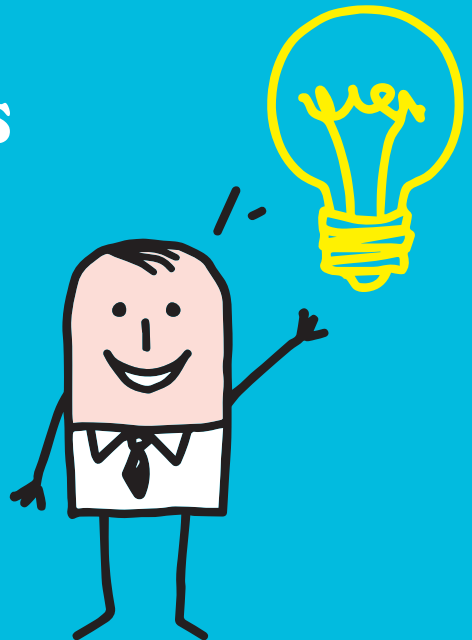


Réinventons la mutualité !

---

# 6

## Réformes prioritaires pour les Mutualités Libres



Mutualités   
Libres



**Les mutualités  
doivent  
se réinventer  
et passer  
d'un modèle  
administratif  
vers un modèle  
de services  
de santé.**



# Introduction

Les mutualités sont un des piliers de notre système de protection sociale. Au fil des années, elles se sont développées et adaptées pour assumer des missions essentielles dans notre système de soins de santé.

Face à l'évolution de leurs métiers et de la nature des soins de santé, les mutualités sont à nouveau amenées à évoluer et à se **repositionner dans un environnement en pleine évolution**. Les tâches administratives, qui constituent encore une partie significative de leurs activités, vont s'exécuter différemment à l'avenir avec l'informatisation des soins de santé. Les défis médicaux et sociaux ainsi que les besoins des citoyens en matière d'information et d'accompagnement sont l'opportunité pour les mutualités de **renforcer leur rôle vis-à-vis de leurs assurés**. Et par la même occasion, d'améliorer l'accès aux soins et de favoriser l'autonomie et le bien-être de leurs affiliés.

Les Mutualités Libres ont mené une réflexion sur le rôle qu'elles souhaitent jouer dans cet environnement changeant. Tout en restant viscéralement attachées à leur modèle solidaire et non lucratif, elles estiment que le secteur doit **se réinventer et passer d'un modèle administratif vers un modèle de services de santé** encourageant l'innovation sociale et le développement de nouveaux services et de couvertures santé.

Être un acteur responsable et innovant au service de ses affiliés : telle est l'ambition des Mutualités Libres. Voici donc nos **6 propositions de réformes prioritaires**. Puissent-elles inspirer les décideurs et amorcer les changements attendus.

**Bonne lecture !**

Xavier Brenez

**DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'UNION NATIONALE  
DES MUTUALITÉS LIBRES**

# Définir des objectifs de santé

**BIUT**

Réinventons la mutualité !

Créer un cadre global pour fixer des objectifs de santé belges. Utiliser ces objectifs comme balises pour conclure des accords et conventions avec les prestataires de soins, pour lancer des initiatives d'information et d'accompagnement des affiliés et pour développer les services de l'assurance complémentaire.



## Le contexte

Contrairement à d'autres pays, le système de santé belge ne repose pas sur des objectifs de santé plurinannels et les décisions ne sont pas guidées par des priorités de santé publique (ex : réduire l'obésité, augmenter les dépistages du cancer...). La performance du système de santé belge peut donc difficilement être évaluée.

## Nos recommandations

→ Définir une vision globale en matière de santé, déclinable en différents domaines (addictions, alimentation, santé mentale...). Au sein de chaque domaine, fixer les priorités publiques en se basant sur les conclusions d'études existantes et sur des critères à définir (caractère invalidant d'une pathologie, impact sur les budgets...)

→ Décliner ces domaines prioritaires en objectifs :

- réalistes
- mesurables et vérifiables de manière périodique (tous les 5 ans par ex.)
- évolutifs
- attribuables à un groupe d'acteurs ou à un niveau de pouvoir (but : assurer la responsabilité)

→ Faire adopter le cadre global, les priorités de santé publique et les objectifs par les différents niveaux de pouvoir belges, en prévoyant la possibilité pour ces derniers d'intégrer leurs propres objectifs et accents régionaux.

## Quels acteurs ?

Afin que les objectifs s'inscrivent dans une démarche continue, la fixation du cadre et des objectifs doit être confiée à un organisme unique, qui pourrait être l'**Institut de Santé Publique** reconfiguré en « Institut du Futur » (prévu par la 6<sup>e</sup> réforme de l'Etat), incluant des représentants des entités fédérées et les acteurs du système de santé : mutualités, prestataires de soins, KCE, associations de patients...

## Quel rôle pour les mutualités ?

- Participer à la définition des objectifs de santé.
- Contribuer à la réalisation des objectifs via la promotion d'un style de vie sain, les services de l'assurance complémentaire, le travail en commissions avec les prestataires de soins, etc.
- Pour les objectifs attribuables aux mutualités (ex : augmenter le nombre de DMG), créer un système d'incitants financiers encourageant la prise d'initiatives.
- Prendre part à la mesure des objectifs de santé en renforçant les missions de l'agence intermutualiste (IMA) et en couplant les données des mutualités avec d'autres données.



**Le système de santé belge ne repose pas sur des objectifs de santé plurinannels et les décisions ne sont pas guidées par des priorités de santé publique.**



# Informier et accompagner les affiliés



**BUT**

Réinventons la mutualité !

Créer les conditions et synergies pour maximiser l'impact des campagnes d'information des mutualités à l'attention de leurs affiliés, ceci afin d'améliorer la capacité de ces derniers à prendre des décisions éclairées sur leur propre santé. Soutenir ces initiatives par un système d'incitants adéquats.



## Le contexte

L'éducation à la santé est un défi sociétal majeur. Les mutualités sont actives sur ce terrain depuis toujours et mobilisent d'importants moyens pour sensibiliser leurs affiliés. Mais en l'absence de vision claire sur les objectifs de santé à atteindre, les initiatives sont fragmentées, non coordonnées entre organismes assureurs, et ne touchent pas toujours les publics concernés.





## Les mutualités doivent développer des initiatives en matière d'éducation à la santé qui contribuent aux objectifs de santé. Ces objectifs seront fixés par domaine et par public cible prioritaire.



### Nos recommandations

- Fournir aux citoyens un accès égal à une information vulgarisée sur la santé en stimulant proactivement le développement de leurs connaissances et de leurs compétences en cette matière et ce, quel que soit leur statut social, leur niveau d'éducation ou leur appartenance culturelle.
- Sensibiliser l'ensemble des professionnels de la santé aux enjeux de la « littératie en santé » afin d'aider les citoyens à préserver leur capital santé, à poser des choix plus éclairés en matière de prise en charge d'une maladie, à utiliser le système de santé de manière plus efficiente.
- Favoriser les synergies et la coordination entre les acteurs. Les organismes assureurs, les niveaux de pouvoir, les écoles, les CPAS, l'ONE et autres acteurs de première ligne doivent être encouragés à travailler ensemble pour maximiser l'impact des messages et des campagnes d'information sur la santé.
- Encourager toutes les initiatives visant à promouvoir les connaissances en santé (à l'école, dans les entreprises...) ou à simplifier le langage utilisé par les acteurs de la santé dans les communications avec les citoyens : administration, législation, consultations médicales, accueil dans les hôpitaux, notices de médicaments, etc. L'éducation à la santé implique en effet de nombreux intervenants : prestataires de soins, autorités, mutualités, enseignants, médias...
- Effectuer un état des lieux régulier sur le niveau de littératie en santé de la population belge, éventuellement via l'enquête nationale de santé publique. Ce critère pourrait aussi être considéré comme un indicateur de la qualité des soins et entrer en ligne de compte pour l'accréditation des hôpitaux par exemple (c'est le cas aux USA).

## Quels acteurs ?

Mutualités, pouvoirs publics, organisations de promotion de la santé, INAMI, médias...

## Quel rôle pour les mutualités ?

- Développer des initiatives en matière d'éducation qui contribuent aux objectifs de santé prioritaires. Ces objectifs seront fixés par domaine et par public cible prioritaire (ex : malades chroniques, grands consommateurs de soins, publics vulnérables).
- Créer des outils d'information adaptés aux publics visés et les compléter de programmes d'accompagnement ciblés pour faire changer durablement les comportements des patients et favoriser l'autogestion face à la maladie.
- Faciliter la tâche des prestataires de soins en mettant à leur disposition des outils d'éducation et d'aide à la décision adaptés à leur patientèle.

- Se concentrer sur les domaines dans lesquels les mutualités peuvent avoir le plus d'impact en fonction de leur expertise, de leurs moyens et des instruments dont elles disposent. Exemples : alimentation, mouvement, consommation de médicaments, prévention...
- Conditionner les résultats obtenus à un système d'incitants financiers. Le nouveau système de critères de performance de l'Office de contrôle des mutualités pourrait intégrer certains éléments, mais il devrait être complété par un système d'incitants positifs.





# Réformer l'assurance complémentaire

BIUT

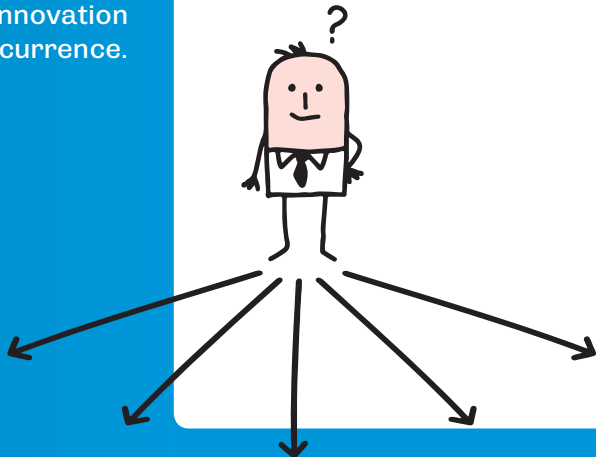
Réinventons la mutualité !

Orienter les services de l'assurance complémentaire vers les besoins prioritaires de santé. Pour ce faire, les interventions dans les prestations médicales devront être mieux encadrées et les services proposés par les mutualités auront pour vocation de favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé de leurs affiliés.

Et ce, dans un cadre encourageant l'innovation et la concurrence.

## Le contexte

La gamme actuelle des interventions de l'assurance complémentaire (AC) est très vaste. Il faut mieux utiliser cet instrument solidaire (l'AC est obligatoire) en le faisant davantage reposer sur les besoins en santé, ce qui permettra d'éviter la surenchère commerciale sur des services qui peuvent être jugés comme « accessoires ».



## Nos recommandations

→ Appliquer les principes de l'Evidence based practice (EBP) aux interventions dans les prestations médicales, en s'inspirant d'un critère utilisé par le Fonds Spécial de Solidarité de l'INAMI : « *La prestation présente une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues par les instances médicales faisant autorité et le stade expérimental est dépassé* ». Ce critère ne s'appliquerait qu'aux interventions relatives aux prestations médicales, pas aux prestations sociales et d'assistance (services sociaux, garde d'enfants malades,...) ou aux articles de confort médical.

→ Exclure certains services ou interventions ne correspondant pas aux besoins prioritaires de santé, pouvant être considérés comme accessoires ou pouvant faire l'objet de dérives commerciales.

### EXEMPLES :

- **Les interventions dans les prestations médicales ou de bien-être qui ne sont pas « EBP »** : médecines alternatives non reconnues ou dont les prestataires ne sont pas reconnus (phytothérapie, réflexologie, mésothérapie...), les services de bien-être comme le sauna, les bains thermaux, les massages ou soins esthétiques.



## Les services qui n'ont pas de lien avec la santé doivent être exclus de l'assurance complémentaire.



- **Les services qui n'ont pas de lien avec la santé** : primes de naissance et d'adoption, épargne pré-nuptiale, services de nettoyage et de repassage (sauf si lié à une situation de dépendance), abonnements club sportif, interventions dans les camps pour enfants, cours de conduite...
  - **Le remboursement des tickets modérateurs** pour des catégories d'affiliés qui ne sont pas sélectionnés sur base de critères médicaux (ex : les - 18 ans).
- **Collecter les données nécessaires à l'évaluation des interventions** qui peuvent être candidates pour un remboursement par l'assurance obligatoire. Ceci permettra aux mutualités d'utiliser l'assurance complémentaire comme laboratoire pour des prestations jugées probantes sur l'état de santé.

## Quels acteurs ?

Office de contrôle des mutualités, mutualités, Collège intermutualiste, INAMI,...

## Quel rôle pour les mutualités ?

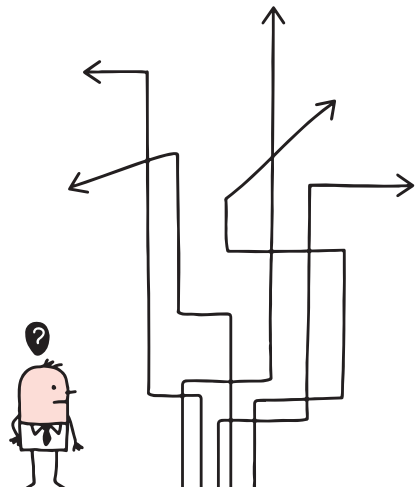
→ Développer des services et interventions favorisant le maintien ou l'amélioration de la santé.

### EXEMPLES :

- Informer et encourager les affiliés à adopter un mode de vie sain : conseils diététiques, vaccins, dépistages...
- Personnes en situation de dépendance : soins à domicile, téléassistance, aide familiale et aux personnes âgées, soins médicaux, centre de jour, garde de nuit, soutien des aidants proches...
- Personnes malades ou en voie de guérison : prêt de matériel de soin, séjours de soins, intervention pour des vêtements adaptés, perruques...
- Interventions dans des prestations onéreuses, peu ou pas remboursées par l'assurance obligatoire, et pour lesquelles une intervention de l'AC signifie une plus-value : ostéopathie, chiropraxie, homéopathie, acupuncture, lunettes et prothèses, orthodontie, logopédie, traitement des allergies, correction oculaire, traitement laser...
- Jeunes familles : interventions

pour les soins postnatals, l'accouchement à domicile, le test sanguin prénatal NIPT, la garde d'enfants malades...

- Amélioration de la santé mentale : assistance psychologique, psychologie, thérapie.
  - Assurance assistance voyage
  - Transport de malades non urgent
  - Coaching et accompagnement des maladies chroniques, care management...
  - Services de défense des membres
  - Etc.
- Au-delà de l'assurance complémentaire obligatoire, les mutualités doivent continuer à **développer des assurances facultatives** (hospitalisation, soins dentaires, soins ambulatoires...) au meilleur prix afin de faciliter l'accès aux soins insuffisamment couverts par l'assurance obligatoire.



# Revoir les règles de l'incapacité de travail et de la réintégration professionnelle

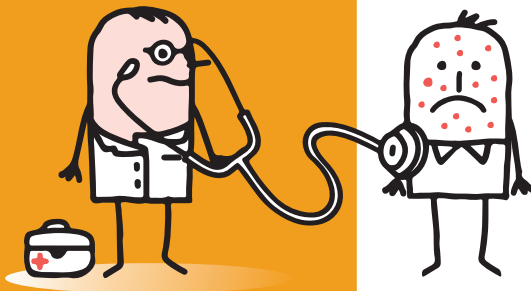
**BUT**

Réinventons la mutualité !

Renforcer le rôle des mutualités et de leurs médecins-conseils dans la gestion de l'incapacité de travail et de la réinsertion professionnelle de leurs assurés et ce, dans le cadre d'un plan global visant à diminuer le nombre de personnes en incapacité.

## Contexte

Le nombre de personnes écartées temporairement ou définitivement du marché du travail pour cause d'incapacité de travail est en forte augmentation depuis 2007. Les facteurs explicatifs sont multiples (modification des régimes de pension et de chômage, environnement de travail...) et nécessitent un plan global intégrant l'ensemble des acteurs liés à cette problématique.



## Nos recommandations

- Diminuer le maintien en incapacité primaire en modernisant les règles liées à l'incapacité de travail :
- **Rendre le régime d'incapacité de travail plus flexible** en introduisant de nouvelles règles pour éviter l'impact sur le salaire garanti. Cette catégorie pourrait convenir à des incapacités fluctuantes ou partielles (ex : malades chroniques devant s'absenter 1 ou 2 jours par semaine pour des soins).
  - **Uniformiser les procédures de période de déclaration** pour les chômeurs, ouvriers et employés tombant en incapacité de travail et généraliser le « salaire garanti » à tous les statuts, en ce compris les chômeurs afin de simplifier la gestion administrative de ces dossiers.
  - **Mettre en place un trajet de soins psychothérapeutiques** avec l'accord du médecin-conseil.
- Diminuer l'entrée en « invalidité » et moderniser ses règles.

### POUR CE FAIRE :

- **Allonger le délai d'entrée en invalidité de 12 à 18 mois.** Etre déclaré « invalide » après un an d'incapacité est en effet trop court pour mettre en œuvre un plan de réinsertion professionnelle. Le statut d'invalide revêt en outre un caractère assez « définitif ». L'allongement du délai devrait concerner uniquement la décision médicale, afin d'éviter d'impacter le calcul des indemnités et rendre alors la situation plus complexe sur le plan administratif.



**Il importe de prendre en compte les capacités restantes de l'assuré. Les Mutualités Libres proposent une indemnité complète pour une incapacité supérieure à 66%, une indemnité partielle si l'incapacité se situe entre 33% et 66%.**



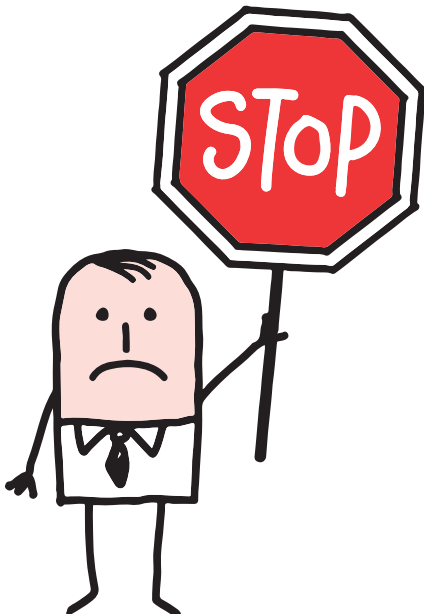
- **Prendre en compte les capacités restantes de l'assuré et les possibilités d'emploi adapté.** Les Mutualités Libres proposent une indemnité complète pour une incapacité supérieure à 66%, une indemnité partielle si l'incapacité se situe entre 33% et 66% et une fin de reconnaissance pour les incapacités inférieures à 33%.
- Revoir le rôle des différents acteurs en les responsabilisant sur la gestion des incapacités et de la remise au travail.
- **Médecin traitant :** responsabiliser les médecins traitants sur les périodes d'incapacité grâce au nouveau certificat d'incapacité de travail. Mettre en place un profilage des médecins pour

l'incapacité de travail, un peer review pour les gros prescripteurs et des sanctions financières en cas de récidive.

- **Employeur** : inciter financièrement les employeurs à investir dans des actions de prévention. Stimuler également le recours au contrôle médical en période de salaire garanti.
- **Patient** : inciter les patients à des reprises de travail progressives.

## Quels acteurs ?

Mutualités, INAMI, employeurs, prestataires de soins, patients...



## Quel rôle pour les mutualités ?

- **Renforcer le rôle des mutualités et des médecins-conseils dans la réintégration socio-professionnelle** des assurés entrant en incapacité primaire. Cela nécessite la mise en place d'une équipe multidisciplinaire pour identifier et suivre les personnes pouvant être réintégrées sur le marché du travail. Cette équipe serait constituée d'un médecin-conseil spécialisé en incapacité de travail, d'un « job-coach » chargé des contacts avec l'employeur et du trajet de réinsertion, d'un paramédical et d'un gestionnaire administratif.
- **Prévoir un statut particulier pour les médecins spécialisés en incapacité primaire**, avec un contrat plus flexible. Ce périmètre d'activités plus limité permettrait de travailler avec des médecins indépendants cumulant une autre activité et étant éventuellement rémunérés à la prestation. Les autres tâches comme le passage en invalidité ou les recours au Tribunal du Travail seraient traitées par un nombre réduit de médecins ayant le plein statut de médecin-conseil. Ces médecins-conseils pourraient effectuer un contrôle sur le travail effectué en incapacité primaire.

# Accélérer l'informatisation et la simplification administrative

**BUT**

Réinventons la mutualité !

Mettre en place les conditions de succès des projets e-santé et responsabiliser tous les acteurs impliqués.

En particulier, permettre aux mutualités d'absorber les économies sur les frais d'administration grâce aux projets d'informatisation et de simplification administrative.



## Le contexte

L'informatisation des soins de santé est un des points faibles du système de santé belge. Bien que des progrès aient été accomplis, force est de constater qu'ils sont trop lents et ne délivrent pas les gains escomptés en économies et efficacité. En cause : l'absence d'une approche structurée des projets e-santé et la dispersion des responsabilités entre les acteurs.

## Nos recommandations

- Revoir à la baisse le portefeuille des projets e-santé et donner la priorité aux projets ayant le plus d'impact en termes d'économies et d'efficacité.

→ Créer, pour chaque projet, les conditions nécessaires pour sa réalisation dans le cadre d'une approche globale afin que les objectifs soient atteints, notamment en termes d'économies :

- Tous les acteurs doivent être alignés sur le contenu des mesures proposées et le timing : prestataires de soins, mutualités et INAMI...
- Des incitants financiers ou pénalités doivent être créés pour chaque acteur impliqué dans la réussite du projet. Exemples : modulation de la prime télématique des généralistes en fonction de la facturation électronique, pénalités financières pour les mutualités ne respectant pas leur timing.
- Les acteurs extérieurs comme le fisc, la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, eHealth, le Comité sectoriel... susceptibles d'intervenir dans les projets doivent être impliqués dès le début du projet. Et un engagement sur le respect du planning doit être obtenu.
- Une logique « projet » doit être mise en place avec un leadership affirmé et neutre. Un reporting régulier et périodique sera mis en place à l'attention de tous les acteurs.
- Le gouvernement doit fixer un planning avec une date limite pour l'utilisation de chaque service électronique et réduire la période transitoire à sa plus simple expression.



**Afin de garantir la réussite des projets e-santé, des incitants financiers ou pénalités doivent être créés pour chaque acteur impliqué. Un plan de communication favorisant l'adhésion des prestataires de soins doit aussi systématiquement être appliqué.**



- Chaque mesure doit faire l'objet d'une analyse globale au niveau réglementaire afin d'effectuer les mises à jour nécessaires.
- Un plan de communication favorisant l'adhésion des prestataires de soins doit être systématiquement appliqué.

## **Quels acteurs ?**

INAMI, plateforme e-health, prestataires de soins, réseaux santé, mutualités, fournisseurs de logiciels,....



## Quel rôle pour les mutualités ?

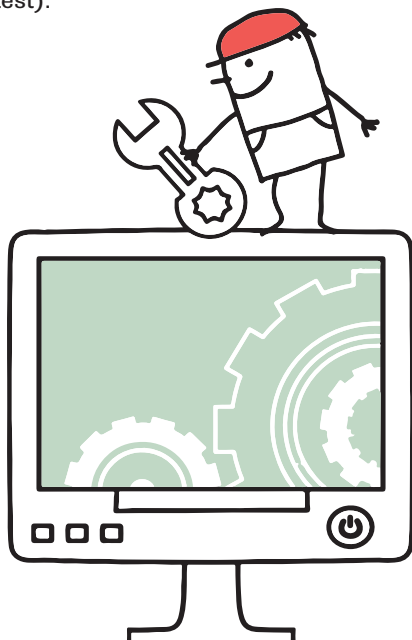
Compte tenu des efforts financiers demandés aux différents acteurs de la santé depuis 2012 et des nouvelles économies attendues à l'horizon 2018, il est impératif de privilégier les projets susceptibles de générer des économies.

Les économies demandées aux mutualités doivent par ailleurs être liées aux possibilités de réduire structurellement leur base de coûts.

Le projet le plus prometteur en termes de réduction des frais administratifs et de simplification administrative pour tous les acteurs (patients, prestataires, mutualités) est celui de la **suppression des attestations de soins papier** (eAttest).

Dans ce contexte, les projets ci-dessous nous paraissent essentiels pour les prochaines années :

- **Déploiement complet des projets déjà mis en production** : eFac (facturation électronique pour les médecins généralistes immédiatement et pour toutes les facturations en tiers payant librement utilisées par les prestataires, spécialistes et dentistes en 2016, autres prestataires dès 2017), demandes chapitre IV, feuilles de renseignements électroniques « ZIMA ».
- **Nouveaux projets** : attestations de soins électroniques à tous les prestataires de soins (eAttest), généralisation des échanges électroniques entre prestataires et médecins-conseils selon la même logique que le chapitre IV, certificat d'incapacité de travail électronique.



# Mieux lutter contre la surconsommation et la fraude

**BIUT**

Réinventons la mutualité !

Mettre en place une collaboration étroite entre les organismes assureurs et l'INAMI, permettant de lutter plus efficacement contre la surconsommation de soins et la fraude. Plus les prestations sociales seront « justes » et correctement exécutées, plus les citoyens soutiendront notre système de protection sociale.



## Le contexte

Soins inutiles, inappropriés, non conformes, voire non délivrés... Il est plus important que jamais de lutter contre les irrégularités. La lutte contre la fraude et les abus est en effet essentielle pour préserver l'adhésion des citoyens à la solidarité. De larges progrès sont à faire dans ce domaine.

## Nos recommandations

- **Améliorer l'utilisation des données relatives aux soins de santé.** Les organismes assureurs, l'INAMI, l'Agence intermutualiste et la Banque carrefour de la Sécurité Sociale disposent tous de données. Tout en garantissant la vie privée du patient, ces données doivent être comparées systématiquement afin de détecter les abus plus facilement et plus rapidement.

- **Etendre à d'autres professions médicales les techniques de détection des abus** pratiquées aujourd'hui pour les dentistes et les kinésithérapeutes via l'IMA (agence intermutualiste). Prévoir une base légale générale pour la pénalisation des « outliers » (cas extrêmes).
- **Activer la lecture de la carte eID dans les circuits tiers payant électronique** pour s'assurer de la matérialité de la prestation médicale. Au vu des volumes de prestations de certains médecins, on peut regretter que cette obligation ait été allégée pour les patients avec DMG.
- **Allonger le délai de prescription de 5 ans à 10 ans en cas de fraude**, à l'instar de ce qui est d'application pour la fraude fiscale.
- **Communiquer les suppléments d'honoraires aux organismes assureurs** pour le contrôle du conventionnement.
- **Mettre en place des instances disciplinaires** (Ordres) pour plusieurs catégories de prestataires de soins.
- **Activer les travaux de la Commission Fraude**. On constate peu d'avancées concrètes au sein de cette commission, il convient d'activer les travaux du groupe de travail dans les domaines identifiés. Exemples : surconsommations dans le cadre de la pratique du tiers payant social, remboursements effectués en « paiement direct » et en tiers payant le même jour, « One day » facturé en hospitalisations, etc.

## Quels acteurs ?

Organismes assureurs, INAMI, prestataires de soins, Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, agence intermutualiste,...

## Quel rôle pour les mutualités ?

- Pour les Mutualités Libres, **toutes les étapes de la chaîne doivent être revues afin de permettre de réduire les irrégularités** : détection, investigation, sensibilisation et monitoring, sanction, récupération. Il faut aussi **prévoir un feedback systématique de l'INAMI vers les organismes assureurs** sur la suite donnée aux dossiers transmis à l'INAMI. A défaut, les efforts déployés par les mutualités sont considérés comme inutiles.
- **Tant les organismes assureurs que l'INAMI doivent mobiliser des moyens** afin d'obtenir des résultats tangibles en matière de lutte contre la fraude. Les perspectives budgétaires indiquent une réduction des effectifs du Service d'évaluation et de contrôle médical de l'INAMI dans les prochaines années alors qu'il y aurait lieu de les renforcer. Du côté des organismes assureurs, les économies sur les frais d'administration laissent peu de marge pour investir dans ce domaine. Un **système d'incitants financiers** est nécessaire pour valoriser les efforts des mutualités en cette matière.

Les Mutualités Libres  
regroupent 6 mutualités :  
OZ, Securex Mutualité Libre,  
Partena Ziekenfonds,  
Omnimut, Partenamut,  
Freie Krankenkasse.

Avec plus de 2 millions  
d'affiliés, les Mutualités Libres  
sont le 3<sup>e</sup> organisme assureur  
du pays.

**ÉDITEUR RESPONSABLE**

Xavier Brenez, Union Nationale des Mutualités Libres,  
rue Saint-Hubert 19 - 1150 Bruxelles / 2015/12

Conception graphique : Philippe Dieu

Illustrations © Shutterstock

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)