lacunes importantes.

On peut en effet observer depuis de nombreuses années que la recherche de l'efficience ou des économies s'est surtout concentrée sur certains domaines traditionnels comme les médicaments, l'imagerie médicale ou la biologie clinique. En outre cette démarche s'est essentiellement centrée sur la réduction de coûts. Sans nier l'importance de ces secteurs, il faut s'interroger sur l'absence de solutions ou de mesures innovantes dans tous les autres domaines de la santé : maisons de repos, hôpitaux, personnel médical où le modèle de concertation se limite le plus souvent à une négociation budgétaire où les différents lobbies en place défendent leurs intérêts.

Les défis de ce siècle exigent une nouvelle approche : comment donner une valeur maximale à chaque euro investi dans la santé, comment passer d'une logique purement budgétaire à une logique de création de valeur « santé ». Il s'agit d'une démarche beaucoup plus ambitieuse et beaucoup plus difficile mais il s'agit d'une démarche tout à fait à la portée des mutualités de par (1) la connaissance très approfondie du monde de la santé (2) le pouvoir formel et informel très important exercé au travers de leurs relais politiques et (3) le contrôle d'institutions de santé en Belgique (par exemple hôpitaux, maisons de repos, pharmacies, soins à domicile, crèches) ou à l'étranger (par exemple chaines de pharmacie détenues en tant qu'investissements) .

Ce dernier point mérite une réflexion importante : la détention directement ou indirectement d'institutions de santé ne constitue t'elle pas un frein à la recherche de l'efficience ? Les mutualités étant à la fois juges et parties vont-elles promouvoir des solutions qui peuvent mettre en difficultés ou à tout le moins influencer sur les résultats de leurs institutions ?

Le fait d'être propriétaire de manière directe ou indirecte peut être une richesse importante car cela permet de mieux appréhender le terrain et ses sensibilités mais ne serait-il pas nécessaire dans certains cas d'en faire abstraction totale pour aller vers les solutions les plus efficaces même si celles-ci vont à l'encontre des organisations détenues directement ou indirectement?

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

2.4.3 La fonction de responsabilisation individuelle devrait être élargie

Il nous semble important de poursuivre la responsabilisation financière des mutuelles, en affinant et en appliquant les critères de financement prospectif. Par rapport aux autres pays ayant opté pour un système de financement semblable, le calcul effectué en Belgique est déjà relativement fin dans la mesure où un grand nombre de facteurs de risque y sont intégrés: l'âge, le sexe, le revenu, le statut social, le fait d'être bénéficiaire du statut préférentiel, le fait d'être en maladie chronique, le fait d'habiter en zone urbaine,...etc. Cette clé normative doit être appliquée et affinée pour éviter toute tentative de sélection des risques, comme celle-ci est mise en évidence par la littérature (6). Cette sélection est rendue possible dans la mesure où les adhérents qui veulent souscrire à une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle sont légalement tenus d'être affiliés auprès de celle-ci dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. Il faut éviter toute tentation de proposer des contrats d'assurances complémentaires en relation avec le type de patient: particulièrement avantageux/désavantageux pour les patients souhaités/indésirables afin de les persuader/dissuader de s'affilier (7).

Si l'on veut que les mutuelles soient responsables financièrement, il nous semble important de les doter des instruments financiers qui leur permettent d'exercer réellement une influence sur les coûts. Aujourd'hui, les mutuelles n'ont que peu d'emprise sur les dépenses de leurs affiliés. C'est surtout en tant que participantes aux négociations collectives au sein de l'INAMI et parce que le remboursement de certains traitements est soumis à l'accord de leur médecin conseil que les mutuelles peuvent réduire leurs dépenses totales. Mais c'est trop peu pour un acteur qui est désormais responsable - même si ce n'est que de façon très marginale - de ses déficits.

Enfin, il nous semble important de réfléchir à de nouveaux incitants pour étendre le rôle des mutualités et des sociétés d'assurance privées au-delà du rôle simplement administratif. Le rôle essentiel, si l'on observe les expériences intéressantes à l'étranger, d'informations des patients, de prévention et de gestion des maladies devrait être stimulé par de nouveaux incitants.

2.4.4 Les flux papier restent trop importants

Les échanges entre les mutualités et les différentes institutions publiques en charge de la Santé ont beaucoup progressé sur le plan de l'informatisation.

Par contre, la plupart des documents venant des médecins généralistes, des dentistes, des hôpitaux, et des autres prestataires de soins circulent toujours sous forme papier de ces prestataires. Ce flux papier s'effectue selon les cas en direct du prestataire vers la mutualité ou via le patient lui-même.

Il en va de même pour les prescriptions qui transitent via le patient avant de parvenir au pharmacien. Cet état de situation est confirmé par l'article récent de Carlos de Backer et Dieter Van Huffel (8).

Ce flux papier encore généralisé est générateur :

- Des coûts très importants de réencodage des différents documents papiers pas toujours standardisés et structurés ;
- Des erreurs de lecture qui peuvent avoir des conséquences graves comme dans la lecture erronée par le pharmacien des prescriptions papier ;

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

- D'une charge pour le patient qui doit veiller à l'acheminement des flux papiers vers sa mutualité ;
- D'un manque global d'efficience du système.

Aujourd'hui les mutualités ont la capacité de s'inscrire de manière très active dans l'informatisation de l'ensemble de ces flux. La crainte d'une remise en question de leur rôle et de leur raison d'être freine cette évolution pourtant indispensable pour améliorer l'efficience du système.

Comme nous l'avons vu ci-avant les fonctions des mutualités se sont considérablement élargies. Les gains de performance ou les économies réalisées ne sont pas synonymes de réduction drastique des moyens disponibles mais doivent plutôt être l'occasion d'une réflexion sur la réaffectation des moyens humains vers les autres fonctions qui doivent aujourd'hui être renforcées.

3 LES QUATRE OPPORTUNITES A SAISIR

3.1 Développer la troisième fonction en participant activement au choix et à la guidance des services

3.1.1 L'évolution progressive vers la troisième fonction

Les mutualités et les assureurs privés aujourd'hui assurent le remboursement des prestations de soins. A ce titre, ils se veulent garants du budget et de l'accessibilité au système de santé. L'information fournie aux membres est essentiellement de type administratif. La concurrence s'établit sur base des services offerts par la mutualité ou l'assureur privé. Un effort de différenciation par la gratuité ou l'addition de nouveaux services est réalisé.

Ils connaissent peu les organisations dont ils couvrent le remboursement et ne peuvent donc orienter leurs membres en fonction de la qualité des services offerts. Les contrôles sont opérés pour le remboursement de certaines prestations spécifiques.

Les mutualités et les assureurs privés de demain Ils n'assurent plus seulement une fonction de remboursement dans le système mais ils participent plus activement dans le choix et la guidance des services. Ils connaissent donc les organisations et les services dont ils couvrent le remboursement. Ils donnent de l'information et guident les patients vers les services les plus adaptés. Ils travaillent activement avec les prestataires de services pour améliorer la qualité et l'efficacité des pratiques médicale.

Ils travaillent également très activement avec les associations de patients pour évaluer la qualité des services fournis et les améliorations à y apporter.

3.1.2 Devenir l'acteur de référence dans l'information aux citoyen-patients

Comparativement aux autres pays qui nous entourent, le citoyen-patient dispose de peu ou pas d'informations par exemple sur la manière de s'orienter dans le système de santé, les services les plus adéquats, la satisfaction des patients dans le recours aux services, les comportements les plus adéquats à adopter, les parcours de soins les plus judicieux ... L'information est réservée aujourd'hui à ceux qui, de par la place qu'ils occupent dans le secteur de la santé, ont accès à l'information.

Le patient va de plus en plus exiger cette information et l'on observe, dans tous les pays, une évolution du citoyen passif au citoyen actif. Cette exigence va se traduire par une réelle demande en termes d'information. Le risque, si aucune initiative d'envergure n'est entreprise est que des initiatives (par exemple sites web) de très mauvaises qualité voient le jour.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Nous avons identifié deux exemples de bonne pratique à ce niveau à l'étranger.

Le projet NHS direct lancé en 1998 en Grande Bretagne.

Ayant pour but de faciliter l'accès aux informations sur les soins de santé, NHS Direct est un service d'aide téléphonique par infirmière, chargé de donner des conseils (pas des diagnostics !) et des informations sur la santé, 24 heures par jour, et 7 jours par semaine, en Angleterre et aux Pays de Galles. Les personnes chargées de répondre sont des infirmières qualifiées, qui doivent suivre un certain entraînement en vue de satisfaire des critères définis par le Ministère. NHS Direct permet aussi de poser des questions via email avec réponse dans les 5 jours. Le site contient une encyclopédie santé où on peut trouver des informations sur les symptômes, tests diagnostic, traitement, opérations et services, mais aussi un « self help guide », une foire aux questions sur plus de 100 questions santé, ainsi que sur les services de santé locaux, notamment les médecins généralistes, les dentistes ou les pharmacies de garde.

Le projet NHS choice lancé en juin 2007 en Grande Bretagne

Le but principal de ce projet est de responsabiliser les personnes, en leur fournissant des informations nécessaires pour faire un choix de manière consciente, en vue de mieux gérer leur santé et de leurs maladies et de trouver des services les mieux adaptés à leurs besoins. Ce projet se matérialise par un site internet accessible à tous les citoyens britanniques. Ce site comporte 3 sections : « Live Well » informe comment vivre de manière saine, « Health A-Z » fournit des informations de qualité sur les conditions et les modalités de traitements expliquées de manière compréhensible pour tous, enfin « Choose Services » qui donne une comparaison des centres hospitaliers en Grande Bretagne et permet également aux patients de partager leurs expériences et d'échanger leurs arguments en vue d'évaluer le système de soins de santé britannique. En plus des personnes, le site web est aussi utilisé par les médecins en présence de leur patient de façon interactive.

NHS Choice est un projet qui se veut une expertise indépendante, dont les informations qui doivent être transparentes et de qualité relèvent de la responsabilité de National Library for Health.

Ces projets, même s'ils doivent être adaptés, sont tout à fait à la portée d'une ou plusieurs de nos mutualités.

3.1.3 Promouvoir l'orientation qualité et résultats

On a très longtemps considéré en Belgique que fournir les moyens est suffisant pour garantir les résultats. Toute l'attention s'est donc portée sur les moyens sans mettre l'accent sur la nécessité d'analyser les résultats et de communiquer des informations sur ces résultats. Les mutualités se sont tout naturellement inscrites dans cette logique qui donne globalement de bons résultats et nous disposons ainsi globalement d'un bon système de santé accessible à tous. Le revers de la médaille est qu'il existe aujourd'hui des écarts importants entre institutions en termes de qualité des infrastructures, en termes de qualité des soins prestés, de risque d'infections nosocomiales, de qualité du bloc opératoire... Dans certains cas cela amène à des situations inacceptables qui ne sont pas dénoncées aujourd'hui et qui perdurent.

Si l'on souhaite améliorer notre système de santé, il est nécessaire de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. Cela implique la collecte et la mise à disposition des informations qualité : ce partage de l'information permet au citoyen-patient d'éclairer son choix et joue un rôle dynamisant auprès de l'ensemble des prestataires de santé. Les mutualités pourraient jouer un rôle très actif dans ce sens, en analysant et en communiquant à leurs membres toutes les informations dont elles disposent déjà aujourd'hui mais aussi en les complétant également d'une recherche systématique .

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Un autre aspect important est le contrôle de la qualité : il n'existe dans notre pays aucune procédure obligatoire d'accréditation qualité ou de contrôle qualité, contrairement à beaucoup d'autres pays. Si l'accréditation n'est pas obligatoirement synonyme de qualité, elle favorise la mise en place de procédures performantes.

Une bonne illustration de cet axe qualité et information nous est donné par le Danish Quality Model. L'objectif de ce programme est d'intégrer et de systématiser toutes les informations et toutes les initiatives existantes en matière de qualité. Toutes les données générées par le Modèle de Qualité Danois seront mises à disposition des citoyens et des professionnels de santé. L'objectif est double : assurer des standards de qualité élevés dans le système au travers d'un processus de certification mais aussi d'informer les patients pour effectuer les choix optimaux entre les institutions de soins.

Tous les résultats sont disponibles au travers d'un portail où il est possible pour le citoyen moyennant l'utilisation de sa signature digitale d'accéder également à son propre dossier médical incluant les traitements effectués à l'hôpital et les prescriptions de médicaments réalisées.

Ici aussi, les mutualités ont toutes les compétences requises pour développer en partenariat des initiatives de ce type et l'on pourrait imaginer dans le futur que chaque membre ait accès à des informations qualité en parallèle d'un accès direct à son dossier personnel. Dans ce contexte les compétences et les rôles des médecins-conseils pourraient évoluer de manière importante d'une fonction d'autorisation de remboursement à une fonction de «vigie-qualité». Il s'agirait ici également d'évoluer d'une fonction d'autorisation à une fonction de conseil des patients et de monitoring permanent de la qualité des procédures mises en place dans les différentes structures de soins.

3.1.4 S'inscrire dans une démarche de complémentarité

Il ne faut pas sous-estimer l'étendue des tâches décrites ci-dessus. Il s'agit d'un chantier très important. Tout cela nécessite un investissement très important en termes de :

1. Connaissance des organisations et des services ;
2. Travail actif avec les prestataires de services pour améliorer la qualité et l'efficacité des pratiques médicale ;
3. Collaboration avec les associations de patients pour évaluer la qualité des services fournis et les améliorations à y apporter.

Les mutualités ne pourront réaliser seules toutes ces tâches et devront s'inscrire dans la complémentarité par rapport aux organisations existantes ou à créer.

Ainsi, en matière de qualité et d'informations, il est indispensable de créer en Belgique une organisation spécifique pour promouvoir et garantir la qualité en Belgique sur le modèle de la Haute Autorité de Santé en France. Cette nouvelle organisation, à l'instar de ce qui existe en France, devrait poursuivre les objectifs suivants :

1. Améliorer la qualité des soins en établissements de santé et en médecine ambulatoire en assurant :

- La certification des établissements de santé : Le dispositif de certification vise à améliorer la qualité des soins fournis par les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, etc.) et à mettre à disposition du public une information sur la qualité des prestations délivrées par ces établissements.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

- L'évaluation des pratiques professionnelles : L'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche organisée d'amélioration des pratiques, obligatoire pour tous les médecins. Elle se traduit par un double engagement des médecins : d'une part, ces derniers s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations, d'autre part, à mesurer et à analyser leurs pratiques par rapport à celles-ci. Cette démarche pourra progressivement être étendue aux autres professions de santé.
- 2. Promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé en produisant:**
- *Les recommandations professionnelles:* Les recommandations professionnelles sont destinées aux professionnels de santé en exercice, elles couvrent tout le champ de la santé. Elles décrivent les soins les plus adaptés à un patient donné, compte tenu de l'état actuel des connaissances et des pratiques médicales.
 - *Les Guides de prise en charge des affections de longue durée:* Il s'agit de guides destinés aux médecins, afin de les aider à bien prendre en charge les patients atteints d'affections de longue durée (ALD), comme le diabète, l'hépatite C, l'asthme, etc. Ces guides décrivent, pour chaque ALD, le parcours de soin du patient (les étapes clés, les professionnels impliqués, etc.) ainsi que les actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement de la pathologie. Des versions destinées aux patients sont également disponibles.
- 3. Informer les professionnels de santé et le grand public et améliorer la de l'information médicale au travers de:**
- *La diffusion d'outils et de méthodes d'amélioration de la qualité des soins:* La HAS diffuse aux professionnels de santé en exercice des outils et des méthodes afin de les aider au quotidien à prendre la décision la plus adaptée à des situations cliniques singulières et souvent complexes.
 - *L'information sur les infections nosocomiales:* Une mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales a été confiée à la HAS. Via un numéro spécial et un site Web, la HAS informe le public sur les infections nosocomiales et les moyens de les prévenir, recueille les réclamations des victimes, les renseigne sur leurs droits, et les oriente si besoin vers les autorités sanitaires compétentes. L'objectif est de renforcer le dialogue et la confiance entre les usagers, les professionnels de santé et les pouvoirs publics.
 - *L'amélioration de la qualité de l'information médicale:* La HAS est chargée de proposer des dispositifs permettant d'améliorer et de certifier la qualité de l'information médicale, notamment celle diffusée par le biais des logiciels d'aide à la prescription ainsi que celle accessible à tous sur les sites Internet santé. La HAS doit également traduire la « charte de la visite médicale » – que doivent respecter les visiteurs médicaux des firmes pharmaceutiques – en un référentiel de certification.

Toutes ces méthodologies, tous ces outils existent aujourd'hui et sont le fruit de nombreuses années de travail d'équipes importantes. Il n'est pas nécessaire de les réinventer mais simplement de les adapter aux spécificités de notre système de santé. Il s'agit d'un travail marginal d'adaptation de l'existant.

Les mutualités devraient s'inscrire dans le rôle de vigie décrit plus haut et de partenaire actif par rapport à cette nouvelle organisation. La connaissance active du système de santé belge et la mutation des fonctions à entreprendre au sein de l'organisation devrait permettre d'apporter une contribution substantielle à la poursuite en partenariat de ces nouveaux objectifs et des ces nouvelles initiatives.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

3.2 Améliorer l'efficacité dans le cadre de la cogestion par la gestion des données en partenariat et transparence

3.2.1 Exploiter au maximum les données disponibles

Les mutualités disposent aujourd'hui de la totalité des informations relatives aux 800 millions de lignes pour toutes les prestations de soins remboursées et des 120 millions de lignes pour les médicaments remboursés. Il s'agit de la banque de données la plus complète qui existe en Belgique puisqu'aujourd'hui tant le KCE que l'INAMI doivent demander l'autorisation à l'Agence Intermutualiste pour accéder à ces données personnalisées.

Ces informations sont cruciales dans le cadre de la cogestion pour assurer le nouveau défi: l'amélioration de l'efficacité. Les autorités publiques sont, en effet, confrontées à deux types de décisions importantes concernant l'allocation des ressources qui vont permettre de mettre en place les programmes de santé. Elles doivent d'une part définir les ressources collectives qu'elles désirent allouer à l'ensemble du système de soins de santé, étant entendu que ces ressources sont financées par la fiscalité et que les utilisations potentielles de ces ressources collectives sont multiples, la santé étant en concurrence avec d'autres secteurs tels que l'éducation, la justice, l'environnement,...etc. D'autre part, une fois que les ressources allouées aux soins de santé sont définies, elles doivent déterminer l'utilisation optimale de ces ressources parmi l'ensemble des programmes de santé.

Les mutualités jouent déjà un rôle très actif dans la première dimension la définition de l'enveloppe et le contrôle du respect de celui-ci. Cette mission est aujourd'hui assurée avec succès et cela se matérialise par le bonus important dont elles devraient bénéficier pour leur contribution à la bonne gestion de l'assurance-maladie.

La deuxième dimension de réflexion sur l'utilisation optimale des ressources est par contre peu présente ou concentrée sur certains domaines comme l'Health Technology Assessment en matière de médicaments ou d'innovations technologiques et l'on peut souligner à cet effet l'excellent travail effectué par le KCE . Cela s'explique, je pense, par le fait que les décisions importantes prises dans notre pays sont le résultat d'un consensus le plus souvent budgétaire entre les différents groupes de pression qui défendent chacun leur intérêt propre. Si un tel mécanisme n'exclut pas que des les priorités puissent être explicitement définies, il rend néanmoins les choix plus compliqués.

Le rôle des mutualités est à cet égard crucial pour le futur dans un contexte où la demande de Santé va continuer à augmenter sans cesse et où les moyens disponibles resteront limités. Cela doit permettre de réfléchir à des questions essentielles telles que :

- Quelles sont les best practices en matière de pratiques médicales et de traitement des pathologies ?
- Comment favoriser les pratiques de gestion les plus performantes tant sur le plan de la qualité que des coûts ?
- En matière d'informatique, logistique dans les structures de soins... quelles sont les meilleures expériences et quelle pourrait être la valeur ajoutée d'un regroupement ?
- Quelle est la politique d'hospitalisation optimale et comment allouer au mieux les moyens dans un processus de continuum of care ?

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

3.2.2 Développer une démarche de réflexion dans un souci de partenariat et de transparence

Aujourd'hui la plupart des négociations entre les différents acteurs de santé se situent essentiellement sur le plan budgétaire. Pourtant ces mêmes acteurs de Santé initient souvent en interne et de manière indépendante une réflexion sur l'efficience.

Les mutualités de par les données dont elles disposent et de par les responsabilités qui leur sont conférées dans le cadre de la cogestion ont aujourd'hui une position centrale qui leur permet d'initier une réflexion en partenariat avec ces acteurs clés :

- Les associations de patients
- Les prestataires de soins (médecins, pharmaciens, hôpitaux, kinés, infirmiers ...)
- Les autorités publiques (SPF Santé, Inami, Ministère des affaires sociales, Pouvoir Politique)
- Les fournisseurs de biens et services (pharma, medical devices, banques, sociétés d'Intérim, ...)
- Les autres mutualités et les sociétés d'assurance privée

Ici aussi il s'agirait d'un chantier important consistant à mettre en commun les capacités d'études et de réflexion de tous les acteurs dans un souci commun d'amélioration du système.

Pour développer cette démarche de réflexion commune, il serait très utile de réfléchir à la création d'une base de données publique accessible et protégée moyennant un accès limité et contrôlé à toute personne compétente dans le cadre de l'exercice de ses missions. Aujourd'hui il faut trop de temps pour obtenir les données, les nettoyer et combler les lacunes. Cette base de données fonctionnerait sur base d'un accès limité et contrôlé en fonction du projet pour les différents partenaires de la réflexion : les universités, les chercheurs académiques, les associations scientifiques et professionnelles, les institutions sociales, les SPF et les institutions parastatales...

3.2.3 Mieux appréhender les dépenses privées

Dans cette recherche de l'efficience il est très important de ne pas limiter la démarche aux dépenses publiques mais de s'intéresser également aux dépenses privées.

Il est essentiel d'analyser et de comprendre l'augmentation de la prise en charge par le citoyen-patient qui a augmenté de près de 30 % en 10 ans passant de 21 % à 28 % des dépenses déboursées directement par le patient ou financées par des assurances privées.

Les mutualités regrettent toutes cette évolution qu'elles ont toujours combattues avec force et souvent elles le déplorent dans leurs études ou leurs comptes annuels. Pourtant qu'on le veuille ou non cette évolution est aujourd'hui bien présente.

Nous disposons aujourd'hui de peu d'informations sur les dépenses privées et sur leurs évolutions. Ainsi, chaque citoyen investit dans les pharmacies des montants importants de produits non remboursés. Il serait excessivement utile de pouvoir analyser et comprendre ces évolutions car elles font aussi partie aujourd'hui de la politique de santé. Quelles sont les tendances, les évolutions en matière d'achats de vitamines, d'homéopathie, d'huiles essentielles, de médicaments de base non remboursés ...

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

En s'inscrivant dans cette démarche d'analyse permanente de l'évolution des dépenses privées, les mutualités pourront mieux détecter les gisements potentiels de performance existant à ce niveau et mieux comprendre les tendances de consommation spontanées qui se dessinent pour le futur.

Cette réflexion sur l'évolution des dépenses privées devrait être réalisée en partenariat avec les sociétés d'assurances-privées pour inclure toutes les composantes mais aussi pour les associer pleinement à cette démarche d'optimisation.

3.2.4 Evoluer vers de nouveaux paradigmes

Ces nouveaux objectifs requièrent une évolution progressive du rôle et de la perception des mutualités auprès des différents partenaires.

Aujourd'hui l'essentiel de la discussion est centré sur le budget. Les différents acteurs du monde de la santé perçoivent essentiellement les mutualités dans ce rôle et cette fonction. Pour mettre en place la nouvelle démarche évoquée dans ce point, il est crucial d'évoluer de ce rôle et de cette perception vers un réel partenariat avec tous les acteurs pour :

- Améliorer l'allocation des ressources
- Favoriser l'accès à l'innovation
- Réduire les inefficiences, augmenter la qualité et garantir l'accès à tous y compris dans les dépenses privées

Ce réel partenariat peut et doit aujourd'hui se développer non seulement avec les autorités publiques et les organisations représentatives des prestataires de soins mais aussi avec les sociétés d'assurances privées, les associations de patients, l'industrie du médicament et du Medical Device, ...

Ce nouveau partenariat va exiger l'échange des informations et des données, des études professionnelles basées sur des méthodologies éprouvées comme le HTA et l'organisation de commissions spécifiques réunissant tous les acteurs sur des thématiques autres qu'exclusivement budgétaires.

Ces fonctions nouvelles ne deviendront réellement effectives que si:

- Chacun accepte les nouveaux paradigmes et les nouveaux défis
- Une relation vraie basée sur une confiance et un respect mutuel est créée
- Tous les partenaires sont inclus dans le projet
- D'autres valeurs que le budget sont prises en compte

3.3 Renforcer la responsabilité financière

Dans le cadre de la responsabilité financière qui leur est attribuée, les mutualités devraient pouvoir bénéficier d'incitants à développer une participation active dans trois dimensions très importantes pour l'avenir de notre système de Santé.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

3.3.1 La gestion de groupes-cibles de maladies ou de patients

Dans un système où le remboursement à l'acte prédomine, les prestataires de santé – médecins, infirmiers, hôpitaux, kinés ...reçoivent un honoraire des assureurs lors de chaque visite ou de chaque acte technique presté. Ils génèrent ainsi un revenu pour chaque visite de patient, chaque test clinique, chaque procédure chirurgicale ou chaque visite de l'infirmière à domicile. En pratique ce système peut constituer dans certains cas une invitation à prester plus d'actes si l'on souhaite augmenter son chiffre d'affaires ou son revenu.

La première conséquence de ce système et la plus souvent décriée est la génération de dépenses inutiles en termes de tests cliniques non nécessaires, de duplications d'exams d'imagerie médicale, de séjours hospitaliers ou de prescriptions gonflés.

Si cette conséquence est importante, il en est une deuxième au moins aussi importante et si pas plus importante : la non rémunération de tous les actes, de toutes les initiatives qui peuvent éviter, prévenir, ou réduire les conséquences de la maladie.

C'est la raison pour laquelle de nombreux pays ont entrepris une approche dite de « disease management ». Le disease management se définit comme un système d'interventions et de communications coordonnées vers une population cible pour diminuer l'occurrence et la gravité de la maladie. La résultante pour le patient est d'améliorer son état de santé, la résultante pour l'assureur est de diminuer ses coûts en termes de frais d'hospitalisation, d'actes techniques ...

Les maladies les plus souvent ciblées par les programmes de disease management sont :

- L'asthme
- Les maladies coronaires
- La dépression
- Le diabète
- Les maladies cardiaques
- Le cancer
- Les douleurs chroniques
- Les soins aux personnes âgées
- L'obésité

Le programme de disease management repose sur les principes suivants :

- **Le choix de la pathologie et du programme d'actions** permettant d'influer sur la maladie retenue et les coûts générés
- **Un ciblage précis** des personnes les plus à risques par rapport à la pathologie visée. Celui-ci s'effectue sur base d'algorithmes ou de modèles prédictifs excessivement sophistiqués. Ceux-ci permettent de déterminer les personnes les plus à risque par rapport à la pathologie visée.
- **Une communication permanente avec les membres et les médecins**
 - a. Invitation de manière très dynamique par un call center spécialisé des membres à participer au programme et rappels périodiques
 - b. Envoi postal d'un package complet de documentation et d'information sur le programme et renvois périodiques de nouveautés
 - c. Mailing aux médecins sur le programme et ses guidelines
- **Le télémonitoring** pour contrôler en temps réel à distance les paramètres pour les groupes les plus à risques comme les personnes à risque d'accident cardiaque élevé

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

- **L'investissement massif** dans technologies informatiques de support
- **La mesure de l'efficience** du programme

Ce concept initialement développé aux Etats-Unis s'est aujourd'hui élargi à d'autres pays d'abord l'Allemagne puis le Japon, le Royaume-Uni et l'Australie.

Les mutualités peuvent jouer un rôle crucial dans le développement et l'application de ce concept en Belgique.

Ce concept est en effet particulièrement adapté vu le développement des maladies chroniques dans notre pays qui sont une cible privilégiée pour le disease management :

- les maladies cardio-vasculaires avec 38.000 morts chaque année (36,6% des décès)
- le cancer responsable de 27 % des décès ;
- l'obésité croissante qui va générer à moyen terme des coûts très importants.

Il s'agirait d'un prolongement naturel des actions déjà entreprises par les mutualités en matière d'information et de prévention mais sous une forme beaucoup plus proactive encore et structurée.

Toutes ces actions ne produisant leurs effets qu'à moyen terme mais nécessitant des investissements très substantiels pour obtenir des résultats devraient faire l'objet d'incitants financiers spécifiques.

3.3.2 La promotion active d'une approche intégrée et coordonnée incluant la prévention

Aujourd'hui, l'approche des soins de santé qui prévaut est une approche segmentée essentiellement centrée sur le curatif. De par leur position centrale dans le système et leur vue sur les différents actes prestés, les mutualités sont particulièrement bien placées pour réfléchir et agir en vue de favoriser une approche intégrée et coordonnée.

En effet face aux nouveaux défis, comme par exemple le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, l'approche verticale traditionnelle n'est plus adaptée.

Les mutualités vont devoir travailler en commun avec les hôpitaux, les médecins de première ligne, les infirmiers, les kinés, les soins à domicile et les autorités publiques pour renforcer la coordination et l'accès aux soins.

En lieu et place d'une approche segmentée, on adopte une approche dite de « continuum of care » qui intègre toute la chaîne de santé. L'OMS donne la définition suivante du continuum of care : « Le continuum of care consiste à fournir un ensemble complet de services depuis l'hôpital jusqu'au domicile, qui requiert la mise en commun des services médicaux et sociaux à l'intérieur de la communauté et la création de liens entre les initiatives de soins à tous les niveaux du système de soins de santé ».

Cette nouvelle approche intègre toute la chaîne de valeurs et tous les partenaires du système de santé.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Dans cette approche horizontale, la gestion de l'offre de soins est centrée sur le patient. Pour chaque patient et chaque type de pathologies, l'offre de soins la mieux adaptée est choisie : cela signifie que la structure la plus adéquate sera choisie en fonction, non pas des critères de rentabilité, mais d'adéquation optimale par rapport aux besoins des patients. Cela signifie également qu'une coordination sera établie entre les différents niveaux de soins et entre les différents prestataires de santé.

Une bonne illustration de ce rôle moteur des mutualités nous est donnée par la Mutualité Française où une réflexion très intéressante a été entreprise sur la place de la mutualité dans le vieillissement de la population. Les axes d'amélioration dégagés sont de trois ordres : (1) la prévention, (2) l'accessibilité-la continuité et l'accessibilité de l'offre (3) la solvabilité des personnes âgées. Un plan d'action très précis a ensuite été élaboré incluant par exemple un schéma nouveau d'organisation de la coordination entre les différents intervenants.

3.3.3 La révision de la nomenclature

Il s'agit là d'une tâche bien complexe mais tellement nécessaire pour l'avenir et ici également les mutualités auront un rôle crucial à jouer.

La nomenclature de remboursement des actes de soins telle qu'elle existe aujourd'hui ne favorise pas :

- la coopération entre les acteurs
- la prévention
- l'utilisation de l'informatique
- la vision à moyen et long terme
- la prise en charge globale de la pathologie
- Le choix des alternatives les plus intéressantes pour le patient et pour la société

Elle favorise une action individuelle, dans une perspective de court terme. En outre des différences significatives de rémunérations existent entre différentes disciplines médicales sans réelle justification.

Une révision de la nomenclature est indispensable pour le futur. Il s'agit d'une tâche ardue mais indispensable pour faire face aux défis nouveaux de ce siècle. De bons exemples existent à l'étranger dont il est possible de s'inspirer. Ainsi, par exemple, au Canada où des incitants financiers spécifiques ont été imaginés pour favoriser une approche qui récompense les bons comportements évoqués ci-dessus dans la prise en charge du patient par le médecin de famille.

3.3.4 Les incitants

Pour favoriser l'émergence de ces fonctions, il faudra faire preuve de créativité pour développer de nouveaux incitants qui poussent les mutualités à agir dans ce sens.

Si l'on observe les expériences à l'étranger, ces démarches sont présentes et réussissent quand l'organisme assureur a un incitant direct à deux niveaux :

- que son affilié coûte le moins cher à moyen et long terme
- que son affilié ait un recours optimal au système de santé

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Cet incitant le pousse à s'intéresser dès aujourd'hui aux personnes malades c'est-à-dire aux patients mais aussi aux personnes en bonne santé aujourd'hui ou en tous cas qui ne recourent pas aujourd'hui de manière intensive au système de soins. C'est le cas par exemple des systèmes où l'organisme assureur reçoit un montant fixe par patient et non directement lié aux coûts encourus. Dans ce cas il aura avantage à promouvoir les meilleurs comportements et les meilleurs programmes pour favoriser la bonne santé de ces membres. Il faut par contre être excessivement prudent et introduire les mécanismes correcteurs nécessaires pour éviter toute sélectivité.

Une réflexion dans ce sens pourrait être entreprise, en imaginant par exemple des incitants/bonus pour tous les projets et les investissements réalisés pour favoriser l'émergence de ces nouvelles fonctions. Aujourd'hui en effet les incitants sont limités aux dépenses générées par les patients au cours de l'année c'est-à-dire à court terme. Ces incitants à court terme devraient être complétés d'incitants à moyen et long terme.

3.4 S'inscrire de manière positive dans le mouvement e-health

La généralisation des technologies de l'information reste très lente dans notre pays. La Commission Européenne estime qu'à l'instar des autres secteurs le secteur de la Santé devrait évoluer vers 4 à 5 % minimum de son budget consacré à l'informatique santé. Cette position est prise en référence aux nombreux avantages que génère l'informatique et qui sont aujourd'hui étayés par des analyses coûts-bénéfices approfondies et des échanges de best practices entre les différents pays européens.

La dernière étude financée par la Commission Européenne et publiée dans le Rapport Powerhouse 2009 (9) confirme ce retard par rapport à d'autres pays. Nous obtenons un score de 38 par rapport à 63 aux Pays-Bas et au Danemark qui obtiennent les meilleurs scores de ce classement sur les critères retenus comme par exemple la pénétration du dossier patient électronique et l'échange de données entre tous les professionnels de santé.

Les mutualités peuvent jouer un rôle très important dans l'avenir pour combler ce retard et ce à deux niveaux : le développement de grands chantiers en interne et le soutien de tous les chantiers importants en externe.

3.4.1 Le développement de grands chantiers informatiques en interne

Les Mutualités ont monté leur capacité à gérer, d'ores et déjà, de nombreux chantiers en interne. De nombreux chantiers restent à développer pour le futur que l'on peut regrouper en deux catégories :

- **L'informatisation de tous les flux papiers** qui subsistent encore aujourd'hui, comme nous l'avons montré dans la section 2.4.4. afin de généraliser les flux informatisés en provenance de tous les prestataires de santé :
 - o Hôpitaux
 - o Médecins spécialistes
 - o Médecins généralistes
 - o Maisons de repos
 - o Paramédicaux
 - o Dentistes
 - o Pharmaciens
 - o Infirmières...

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

- **Les nouveaux chantiers informatiques liés à toutes les fonctions nouvelles** que nous avons évoquées dans les sections précédentes.

L'informatique constitue une composante essentielle pour développer les nouveaux rôles des mutualités que nous avons développés dans les sections précédentes :

- o L'information aux citoyens-patients
- o La promotion de la qualité
- o La maximisation de l'efficacité
- o La gestion de groupes-cibles de maladies ou de patients
- o La coordination des soins

Ces chantiers informatiques, selon les fonctions, seront de nature diverses et nous en avons donné quelques exemples dans les sections précédentes : bases de données et datawarehouse ultra-puissants, logiciels dédiés mis à disposition des membres, sites internet dédiés à des fonctions précises, services de télémédecine donnant un réel support pour les patients chroniques

Ces techniques sont aujourd'hui totalement disponibles et rendent ces chantiers totalement accessibles. L'informatique a en effet connu dans le secteur de la santé une révolution en trois phases qui rend aujourd'hui tous ces chantiers possible : les solutions mainframe et essentiellement financières jusqu'au début des années 1990, le développement des applications spécifique santé et l'explosion de l'internet et des réseaux durant ces 20 dernières années. La porte est ouverte pour la révolution des 20 prochaines années : le véritable échange et partage des connaissances.

Ces chantiers vont nécessiter des investissements très importants tant sur le plan du budget que sur le plan de l'énergie et des ressources humaines à y consacrer. Cela se justifie uniquement parce-que l'informatique n'est pas seulement un outil technique mais qu'elle est aussi un formidable moteur de changement. Moteur de changement dans les comportements des citoyens, le recours au système, la manière de gérer et de coordonner les soins, d'améliorer la qualité et la prévention. Parfois, elle sera synonyme d'économies mais pas toujours et en tous cas il s'agira rarement de l'objectif unique et premier.

Tous ces chantiers informatiques ne seront pas seulement techniques mais ils seront les catalyseurs des mutations importantes intervenant au sein des mutualités dans les ressources humaines. Le pourcentage de personnel affecté aux tâches traditionnelles pourra progressivement évoluer en fonction des départs à la retraite et des nouveaux recrutements vers ces nouvelles fonctions.

3.4.2 Le soutien de tous les chantiers importants en externe

De par leur position centrale dans le secteur de la Santé, les mutualités ont le pouvoir d'influencer de manière très significative toutes les évolutions qui ne sont pas de leur ressort et de leur compétence directes.

Cela concerne notamment :

- La généralisation du dossier patient électronique au sein des hôpitaux
- La généralisation de l'échange de données entre les prestataires de santé
- La garantie de confidentialité et la possibilité pour le patient d'accéder à ses données que ce soit en Belgique ou à l'étranger à l'occasion d'un problème de santé important
- La prescription électronique

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

- Les budgets octroyés
- Le plan de développement stratégique global

Tous ces chantiers gérés par d'autres en externe ont une influence directe sur le système de santé et sur le bien-être « physique, psychique et social » des membres qui fait partie intégrante de la troisième fonction explicitement dévolue aux mutualités.

Il s'agira là de trouver et de favoriser le meilleur équilibre entre trois composantes : les initiatives fédérales ou régionales de type be-health, les initiatives individuelles qui sont déjà des success stories comme le Réseau de Santé Wallon et l'intérêt du citoyen-patient. De très nombreuses success stories existent déjà dans notre pays, il convient de pouvoir les généraliser afin qu'elles ne restent pas des cas isolés et que tous les citoyens puissent bénéficier des meilleures solutions.

4 L'ACTIVATION DU CHANGEMENT

Les nouvelles fonctions évoquées ci-dessous ne vont pas de soi et nécessitent une réflexion approfondie pour que la mise en œuvre soit un succès. Il s'agit d'une véritable démarche stratégique.

Quelques réflexions me viennent spontanément à l'esprit. Celles-ci pourront être développées, approfondies, nuancées lors de la lecture développée sur ce thème.

4.1 Cibler et choisir

Toutes les opportunités ne peuvent être traduites simultanément en plans d'action. Des priorités devront être établies en fonction d'une part des possibilités internes de chaque mutualité mais aussi des sensibilités propres à chaque mutualité. On peut ainsi imaginer qu'une opportunité soit considérée comme très intéressante par l'une et pas du tout opportune pour l'autre.

Ces opportunités devront aussi être échelonnées dans le temps. On parle ici d'opportunités à long terme dont l'horizon de mise en œuvre peut échelonner les projets de trois à quinze ans, en tenant compte des moyens humains et financiers mais aussi du rythme de renouvellement du personnel par exemple.

4.2 Développer des partenariats

Ces opportunités nécessitent le développement de partenariats spécifiques pour le développement de ces projets tant en interne au sein de l'organisation qu'en externe.

En externe on peut ainsi imaginer des partenariats :

- Avec le SPF Santé et l'Inami pour l'information et la qualité
- Avec les fournisseurs de biens et services et les prestataires pour l'efficience

En interne il s'agira de créer des groupes de projets spécifiques et surtout de faire évoluer progressivement les mentalités et les métiers vers ces nouvelles approches et ces nouveaux services.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

4.3 Oser un plan stratégique de reconversion ambitieux en interne

Si la position la plus facile à court terme consisterait à fonctionner sur ses acquis et dans les domaines de compétences traditionnels, les défis nouveaux de ce siècle exigent un repositionnement des mutualités pour atteindre deux objectifs :

1. Assurer la pérennité et la raison d'être à long terme de l'organisation ;
2. Aider le système de santé dans son ensemble à faire face aux nombreux défis de ce siècle et garantir un système de santé durable c'est à dire qui offre des soins de qualité accessible à tous dans le cadre du budget disponible.

Pour ce faire un plan ambitieux est indispensable. Celui-ci aura deux effets majeurs :

- Il aura un effet mobilisateur et excessivement attractif pour l'ensemble du personnel en interne. Il est essentiel qu'il apparaisse à cet effet comme un véritable plus et non comme une contrainte au travers du nom, du logo, de la méthodologie utilisés dans le développement des initiatives ;
- Il sera perçu par tous les partenaires extérieurs, ainsi que par les membres, comme un signal positif d'une organisation dynamique et ouverte.

Un plan d'ensemble cohérent maximisera ces deux effets en montrant l'articulation et les fondements des différents projets. L'effet sera plus important et plus mobilisateur qu'une présentation au coup par coup des différentes initiatives.

4.4 Promouvoir une réflexion à moyen et long terme sur le plan fédéral et régional

La majorité des décideurs du monde de la Santé en Belgique s'accordent aujourd'hui pour dire qu'il manque une vision à moyen et long terme. Les préoccupations de court terme prédominent et la crise a encore accentué ce réflexe.

La mise en œuvre en interne d'un plan stratégique ambitieux à moyen et long terme est déjà un premier pas très important pour montrer à tous l'importance d'une réflexion à moyen et long terme. L'adopter soi-même est un signal important vers tous les acteurs de l'importance qu'on y accorde.

Une deuxième étape est de conscientiser l'ensemble du système à l'importance d'une réflexion à moyen et long terme. Celle-ci peut se faire dans tous les lieux de décision où la mutualité est présente mais aussi par l'organisation de réunions ou d'évènements spécifiques consacrés à ce thème.

4.5 Adopter une approche proactive sur le plan européen

Que l'on considère cela comme une évolution positive ou non, la libre circulation des personnes et biens au sein de l'Europe aura une influence croissante sur notre système de santé. En outre, notre système de santé n'échappera pas dans l'avenir à une directive spécifique sur les soins de santé qui ont été sortis de la directive Bolkestein sur les services. On ne peut se prononcer sur le moment où cette directive sera mise sur le tapis mais il est excessivement probable que cette directive verra le jour au cours de ce siècle et sans doute avant l'horizon 2050.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Les valeurs et les fondements de notre système de santé ne pourront se retrouver dans cette nouvelle dimension européenne que si une démarche stratégique proactive est entreprise dès à présent pour influencer les décisions. Les mutualités ont toutes les capacités requises pour développer la réflexion et les réseaux d'influence.

Une attitude proactive produira des effets à long terme beaucoup plus importants qu'une attitude défensive de court terme et ce d'autant plus que l'enjeu est important vu la petite taille de notre pays dans ce débat. La seule manière d'influencer valablement le débat est de s'y impliquer le plus rapidement possible dans une démarche innovante et très active.

5 CONCLUSIONS

Les mutualités ont joué au 20^{ième} siècle et continuent à jouer ce début de 21^{ième} siècle un rôle très important dans notre système de santé. Elles constituent également un pôle d'emploi important puisqu'elles occupent près de 20.000 personnes selon les estimations que nous avons réalisées.

Nous avons identifié dans notre étude sur le système de santé en Belgique de nombreux atouts mais également de nombreux défis pour le futur. Ces défis, s'ils ne sont pas pris en considération, peuvent remettre en question la viabilité à moyen et long terme et générer trois effets induits négatifs:

- la diminution de la qualité ;
- la diminution de l'accessibilité à tous ;
- l'incapacité de financement de tout ou partie du système.

Comme développé tout au long de cet article les mutualités, de par la position qu'elles occupent et leur connaissance du système de santé, peuvent jouer un rôle crucial pour entre autres :

- promouvoir la qualité
- améliorer l'efficience
- informer le patient et favoriser une approche intégrée
- développer un plan à moyen long terme

La condition essentielle de réussite de la démarche est de comprendre que la réflexion n'est pas une remise en question ou une critique de ce qui a été entrepris jusqu'à présent mais plutôt une formidable chance pour le futur. Dans une société où les nouvelles négatives prédominent en ce début de siècle, la mise en œuvre de grands projets est de nature à mobiliser toutes les forces vives et à créer une dynamique positive et motivante.

Cette dynamique nouvelle est essentielle car la raison d'être des mutualités risquerait d'être mise en question si elles ne s'inscrivent pas dans une ou plusieurs de ces fonctions nouvelles. Elles ne pourront toutefois couvrir toutes ces fonctions et des choix devront être opérés. Certaines fonctions, comme la promotion de la qualité, ne pourront s'opérer qu'en complémentarité avec d'autres organisations, à l'instar de ce qui se passe en France avec la Haute Autorité de Santé.

Cibler et choisir, développer des partenariats et oser un plan stratégique de reconversion ambitieux en interne sont autant de composantes-clés pour garantir un avenir durable aux mutualités elles-mêmes et au système de santé dans son ensemble.

LES MUTUALITES : QUELLES OPPORTUNITES A LONG TERME ?

Footnotes;

Notes :

- (1) F.Dave, D.Crainich, « L'avenir des soins de santé : oser le diagnostic et les thérapies », Itinera Institute, 2008
 - (2) Loi du 06.08.1990 publiée au moniteur le 28.09.1990 et entrée en vigueur le 01.01.1991
 - (3) Loi du 14 juillet 1994 - Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé publiée au Moniteur le 27.08.1994 et entrée en vigueur le 06.09.1994
 - (4) Source - OCDE
 - (5) W. Van de Ven "Risk adjustment and consumer choice of sickness fund in five European countries : solidarity, efficiency and quality of care, Erasmus Universiteit Rotterdam
 - (6) Van de Ven et al. (2007) "Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: 6 years later" Health Policy, 84: 200-209
 - (7) Schokkaert E. and C. Van de Voorde (2003) "Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system" Health Policy, 65: 5-19.
 - (8) C De Backer and D. Van Huffel(2008) « The emerging role of sickness funds within the belgian healthcare system »
 - (9) Arne Björnberg, Ph.D., Beatriz Cebolla Garrofé, Ph.D. and Sonja Lindblad , Health Consumer Powerhouse AB, 2009.
-