

## **Budget des soins de santé 2011 : recommandations MLOZ**

14/10/2010

MLOZ accorde de l'importance à la réalisation des points suivants :

### **ORIENTATIONS BUDGETAIRES**

#### **Respect des accords et conventions**

Comme l'année dernière, nous plaidons a priori pour la poursuite de l'exécution des mesures prévues dans les accords et conventions existants.

#### **Accessibilité pour les malades chroniques**

Notre attention particulière est en outre consacrée à l'accessibilité des soins médicaux pour les malades chroniques.

Les Mutualités Libres plaident pour l'octroi d'un statut spécifique pour certaines affections chroniques. Ce statut ouvre des droits au malade chronique et garantit la prise en charge intégrale de ses frais d'une manière simplifiée d'un point de vue administratif.

#### **Qualité des soins**

Aux niveaux européen et mondial, la Belgique obtient de bons résultats en matière d'accessibilité des soins mais reste à la traîne en ce qui concerne la qualité des soins. L'enregistrement des activités, entre autres dans le secteur de la revalidation, la confrontation aux indicateurs de performance et l'accréditation sont recommandés. Ils ne favorisent pas seulement la qualité des soins au patient, mais ont également un impact budgétaire positif. La qualité des soins doit passer avant l'extension des soins et l'élargissement du package de soins.

#### **Transparence**

Il faut poursuivre la transparence des prix, des honoraires, du coût de l'infrastructure et du matériel. Cette transparence doit permettre une distinction claire entre la rémunération de l'acte intellectuel du prestataire et les frais variables.

- Poursuite de la récente tendance qui consiste à séparer le coût du produit, la marge de délivrance et les honoraires intellectuels, couplée à la mise à disposition de listes de prix des produits.
- Clarification des frais mixtes actuels pour les implants (produit + consignation + formation des prestataires + prestation de services par les techniciens de la société, tels que l'assistance lors d'une opération et le contrôle d'un pacemaker)
- Détermination transparente des honoraires intellectuels comme produit des facteurs "investissement de temps" et "risque d'intervention médicale".
- Séparation de l'intervention pour l'infrastructure et des honoraires intellectuels, synchronisation du règlement pour toutes les disciplines médicales.

- Enregistrement obligatoire de la quote-part personnelle et des suppléments pour toutes les prestations remboursables, afin d'obtenir une image réelle de la pression financière pour les bénéficiaires.

## **Informatisation et simplification administrative**

---

Il faut poursuivre l'informatisation (e-Health) et la simplification administrative des processus. Cela peut avoir un effet à différents niveaux :

- La simplification administrative pour tous les acteurs (aussi bien les prestataires que les bénéficiaires et les organismes assureurs).
- L'automatisation intégrale des prescriptions, attestations, facturations et contrôles des prestations.
- L'ouverture de droits en fonction du statut du patient pour les malades chroniques et les affections dignes d'intérêt (p. ex. grands brûlés).
- Le développement du dossier unique du patient, accessible par tous les prestataires avec lesquels le patient a un lien thérapeutique. Sous réserve de l'effet de l'amélioration de la qualité des soins et de la simplification administrative, ce dossier unique peut également permettre d'éviter des examens inutiles et répétitifs. MLOZ est prête à prévoir un honoraire pour la consultation de ce dossier, à condition que la vie privée du patient soit respectée. Les OA y jouent un important rôle d'information envers leurs membres.
- ...

## **Secteur des produits pharmaceutiques**

---

- Un **accès rapide aux médicaments réellement innovants pour les affections qui menacent la vie**, pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique (enregistrée), ceci dans l'intérêt de la santé du patient.
- Une **meilleure identification des besoins médicaux et l'établissement de priorités en matière de recherche**. Une meilleure coordination et une stratégie commune sont nécessaires, afin que les efforts de R&D puissent se dérouler de la manière la plus efficace possible, que des recherches puissent être menées pour des besoins médicaux moins intéressants d'un point de vue commercial et que la préférence puisse être donnée aux "unmet medical needs".
- Une **meilleure collaboration au niveau européen**, afin de rendre les procédures plus efficaces et de faciliter le rassemblement de données (p. ex. données de pharmacovigilance ou données sur les médicaments orphelins).
- Un **organe de concertation paritaire (une "mé dico-pharma") avec une responsabilité budgétaire et avec l'industrie des médicaments, les médecins, les OA et l'INAMI comme partenaires potentiels**, qui pourrait négocier en tenant compte de l'analyse coût-bénéfice d'un médicament et du gain potentiel pour la santé.
- L'une des missions possibles de cette concertation paritaire pourrait être un **élargissement des stratégies risk-sharing** (p. ex. "performance-based agreements" dans le cadre desquels un accès plus rapide au marché est couplé à une diminution de prix si l'effectiveness s'avère moins élevée que prévue).
- De telles mesures permettent de **limiter** la poursuite de l'utilisation du **chapitre IV comme instrument de contrôle budgétaire**.

*Suite page suivante*

---

## ORIENTATIONS POLITIQUES

Certaines options stratégiques et mesures budgétaires impliquent un choix politique. En tant que Mutualités Libres, nous retenons les points d'attention suivants de garantie à long terme de notre système de santé solidaire.

### Le principe de solidarité

#### **L'érosion du principe de solidarité par des dispositions de remboursement des frais de santé liées aux revenus doit être stoppée.**

Notre système de sécurité sociale est financé par des contributions liées aux revenus : plus les revenus sont élevés, plus les cotisations sont élevées.

Au moment où le risque de maladie et les frais relatifs aux soins se manifestent, la situation financière du patient ne peut plus être prise en considération. Ces régimes (Omnio, MAF fiscal,...) réduisent les frais à court terme pour certains patients, mais créent une désolidarisation à long terme en faisant fuir les bénéficiaires à revenus élevés vers des statuts qui génèrent moins de cotisations sociales (p. ex. comme indépendant).

### La convention

Le système de convention a besoin d'être revu. Le conventionnement partiel n'offre pas de sécurité juridique aux patients, en raison de la confusion relative aux heures conventionnées. Nous prévoyons quelques pistes de réflexion :

- enregistrement électronique des heures de consultations conventionnées, disponible pour le patient.
- conventionnement de pratique versus conventionnement individuel, couplé à la suppression du statut partiel.
  - L'enregistrement des pratiques est actuellement déjà développé.
  - Le couplage de la convention à l'enregistrement de la pratique garantit son application correcte et une possibilité de contrôle de la pratique à laquelle chaque médecin appartient ou du respect des tarifs.
- augmentation du caractère attrayant du système de convention en augmentant la base de remboursement pour les prestataires conventionnés.
- introduction et enregistrement via pseudocode de "l'informed consent" pour la facturation de prestations "hors critères" par des prestataires conventionnés.
  - avec un plafond égal aux honoraires prévus pour la même prestation qui répond aux critères.
  - les prestations qui ne permettent pas un choix autonome du patient en raison du prix élevé ou de l'absence d'alternative (défibrillateur cardiaque, chimiothérapie,...) sont explicitement exclues de ce système.

Ces deux dernières mesures doivent, d'une part, augmenter la sécurité juridique du patient et, d'autre part, contrer la fuite de la convention.

### Chirurgie extramurale

En raison de l'élargissement des pratiques hospitalières vers des pratiques ambulatoires (p. ex. clinique des yeux), qui seront enregistrées comme "pratiques à risque" par les autorités flamandes (reconnaissance régionale), des garanties de qualité doivent urgemment être imposées pour les soins extramuraux. Les Mutualités Libres sont préparées à cette évolution vers des alternatives à l'hospitalisation, moyennant une garantie de qualité, et pour autant que ces soins déchargent l'AMI et n'entraînent pas de frais supplémentaires pour le patient. Ce serait par exemple possible via des accords obligatoires entre les hôpitaux et les centres ambulatoires pour, entre autres, l'accueil des urgences. Un rôle doit en outre être confié au

pharmacien hospitalier pour la délivrance d'implants et de médicaments qui sont actuellement réservés à l'utilisation intramurale.

Ces accords de collaboration peuvent également solutionner le problème de la délivrance directe d'implants, de matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse à ces "pratiques" externes sans l'intervention d'un pharmacien, et donc sans garantie de qualité ni possibilités de suivi.

Dans un hôpital, la direction de l'hôpital est responsable des éventuelles erreurs, mais qu'en est-il en cas de pratique ambulatoire ?

## **Le secteur de la revalidation**

Les frais de construction et la prise en charge de biens immobiliers dans le secteur de la revalidation peuvent nuire au budget de l'INAMI, et donc également à la constitution de réserves pour les SS. Il faut penser à une solution qui permette une "participation dans la propriété", après paiement des frais d'acquisition et de rénovation par l'assurance maladie.

En matière de revalidation, l'attention doit être accordée à l'enregistrement de qualité et à la mesure des résultats de revalidation, afin d'appuyer des améliorations ou d'autres décisions stratégiques.

## **Conseil technique des dispositifs médicaux et des moyens diagnostiques**

Pour arriver à une transparence de prix dans tous les secteurs, il est nécessaire d'établir des listes de produits, couplées aux prix des produits.

La Commission de remboursement des médicaments (CRM) et la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI) sont les meilleurs élèves de la classe en la matière. Tous les produits remboursés et enregistrés sont repris sur des listes.

Pour les dispositifs médicaux et diagnostiques qui ne relèvent pas de l'une des commissions techniques précitées, le prix des produits est jusqu'à présent fixé via différents canaux, allant du CTMDMS (Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins), qui n'a pas de statut légal et qui est en fait un groupe de travail de la CCP, à la fixation par des conventions des commissions de bandagistes, d'orthopédistes, d'audiiciens, d'opticiens, ... Les Mutualités Libres plaident pour une commission technique similaire à la CRM et à la CRIDMI, compétente pour l'établissement de listes et la convention de prix avec l'industrie et les sous-traitants de cette diversité de produits, sur base de critères de qualité convenus avec les commissions compétentes. Ces listes doivent garantir les exigences de qualité minimales (e. a. label CE). Les commissions de convention conservent la compétence de coupler les produits repris sur les listes aux codes de nomenclature pour le remboursement du matériel au sein de leur secteur. Nous soulignons une nouvelle fois l'importance d'une distinction claire entre le coût du matériel et les honoraires de l'acte intellectuel, lié aux compétences du prestataire.

## **Une CCP pour le pharmacien hospitalier**

Les pharmaciens hospitaliers délivrent de plus en plus directement aux patients ambulatoires. Il n'existe actuellement aucun cadre normatif pour ces délivrances.

Si les compétences du CTMDMS sont élargies, il faut également réfléchir à scinder la CCP en deux parties : une pour l'officine ouverte et une pour les pharmaciens hospitaliers. Cela aurait deux avantages :

- premièrement, le pharmacien hospitalier serait reconnu comme prestataire dans notre réglementation (le pharmacien hospitalier n'est actuellement pas présent nominativement et uniquement reconnu comme fournisseur d'implants) et
- deuxièmement, le nombre croissant de délivrances du pharmacien hospitalier aux patients ambulatoires pourrait être réglementé.



## PROPOSITIONS CONCRETES

Ci-dessous, une liste de mesures que nous trouvons importantes pour les médecins :

- Plan Cancer : révision de la nomenclature pour la radiothérapie (adapter la nomenclature à la réalité et évaluer la structure d'intervention pour des appareils plus chers comme cyberknife) (encore à budgéter)
- Révision de l'art. 34 (thérapie interventionnelle) avec vérification des prestations sur base de la durée de prestation et du risque. Homogénéiser le cumul des prestations (encore à budgéter)
- Révision de l'art. 13 – anesthésie : établissement d'une base d'intervention, indépendamment de la valeur clé de l'intervention chirurgicale et basée sur le type de l'anesthésie réellement réalisée et les facteurs de risque du patient.

## PROPOSITIONS D'ECONOMIES

En tant que Mutualités Libres, nous voulons mettre en garde contre les économies aveugles et/ou linéaires : au sein du secteur des soins de santé, des montants qui ne correspondent pas à la valeur thérapeutique ou au coût réel du produit, au véritable effort des prestataires ou au risque de la prestation sont encore versés. Nous devons oser intervenir là où une "surintervention" peut objectivement être prouvée, afin de libérer des budgets qui, d'une part, continuent à garantir la qualité des soins et, d'autre part, allègent la pression financière pour le bénéficiaire.

Le débat des vases communicants (compensation du sous-financement par le surfinancement d'autres budgets partiels) ne peut être résolu que par la volonté de tous les acteurs de corriger le financement là où il est manifestement insuffisant et de restreindre les financements qui ne sont pas proportionnels au coût ou à l'effort réel. Même si cela entraîne des glissements entre les secteurs.

Le débat relatif à la qualité des soins doit également être mené. Les prestations/techniques qui, en raison de l'évolution (technique), sont dépassées ou moins qualitatives, qui sont trop chères etc. doivent pouvoir être supprimées par une procédure administrative simple de l'INAMI. A l'heure actuelle, nous acceptons sans cesse de nouveaux produits/nouvelles techniques d'intervention sans supprimer les produits/techniques obsolètes de manière conséquente.

### Propositions d'économies pour l'assurance maladie

Nous distinguons des possibilités d'économies sur des dépenses inutiles dans les rubriques suivantes :

- Révision électrophysiologie : EEG/PE – le rôle de ces examens en psychiatrie et en neurologie doit être revu dans le cadre de l'étude du KCE et en concertation avec les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres.
- Imagerie médicale (CR/IRM) : e. a. la forfaitarisation plus élevée avec indemnisation des coûts variables via forfait d'admission → **réalisation d'une économie de 50 Mio, comme stipulé dans la note budgétaire 2010.**

*Suite page suivante*

- Scintigraphie art. 18 §2 : révision aussi bien des prestations que des isotopes, enregistrement obligatoire e. a. du prescripteur, introduction de prestations pertinentes pour pouvoir coupler l'indemnisation du produit au type de produit. Dans l'évolution budgétaire, on remarque que les 3 prestations qui augmentent le plus sont celles qui sont les mieux remboursées, tandis que celles qui diminuent sont les prestations les moins bien remboursées. Cette nomenclature n'est en outre absolument pas transparente (malgré les formulaires de prescription clairs qui sont utilisés sur le terrain), ce qui rend le contrôle de son application correcte pratiquement impossible.
- Révision de la nomenclature des orthèses préfabriquées par :
  - une suppression des orthèses souples pour lesquelles aucune plus-value thérapeutique réelle n'est démontrée.
  - un couplage des produits à des codes de nomenclature spécifiques pour contrer les indemnisations à tort.
- Transfert du budget des compresses et bandes classiques (bandes Velpeau et de cambric) des préparations magistrales vers le CTMDMS en faveur des pansements thérapeutiques.

**La lutte contre la fraude organisée dans le chef des prestataires** reste un point d'attention particulier. Cf. le dossier des outliers "dentistes" qui épuisent le système solidaire d'assurance maladie et en abusent en combinant le régime du tiers payant, la non perception de la quote-part personnelle et la facturation de prestations relativement chères. MLOZ plaide dès lors pour le principe de la perception obligatoire de la quote-part personnelle et une exception à celle-ci via des filets de sécurité sociaux, en fonction du statut du bénéficiaire (également le statut de malade chronique).

### Propositions d'économies pour le patient

- Remboursement des prestations par des prestataires conventionnés selon une base de remboursement plus élevée, de sorte que la quote-part du patient diminue dans le total des honoraires. Cette proposition peut être associée à la réflexion relative au plafonnement des quotes-parts personnelles dans le secteur de la chirurgie dentaire (p. ex. dossier de l'examen buccal parodontologique avec des honoraires de 101 € et une quote-part personnelle de 16 €). Dans la nomenclature médicale, la quote-part personnelle est plafonnée.
- L'utilisation d'un dossier unique du patient pour éviter des examens inutiles et répétitifs.
- L'enregistrement systématique de la quote-part personnelle et du supplément à charge du bénéficiaire afin d'évaluer l'accessibilité financière et de pouvoir faire des propositions stratégiques.
- Donner la priorité aux prestations qualitatives INNOVANTES dans le remboursement. Une diminution de prix ou la suppression des produits obsolètes de la liste afin de créer une marge pour mettre des nouveaux et meilleurs produits à disposition du patient à un prix accessible.

Regina De Paepe et Chris Monten  
Evelyn Macken et Claire Huyghebaert