MC-Informations
Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

275

mars 2019

Budget soins de santé 2019

La MC a toujours joué (et continuera de jouer) un rôle constructif dans la réalisation annuelle du budget de l'année suivante. Nous soulevons néanmoins un certain nombre d'objections fondamentales quant au budget 2019 et à son processus de réalisation. Le processus pour l'élaboration du budget de 2019 a de nouveau montré que la consultation paritaire est mise sous pression.

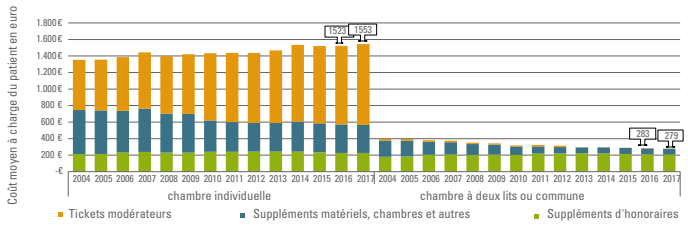
Réforme de l'Etat

L'opérationnalisation de la 6e réforme de l'Etat s'est déroulée de manière parfois fort différente à Bruxelles, en Flandre, en Région wallonne et en Communauté germanophone. Nous devrons nous habituer aux nouveaux noms des établissements et des structures de gestion, comme Iriscare, l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ), la Vlaamse sociale bescherming (VSB) et le Dienststelle für ein Selbstbestimmtes Leben (DSL).

Baromètre hospitalier

Il n'y a aucune raison pour que l'augmentation des suppléments d'honoraires constatée à ce jour ne s'arrête d'elle-même. La MC plaide sans équivoque en faveur d'une interdiction légale des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation et présente une proposition sur la manière dont un tel processus pourrait être envisagé.

Figure 2 : Évolution du coût moyen d'une hospitalisation classique à la charge du patient, par type de chambre (données des membres de la MC, 2004 - 2017, prix 2017).



Consommation d'opioïdes

En 2017, 55.000 membres MC utilisent des opioïdes de manière chronique pour des maladies non-cancéreuses, alors que ce n'est pas leur rôle selon les directives en vigueur.

Tableau 5 : Nombre d'utilisateurs d'opioïdes selon le type d'usage (données MC)

Année	Usage chronique sans cancer	Usage temporaire sans cancer	Usage pour cancer	Total
2010	46.742	234.919	22.723	304.384
2011	49.885	249.335	24.364	323.584
2012	50.147	255.640	25.406	331.193
2013	51.790	269.732	26.297	347.819
2014	54.085	288.566	27.780	370.431
2015	55.501	299.754	29.046	384.301
2016	56.926	311.496	30.675	399.097
2017	54.754	316.323	31.159	402.236
% croissance 2010-2017	17,1%	34,7%	37,1%	32,2%

MUTUALITE CHRETIENNE

La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Éditorial

Le 1er janvier 2019, il a été mis un terme à la période de transition pour le transfert des compétences de la sécurité sociale, comme prévu par la 6e réforme de l'État en octobre 2011. Nous dressons dans la présente édition un état des lieux de l'opérationnalisation des compétences transférées aux entités fédérées. Cette opérationnalisation s'est déroulée de manière parfois fort différente à Bruxelles, en Flandre, en Région wallonne et en Communauté germanophone. Nous devrons nous habituer aux nouveaux noms des établissements et des structures de gestion, comme Iriscare, l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ), la Vlaamse sociale bescherming (VSB) pilotée par la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) et le Dienststelle für ein Selbstbestimmtes Leben (DSL). Le rôle des mutualités sera variable selon les régions. Il varie d'une forte implication en Wallonie et à Bruxelles à une implication via les caisses de soins et le Vlaams intermutualistisch college (VICO) en Flandre, en passant par une fonction purement consultative en Belgique germanophone. De nombreux nouveaux organes de gestion ont été créés et des applications informatiques sur mesure ont été développées pour les entités fédérées. Pour que le citoyen mobile ne soit pas la dupe d'un imbroglio administratif en changeant d'adresse, de nombreux accords de collaboration ont dû être signés. Pour quel modèle de soins de santé opte-t-on au niveau d'une commune, d'une région de soins, d'une entité régionale, de la Belgique ou de l'Europe ? Une collaboration sera toujours nécessaire pour organiser et financer les soins et le bien-être.

La collaboration présente toujours des avantages. Hélas, à l'heure d'analyser le budget fédéral 2019 de l'assurance maladie, force est de constater que le Conseil général a laissé de côté la proposition approuvée par le Comité de l'assurance pour faire place à une proposition unilatérale de la ministre. Le modèle de concertation paritaire se retrouve de la sorte sous pression. Les dépenses qui explosent dans le secteur des prestations pharmaceutiques, avec un dépassement structurel, constituent une vraie source d'inquiétude. La croissance du secteur pharmaceutique met sous pression le budget de l'ensemble de l'assurance maladie obligatoire. Il devient urgent de trouver des économies structurelles dans le secteur pharmaceutique et de s'attaquer aux tarifs à la dérive des médicaments, tant à l'échelon national qu'à l'échelon international. Comme l'enseignement, les soins de santé sont un droit de l'homme de base, financés par les prélèvements sur salaire et par les impôts. Il n'est pas possible que, dans les soins de santé, des profits parfois immodérés soient générés sur le dos de la société et des patients. Le Comité de l'assurance demande dès lors la création d'un groupe de travail sur les spécialités pharmaceutiques, qui devra actualiser les mécanismes de gestion dans ce secteur, à moyen et à long terme.

Une telle approche est nécessaire pour garantir la finançabilité de la facture hospitalière. Le baromètre hospitalier MC constate que les suppléments d'honoraires ont continué à augmenter en 2017. La chambre individuelle, le souhait de nos membres en cas d'hospitalisation, devient impayable pour ceux qui ne possèdent pas d'assurance hospitalisation onéreuse. L'AIM a calculé que plus de 10.000 patients ont dû débourser plus de 5.000 euros en 2017. Outre les suppléments, nos membres ont payé près de 4 millions d'euros pour le « confort de chambre », également en chambre double ou collective. Parfois, des patients sont encore admis en hospitalisation classique alors qu'ils pourraient parfaitement être traités en hospitalisation de jour. La suppression des suppléments et la réintroduction de la « sécurité » sociale dans les hôpitaux est une obligation à l'égard de nos membres. L'article révèle comment financer cela à partir des moyens existants.

Enfin, nous présentons une étude relative à l'usage croissant des opioïdes pour la lutte contre la douleur des patients non-cancéreux. Ces médicaments ont encore fait récemment la une de l'actualité en raison des effets néfastes de l'addiction à ces produits aux États-Unis. Près de 10% des Belges ont consommé un opioïde en 2017. 55.000 d'entre eux les utilisent de manière chronique pour des maladies non-cancéreuses, alors que ce n'est pas leur rôle selon les directives en vigueur. La population doit être informée des risques potentiels de ces médicaments en cas de maladie non-cancéreuse. Mais évidemment, les prescripteurs doivent eux aussi assumer leurs responsabilités et une collaboration est importante pour y parvenir. Prescripteurs et patients doivent donc s'accorder à propos du traitement le plus adapté pour la douleur chronique, ce qui requiert souvent une approche multidisciplinaire.

Heureusement, nous observons une prise de conscience croissante pour aborder en profondeur les problèmes de l'assurance maladie et des soins de santé. Les mutualités continuent à attirer l'attention sur ces thématiques à travers leurs études et en collaborant, pour parvenir à des solutions adéquates.

Michiel Callens
Directeur du Service d'étude

État des lieux du transfert des compétences en matière de santé et d'aides aux personnes après la 6e réforme de l'État

Rossignol Nicolas, Bouvy Jonathan, Jauniaux Laurent et Regueras Naïma - Service politique MCFG
Pauwelyn Koenraad - Departement Zorg LCM

Résumé

La réforme de l'État, négociée en 2011 et traduite en textes législatifs en 2014, a progressivement été opérationnalisée à Bruxelles, en Région Wallonne, en Flandre et en Communauté Germanophone, et ce de manières parfois très différentes. Cet article décrit les choix posés dans chacune de ces entités pour ce qui concerne la gouvernance des compétences transférées en matière de santé et d'aides aux personnes. Quelles institutions ont été créées ? Dans quelle optique, et avec quels acteurs ? Comment, au moment de reprendre effectivement la gestion de ces matières, chacune de ces entités va-t-elle agir, gérer, voir cogérer, celles-ci ? Quelles conséquences pour l'organisation interne des mutualités ? Comment les entités fédérées se coordonnent pour assurer la portabilité des droits ? Et enfin, quels sont les enjeux de cette réforme ?

Mots-clés : réforme de l'État, gouvernance, gestion paritaire, sociétés mutualistes

1. Introduction

L'accord politique sur la 6e réforme de l'État, conclu en octobre 2011, acte d'importants transferts de compétences liées à la sécurité sociale vers les entités fédérées, notamment dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes tels que l'aide au sevrage tabagique, les aides à la mobilité, les soins en maison de repos, les soins dans certains centres de revalidation ou la prise en charge en maison de soins psychiatriques ou en initiative d'habitation protégée … En 2014, les réformes de la Loi Spéciale de Réforme Institutionnelle et de la Loi Spéciale de Financement ont formellement consacré ces transferts.

Ce 1ier janvier 2019, la période transitoire prévue dans l'accord entre les différentes entités fédérées et le fédéral vient de s'achever. Cet accord prévoyait que, durant une période transitoire durant laquelle les entités fédérées seraient déjà budgétairement responsables de ces matières, les institutions fédérales (à savoir l'INAMI et les unions nationales des mutualités, la CAAMI[1] et HR-Rail[2]) continueraient à assurer le paiement des prestations aux assurés et le financement des prestataires. A partir de ce 1ier janvier, c'est donc dorénavant aux Régions et Communautés d'exécuter elles-mêmes les prestations transférées et d'en définir les modalités d'intervention.

2. Etat des lieux dans chaque entité fédérée

2.1. Bruxelles

2.1.1 Le modèle de gouvernance

Dès le début de la législature 2014-2018, les autorités bruxelloises ont lancé les réflexions nécessaires pour déterminer le modèle d'organisation et de gestion des matières transférées. Certains diront même que les autorités bruxelloises ont été particulièrement proactives, puisqu'un avant-projet d'Ordonnance visant à instituer Iriscare[3] était validé au Collège Réuni[4] de la COCOM à la fin de l'année 2014.

Suite à différents avis officiels formulés par les représentants de la société civile, et à l'issue d'âpres négociations au sein du Collège Réuni entre les partisans d'un modèle de gestion entièrement confié à l'administration et ceux plaidant pour un

1 Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
2 La Caisse de soins de santé de HR-Rail est l'organisme assureur pour le personnel et les pensionnés statutaires des Chemins de fer belges ainsi que leurs personnes à charge.
3 Organisme d'Intérêt Public (OIP) destiné à la gestion paritaire des matières transférées
4 C'est le pouvoir exécutif, le 'gouvernement' de la COCOM.

modèle basé sur la gestion paritaire, un nouveau projet d'Ordonnance fut présenté à l'Assemblée Réunie[5] de la COCOM en décembre 2016, pour être voté le 23 mars 2017[6].

La particularité du modèle bruxellois, par rapport à ceux des autres entités fédérées, est qu'il est à cheval entre la gestion paritaire (comme en Région Wallonne) et la gestion centralisée par l'Administration (comme en Flandre et en Communauté germanophone). En effet, si l'Ordonnance Iriscare développe le fonctionnement de la structure tel qu'expliqué ci-dessus, il précise également les matières qui seront gérées par Iriscare, et par défaut celles qui seront du ressort de l'administration de la COCOM ; autrement dit ce qui échappera à la gestion paritaire et au contrôle des organismes assureurs et des partenaires sociaux[7].

2.1.2 Mise en place effective des différents organes

Comme nous l'indiquions dans le MC Info n° 266, Iriscare est chapeauté par un **Comité général de gestion** chargé de l'intendance de l'organisme et de la gestion de son budget global. Il est également amené à répartir ce budget entre les deux branches de la structure : les soins de santé et l'aide aux personnes d'une part, et les allocations familiales d'autre part. Il est composé paritairement de représentants des partenaires sociaux, des organismes assureurs, des prestataires et du Collège Réuni. Les caisses d'allocations familiales et les organisations familiales sont également présentes. Selon le type de décision qui s'y prend, ses membres ont une voix délibérative ou consultative. Il se réunit une fois par mois depuis juin 2018.

Les budgets des deux branches sont quant à eux cogérés respectivement par deux instances : le **Conseil de gestion des soins de santé et de l'aide aux personnes** et le **Conseil de gestion des prestations familiales**. Ils ont, par ailleurs, une mission consultative pour une série de politiques les concernant. Le Conseil de gestion des soins de santé et de l'aide aux personnes est composé paritairement de représentants des organismes assureurs et des prestataires. Les partenaires sociaux en font également partie, ainsi que deux commissaires du Collège Réuni et un représentant du Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes de la COCOM. Il se réunit une fois par mois depuis juin 2018.

Le **Conseil de gestion des prestations familiales** est quant à lui composé paritairement des représentants des partenaires sociaux, des organisations familiales et des caisses d'allocations familiales. Deux commissaires du Collège Réuni en font également partie. Il se réunit une fois par mois depuis juin 2018.

Le Conseil de gestion des soins de santé et de l'aide aux personnes sera, dès le début de l'année 2019, soutenu dans ses missions et effectue les arbitrages nécessaires aux propositions formulées par 4 commissions techniques. Ces dernières, composées paritairement de représentants des organismes assureurs et de prestataires, sont chargées d'identifier les besoins nécessaires au développement de leurs politiques et de négocier les accords et conventions ad hoc.[8]

Par ailleurs, ces commissions connaitront également des compositions élargies aux représentants de travailleurs ainsi qu'à des représentants des usagers lorsqu'elles agissent dans le cadre de la fonction consultative qu'un projet d'Ordonnance actuellement soumis à l'Assemblée Réunie leur confie.

Ce projet d'Ordonnance installera également une Commission « Voiturettes » et un « Collège Multidisciplinaire » afin d'assurer les missions autrefois remplies respectivement par la Commission « Voiturette » de l'INAMI, et une partie des missions du Collège des Médecins Directeurs de l'INAMI.

Soulignons enfin que la reprise des matières santé et aides aux personnes par la COCOM, via l'entremise d'Iriscare, nécessite également de transposer la règlementation fédérale et les conventions entre prestataires et organismes assureurs, ainsi que d'adapter les circulaires détaillant les processus administratifs entre les différentes parties prenantes. Il a été convenu de ne pas apporter de modification à la législation fédérale mais uniquement de la transposer (reprise 'AS IS' des matières). Il s'est donc agi d' « Iriscariser » ces documents, pour reprendre un néologisme fort usité ces derniers mois. Ces processus administratifs Iriscarisés, il a ensuite fallu les traduire en développements informatiques permettant la reprise effective des matières dans les circuits par chaque Société Mutualiste Régionale (voir 2.3.1.). Ces développements ont induit d'importants investissements IT (voir section 2.3.6.).

2.1.3 Le budget d'Iriscare

Le budget d'Iriscare s'élève à 1.240 millions d'euros pour 2019 ; les postes les plus importants sont évidemment les allocations familiales (815 millions d'euros) et le financement des institutions et des citoyens pour ce qui concerne les matières liées à la santé et l'aide aux personnes (396 millions d'euros, dont 270 millions pour les maisons de repos, maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour).

5 C'est le Parlement de la COCOM.

6 Ordonnance de l'Assemblée Réunie de la COCOM portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, 23 mars 2017

7 Pour le détail de la répartition des matières, voyez le MC Info n° 266.

8 Commissions Techniques (1) Santé Mentale, (2) Première ligne de soins, (3) Accueil et prise en charge des dépendances et (4) Personnes handicapées

2.2. Wallonie

2.2.1 Le modèle de gouvernance

En Région wallonne, les négociations en début de législature ont permis de dessiner les pourtours du nouvel organisme qui est désormais responsable de la gestion des matières santé transférées mais également des matières santé et handicap déjà exercées au niveau régional ou de la Fédération Wallonie-Bruxelles[9] avant la 6e réforme d'Etat ainsi que les allocations familiales transférées du fédéral. Ainsi, le 3 décembre 2015, le Parlement wallon votait le décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles[10] (AViQ) en y intégrant l'ancienne Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) et le Conseil wallon de l'action sociale et de la santé (CWASS, qui assurait jusqu'ici la fonction consultative).

Le choix de regrouper l'ensemble de ces compétences dans un seul Organisme d'Intérêt Public (OIP) implique la cohabitation de trois types de modèle gestion différents. Ainsi, les fonctions régaliennes, consultatives et la gestion paritaire (comme à l'INAMI) s'y exercent. On retrouve donc l'administration mais aussi différents lieux de codécision impliquant paritairement gouvernement, prestataires, organismes assureurs, patrons, syndicats et associations représentatives des publics concernés.

2.2.2 Mise en place effective des différents organes

L'AViQ, organe de gestion

Comme nous l'indiquions dans le MC Info n° 266, l'AViQ est chapeautée par un **Conseil général de gestion** dont la mission principale est d'assurer la gestion de l'ensemble des ressources de l'Agence (gestion du personnel, contrat de gestion, évaluation…) ainsi que d'établir son budget global et sa répartition entre les trois branches : santé, handicap et familles. Le Conseil général est composé paritairement de représentants du banc patronal, du banc syndical, mais aussi de représentants politiques de l'autorité (sur base de la représentation des partis au Parlement wallon) et des organismes assureurs. Il se réunit une fois par mois depuis le 21 janvier 2016.

Les différents Comités de Branche (santé, handicap et familles) ont pour mission de gérer le budget des matières relatif à leur secteur respectif. En ce qui concerne le **Comité de Branche Santé**, il est composé paritairement de représentants des organismes assureurs et des prestataires de soins mais aussi de l'administration, des syndicats et des organisations patronales. Il se charge de la politique de santé et de bien-être régionalisée et se réunit une fois par mois depuis le 23 mars 2016.

Derniers organes en date à avoir été mis en place, les **Commissions** de l'AViQ se réunissent régulièrement depuis juin 2018 et sont le moteur de la gestion paritaire. Composées de représentants des organismes assureurs et des prestataires de soins, elles sont chargées d'identifier les besoins, d'établir les propositions budgétaires dans les domaines relevant de leur compétence ainsi que de conclure des conventions entre les organismes assureurs et les prestataires. Certaines commissions relèvent exclusivement de la Branche Santé (1ière ligne, Accueil et hébergement des personnes âgées, santé mentale, hôpitaux) tandis que d'autres sont transversales à la Branche Santé et à la Branche Handicap (Autonomie et grande dépendance) ou aux trois Branches (Prévention et promotion de la santé). Depuis leur instauration, les Commissions ont principalement travaillé à la transposition de la règlementation (Règlement wallon de protection sociale) et des conventions INAMI (conventions maisons de repos, maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées,…) au niveau régional. Le principe étant que rien ne change au 1/1/2019 (reprise 'AS IS' des matières). À partir de 2019, elles devront être activement impliquées dans l'élaboration du budget 2020 de l'AViQ.

Finalement, le **Conseil de monitoring financier et budgétaire,** mis en place depuis le 8 juillet 2016, a trois principales missions :

- Il remet des avis dans le cadre de la procédure d'élaboration du budget des missions et du budget de gestion de l'Agence.
- Il fait trimestriellement rapport au Conseil général, aux Comités de Branche et au Gouvernement sur les recettes et les dépenses de l'Agence, en particulier sur les prévisions en la matière et sur les différents aspects de leur évolution.
- Il est également en charge de remettre un avis sur l'impact budgétaire de la conclusion ou l'extension des conventions signées entre les organismes assureurs et les prestataires.

L'AViQ, organe de consultation et de prospective

En absorbant le CWASS, l'AViQ a hérité de ses missions en termes de fonction consultative, fonction qu'elle exerce à travers le **Conseil de stratégie et de prospective**. Il est composé d'un collège central et de groupes d'experts (patrons, syndicats, organismes assureurs, organisations représentatives des usagers, organisations représentatives d'institutions et services, IWEPS[11]…). Dans ce cadre, il assure une veille des développements des politiques couvertes par le champ d'actions de l'AViQ, évalue de manière qualitative et quantitative les politiques mises en œuvre et donne, soit à la demande du

9 Accords de la Sainte-Emilie, autrement dit, le « Projet d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales », signé par les Président du MR, PS, Ecolo et CDH, 19 septembre 2013

10 Décret du Parlement de la Région Wallonne relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, 3 décembre 2015

11 Institut Wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique.

Gouvernement wallon, du Conseil général ou d'un Comité, soit de sa propre initiative, un avis sur les matières entrant dans le scope de l'Agence. Son avis peut être sollicité sur les avant-projets de décret, sur les projets d'arrêté du Gouvernement wallon et sur l'exécution de la programmation et du programme quinquennal de promotion de la santé. C'est le seul organe n'ayant pas encore été mis en place depuis la création de l'Agence. Cependant, l'appel à candidature pour le collège central a été finalisé en décembre 2018 et la réunion d'installation est normalement prévue pour le début de l'année 2019. Ce sont ensuite les membres du Collège qui proposeront au Gouvernement les membres devant constituer les futurs groupes d'experts.

2.2.3 Le budget de l'AViQ

Jusqu'au 31/12/2018, le budget de l'AViQ ne reprenait (en dehors du budget de fonctionnement de l'Agence) que les budgets relatifs aux matières dont la compétence relevait déjà de la Région avant la 6e réforme (matières handicap, certaines matières santé) ainsi que certaines matières transférées pour lesquelles la Région exerçait déjà une gestion effective (Fonds Impulseo et Assisteo par exemple ou le fonds de lutte contre les assuétudes) mais gérées de manière non-paritaire (anciennes matières INAMI dont les budgets ne transitait pas par les OA). Le budget total de l'Agence pour 2018 s'élevait alors à 1,070 milliards.

À partir du 1/1/2019, le budget de l'ensemble des compétences transférées (santé et allocations familiales) figure désormais au budget de l'Agence qui s'élève à présent à 4,595 milliards.

2.3. Les conséquences organisationnelles de la réforme de l'Etat à Bruxelles et en Région Wallonne

2.3.1 La création des Sociétés Mutualistes

Bien que par et en vertu de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, celles-ci doivent déjà disposer de comptabilités séparées pour l'exécution de l'assurance obligatoire par rapport aux assurances complémentaires, le Collège Réuni de la COCOM et le Gouvernement wallon ont demandé aux OA de créer deux personnalités juridiques spécifiques pour la gestion du système des interventions au bénéfice des personnes et patients pour les matières relevant respectivement de la Commission communautaire commune et de la Région wallonne.

Selon la demande formulée, cette personnalité juridique doit être basée sur la loi de 1990 pour garder les principes fondamentaux prévus par celle-ci.

Dans ce contexte, les OA ont alors décidé de constituer des Sociétés Mutualistes, qui consistent en des associations de plusieurs mutualités d'une même Union Nationale en vue du groupement de certains services, dont le remboursement des prestations de soins et l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance.

Pour ce qui concerne l'ANMC, il a été décidé de constituer une Société Mutualiste bruxelloise et une Société Mutualiste wallonne rassemblant les 19 mutualités chrétiennes du groupe ANMC. Le fait de ressembler l'ensemble des mutualités du groupe permet ainsi à ces Sociétés Mutualités de couvrir l'ensemble des membres bruxellois et wallons affiliés à une mutualité du groupe (nos membres bruxellois pouvant en effet être aussi bien affiliés à la Mutualité Chrétienne d'Hainaut-Picardie, du Limbourg, ou à la Mutualité Saint-Michel, par exemple).

2.3.2 La reconnaissance des Sociétés Mutualistes bruxelloises et wallonnes

Alors que la 6e réforme de l'État a confié de nouvelles matières à la COCOM et à la Région wallonne, il était nécessaire d'établir formellement le cadre légal permettant de reconnaître les acteurs habilités à contribuer à la gestion de ces matières, autrement dit, reconnaître les sociétés mutualistes évoquées.

C'est pourquoi l'Ordonnance relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes a été adoptée le 21 décembre 2018. Cette ordonnance détermine le champ d'application matériel et personnel de la réglementation bruxelloise, identifie les organismes assureurs bruxellois qui se chargeront de l'octroi des droits dans les matières transférées, détaille les missions des organismes assureurs bruxellois, les conditions d'agrément et les conditions financières, et qui les contrôlera.

En Région wallonne c'est le Décret de reconnaissances des organismes assureurs wallons[12], adopté le 8 novembre 2018, qui fixe le cadre législatif des sociétés mutualistes wallonnes. Il confirme le maintien du rôle des mutualités dans le cadre de la gestion des matières transférées et prévoit la possibilité de leur confier de nouvelles missions à l'avenir. Ce décret définit principalement les critères de reconnaissance des sociétés mutualistes régionales wallonnes et certaines modalités de financement. Il établit également le cadre des relations entre les sociétés mutualités, l'AViQ et l'Office de contrôle des mutualités (OCM).

2.3.3 L'assuré bruxellois et wallon

Cette ordonnance et ce décret sont, respectivement, applicables à toute personne physique dont le domicile légal est situé dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale d'une part, et à toute personne physique dont le domicile légal est situé sur le

12 Les organismes assureurs wallons englobent les sociétés mutualistes wallonnes issues des 5 unions nationales ainsi que la CAAMI et HR-Rail.

territoire de langue française de la Région wallonne d'autre part, et qui sont assujettis à la Sécurité sociale belge, appelée « assuré bruxellois » ou « assuré wallon ». Le critère de rattachement du domicile légal ne connaît qu'une seule exception, à savoir pour les personnes qui ont fait usage de leur droit à la libre circulation et qui ont leur domicile légal dans un autre Etat membre de l'Union européenne. Le critère de rattachement du siège d'exploitation de l'employeur ne vaut que pour ces personnes. Pour les personnes qui sont pensionnées et qui ont droit à une pension belge, mais qui ont un domicile légal dans un autre Etat membre, c'est le critère de rattachement du siège d'exploitation du dernier employeur qui s'applique. Par « autre Etat membre », on entend aussi un autre Etat qui est membre de l'Espace économique européen (EEE) ou la Suisse.

Au principe du domicile légal est ajoutée l'obligation pour l'assuré bruxellois de se trouver sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale (cette obligation ne s'applique pas aux citoyens de l'UE qui résident dans un autre Etat membre mais qui tombent sous le champ d'application de cette ordonnance) et d'être soigné dans un établissement de soins agréé par le Collège Réuni ou par un prestataire de soins agréé (par exemple, un bandagiste). Le même principe s'applique en Région wallonne dans le cadre du décret de reconnaissance des organismes assureurs wallons. Heureusement, les dispositions prévues par les accords de coopération entre entités fédérées (cf. Point 3.2), la règlementation européenne et les accords internationaux de sécurité sociale limitent fortement le champ d'application de cette obligation.

2.3.4 Les sociétés mutualistes bruxelloises et wallonnes

L'une des conditions d'agrément pour les SMR bruxelloises est, préalablement à la demande d'agrément au Collège Réuni, d'être reconnues par l'OCM, conformément aux dispositions de la loi du 6 août 1990. L'agrément aura en principe une durée indéterminée. Les SMR doivent satisfaire, durant toute la période d'agrément, à l'ensemble des dix conditions d'agrément reprises dans l'Ordonnance.

Cette ordonnance prévoit également que le Collège Réuni peut désigner une institution publique bicommunautaire créée par la COCOM en tant que Caisse auxiliaire bruxelloise. Néanmoins, tant que le Collège réuni n'aura pas désigné d'institution comme Caisse auxiliaire bruxelloise, la CAAMI assumera le rôle de Caisse auxiliaire.

Les missions légales des organismes assureurs bruxellois proviennent de l'objectif, également repris dans la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, de promouvoir le bien-être physique, psychique et social, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité. Les missions légales plus spécifiques sont notamment : fonctionner comme guichet unique pour toutes les questions concernant les dossiers et les droits dans les compétences transférées, examiner les demandes, prendre une décision sur les interventions et se charger des paiements.

L'Ordonnance détaille également le principe de la responsabilisation des SMR bruxelloises en ce qui concerne leurs frais d'administration. Une partie variable de 20% au maximum sera liée au contrôle financier et de la qualité exercé par l'OCM et par Iriscare. Ce mécanisme de responsabilisation sera introduit progressivement par le Collège Réuni, en concertation avec les sociétés mutualistes bruxelloises, étant entendu que ce mécanisme devra être activé au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur de cette ordonnance. Le Collège Réuni peut prolonger une fois cette période par arrêté d'exécution.

Les sociétés mutualistes wallonnes doivent également répondre à une série de conditions pour être reconnues par l'Office de contrôle des mutualités et le Gouvernement wallon. Ces conditions et la procédure de reconnaissance sont reprises dans le décret ainsi que dans l'arrêté d'exécution qui l'accompagne. L'agrément est prévu pour une durée illimitée mais peut être retiré. L'AViQ (à travers son Conseil général de gestion) et l'OCM jouent respectivement un rôle de contrôle sur les conditions d'agrément et l'activité des sociétés mutualistes wallonnes.

Comme à Bruxelles, les sociétés mutualistes wallonnes tirent leurs missions légales dans la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités à l'exception de l'article 5 bis, de promouvoir le bien-être physique, psychique et social, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité.

Le décret et l'arrêté d'exécution wallons reprennent diverses dispositions relatives au versement de frais de mission et d'administration des organismes assureurs wallons et prévoient également un mécanisme de responsabilisation sur leurs frais d'administration (encore à préciser dans un arrêté à l'heure d'écrire ces lignes) ainsi qu'une formule de répartition de ces derniers entre les différents OA wallons. Ils prévoient aussi des sanctions en cas de non-respect de la loi sur les mutualités ou des dispositions du décret en termes de paiement des prestations. L'arrêté d'exécution reprend quant à lui un mécanisme de responsabilisation sur les frais de mission des OA wallons. Il précise qu'en cas de dépassement du budget, les OA wallons devront prendre à leur charge 1% de ce dépassement (plafonné à 2% du budget total). Ils peuvent dans ce cadre constituer une réserve de maximum 1% par an et plafonné à maximum 3,5% du budget.

12 Les organismes assureurs wallons englobent les sociétés mutualistes wallonnes issues des 5 unions nationales ainsi que la CAAMI et HR-Rail.

2.3.5 CIN-B et CIN-W

Suite à la 6e réforme de l'Etat, les OA ont décidé d'instaurer un Collège Intermutualiste Bruxellois (CIN-B) ainsi qu'un Collège Intermutualiste Wallon (CIN-W) sur le modèle du Collège Intermutualiste National.

Le CIN-B et le CIN-W sont des associations de mutualités composées des représentants des 5 Unions Nationales de mutualités ainsi que de la CAAMI et de la Caisse des soins de santé de HR-Rail.

Ils ont pour mission :
- d'organiser la concertation entre les différentes mutualités sur tous les problèmes présentant un intérêt pour les matières transférées à Bruxelles et à la Région Wallonne et sur le secteur mutualiste en général ;
- de prendre position en rapport avec ces problèmes en tenant compte des intérêts de l'ensemble des assurés sociaux ;
- de susciter des actions communes ou des coopérations organiques dans la gestion des organismes assureurs ;
- de coordonner la représentation des organismes assureurs au sein des instances d'Iriscare et de l'AViQ ;
- d'envisager le développement d'outils communs à la gestion des matières régionales.

2.3.6 Frais d'administration, frais d'investissement, et leur répartition entre les Société Mutualistes bruxelloises et entre les Sociétés Mutualistes wallonnes

Le fait que les autorités bruxelloises et wallonnes aient décidé de confier la gestion des matières transférées aux sociétés mutualistes bruxelloises et wallonnes implique des frais de gestion et d'investissement à charge de la COCOM et de la Région Wallonne.

En concertation avec les autorités des deux entités fédérées en question, les OA ont donc établi une évaluation globale :
- des frais d'administration récurrents liés à la gestion quotidienne des matières transférées (gestion des dossiers, frais de personnel, etc.) ;
- des frais d'investissement uniques liés à l'achat de matériel informatique, au développement informatique, etc., nécessaires à la reprise de la gestion des matières au 1 janvier 2019.

Une fois la hauteur de ces enveloppes globales établies pour la COCOM et la Région Wallonne et approuvées par les autorités, les OA se sont accordés sur des clés de répartition de ces montants entre les SMR, HR-Rail, CAAMI. Les clés sont identiques à la COCOM et en Région Wallonne, et sont établies comme suit :
Concernant les frais d'administration :
- Socle de 5% de l'enveloppe globale réparti équitablement entre les sept 7 OA (socle de solidarité) ;
- Répartition du reste de l'enveloppe entre les OA sur base de trois critères :
  - Nombre total de bénéficiaires (titulaires et personnes à charge) afin de prendre en compte le volume global d'activités de chaque OA : 50% de l'enveloppe restante ;
  - Nombre total de bénéficiaires de l'intervention majorée (titulaires et personnes à charge) afin de prendre en compte des facteurs sociaux : 10% de l'enveloppe restante ;
  - Nombre total de bénéficiaires de 65 ans et plus (titulaires et personnes à charge) afin de prendre en compte que les compétences transférées sont fortement liées au vieillissement : 40% de l'enveloppe restante.

Chaque année, on utilise la moyenne des effectifs de membres des deux dernières années connues (lissage sur deux ans).

Concernant les frais d'investissement :
- Pour la moitié de l'enveloppe, un montant fixe par entité de développement (vu que l'UNMS développe également pour l'UNML, et MLOZ pour l'UNMN).
- Pour la seconde moitié, une répartition obtenue sur base de l'effectif des bénéficiaires de chacune des entités de développement.

Les données utilisées par OA pour répartir les parties variables proviennent de l'INAMI. Pour l'année 2019, 16,8 millions d'euros sont prévus au budget de l'AViQ pour les frais d'administration des OA wallons à répartir entre les 5 sociétés mutualistes, la CAAMI et HR-Rail. Ce montant représente 1,7% des montants de prestations qui transiteront par les OA wallons dans le cadre de la protection sociale wallonne. A Bruxelles, ce sont 8,5 millions qui sont prévus au budget d'Iriscare pour les frais de gestion des organismes assureurs, ce qui représente 2,1% des dépenses en santé et aide aux personnes.

2.4. Flandre

2.4.1 Réglementation et organisation

En Flandre, les nouvelles compétences sont gérées et pilotées par la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG). Au sein de la VAZG, une distinction est opérée entre les secteurs qui sont couplés depuis le 1er janvier 2019 au modèle assurantiel de la protection sociale flamande (VSB) et les secteurs qui conserveront provisoirement le modèle assurantiel fédéral de l'assurance maladie obligatoire. Ces derniers ne seront intégrés qu'ultérieurement à la VSB ou combinés à d'autres initiatives politiques.

Sur le plan réglementaire, ce choix s'est traduit par deux textes de base, à savoir le décret du 18 mai 2018 portant création de la protection sociale flamande (ci-après dénommé « décret VSB ») et le décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs (ci-après dénommé « décret de reprise »).

Piliers du décret VSB
- budgets de soins
- aides à la mobilité
- établissements pour les personnes âgées (maisons de repos, centres pour court séjour et centres de soins de jour)

Piliers du décret de reprise
- revalidation
- maisons de soins psychiatriques (MSP)
- initiatives d'habitation protégée (IHP)
- équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs

Le décret VSB règle depuis le 1er janvier 2019, en plus des budgets de soins[13], les aides à la mobilité et les établissements de soins aux personnes âgées, tandis que le décret de reprise règle les compétences citées dans son titre. Les autres compétences transférées, comme la tabacologie et les services intégrés de soins à domicile (SISD), sont réglées par des textes réglementaires spécifiques.

2.4.2 Rôle des caisses de soins et des organismes assureurs

La distinction faite entre organisation et réglementation se retrouve également au niveau des partenaires chargés de l'exécution. Les caisses de soins ont déjà été désignées pour exécuter les budgets de soins au sein de la VSB. Les nouvelles compétences de la VSB (soins aux personnes âgées et aides à la mobilité) passeront également par les caisses de soins. Les caisses de soins font office, au sein de la VSB, de guichet unique pour le traitement des demandes, la facturation et les paiements aux prestataires de soins et aux établissements de soins, tout en étant un interlocuteur pour les citoyens, les établissements et les prestataires de soins. Il existe aujourd'hui cinq caisses de soins mises en place par les mutualités. Il existe par ailleurs une caisse de soins flamande, dirigée par la VAZG.[14]

Vu le maintien du modèle assurantiel fédéral pour les secteurs concernés par le décret de reprise, leur exécution est confiée aux organismes assureurs[15] (OA). Ils continuent à contrôler l'assurabilité et traitent les demandes et la facturation, en assurant les paiements aux prestataires et aux établissements de soins.
Pour les compétences non reprises dans ces textes, comme les services intégrés de soins à domicile, des liens de collaboration ad hoc sont prévus avec les OA pour les matières dans lesquelles ils jouent encore un rôle.

2.4.3 Impact

Pour les piliers visés par le décret de reprise, les OA feront rapport à la VAZG, qui se chargera du pilotage et du financement. Jusqu'au 31 décembre 2018, cette tâche était exclusivement assurée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Cette évolution a signifié pour les OA une division des systèmes et des circuits comptables. Pour la collaboration avec la VAZG, des flux et des systèmes analogues à ceux utilisés pour collaborer avec l'INAMI sont employés. Outre ces développements, les processus internes ont été adaptés, comme par exemple la centralisation des demandes pour les matières flamandes.

Quant aux établissements et aux prestataires de soins, depuis le 1er janvier 2019, ils doivent eux aussi faire une distinction entre les matières régionales et les matières fédérales pour ce qui concerne la facturation et les demandes. De nouveaux accords ont été passés avec les OA et la VAZG sur la manière dont seront traitées les demandes et la facturation pour les matières régionales.

Pour les caisses de soins, l'extension du modèle assurantiel VSB implique une extension proportionnelle de leur fonctionnement opérationnel. Depuis le 1er janvier 2019, ce ne sont plus les OA mais bien les caisses de soins qui assurent le traitement des demandes et de la facturation pour les aides à la mobilité et les établissements pour personnes âgées. Ces deux secteurs ont été digitalisés dans le cadre d'une collaboration entre la VAZG et les caisses de soins. Les demandes et la facturation des aides à la mobilité se font entièrement sous forme électronique depuis le 1er janvier 2019. Pour les établissements de soins aux personnes âgées, le circuit électronique se mettra en place au cours du premier semestre 2019. L'intention est que tous les établissements travaillent sous forme électronique d'ici le 1er juillet 2019.

Outre les diverses adaptations et restructurations des différents acteurs, la régionalisation exerce également un impact global sur le paysage des soins en Flandre. Les régions et les acteurs doivent réfléchir à l'organisation de soins de qualité au-delà des limites territoriales, ainsi que dans un contexte national et international. Les citoyens doivent pouvoir continuer à faire appel à une offre de soins équivalente et qualitative, sans se trouver entravés par des limites régionales.

2.4.4 Changements de fond

Dans un premier temps, lors du transfert des compétences, on a opté pour un maximum de continuité de la réglementation, afin d'en atténuer au mieux l'impact sur les acteurs et les citoyens. Certes, une série d'accents ont été donnés, comme

13 Les budgets de soins constituent une poursuite et une extension de l'assurance soins flamande, plus d'infos sur www.cm.be/zorgkas
14 Pour la liste complète des caisses de soins, voir www.vlaamsesocialebescherming.be/de-zorgkassen
15 Les mutualités et leurs unions nationales sont régies par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités

l'augmentation du nombre de situations dans lesquelles un dispositif d'aide à la mobilité peut être loué, ou des changements de la durée des délais pour leur remplacement.[16]

Le principal changement est la digitalisation des piliers déjà intégrés à la VSB, à savoir les établissements pour personnes âgées et les aides à la mobilité. Toutes les demandes et facturations se feront sous forme électronique à partir de 2019. Comme indiqué précédemment, cela concernera les dispositifs pour personnes âgées, en accord avec le secteur et à travers un déploiement progressif. Les caisses de soins travaillent sous forme entièrement électronique pour ces deux piliers. Pour le rapportage et le financement, les applications pour les caisses de soins sont couplées à une plate-forme commune gérée par les caisses de soins et la VAZG.

Enfin, il y aura une évolution de la manière dont les accords médicaux sont donnés aux demandes d'aide à la mobilité ainsi qu'aux demandes en matière de rééducation. Jusqu'au 1er janvier 2019, les accords médicaux liés à ces demandes étaient organisés et donnés à partir de la mutualité d'affiliation du patient. Les médecins-conseils et les paramédicaux des OA traitaient toutes les demandes pour leurs membres. À partir de 2019, un nouvel organe flamand se chargera progressivement de ces contrôles : la commission des caisses de soins. Cette commission se compose de médecins, de paramédicaux et d'experts des diverses caisses de soins et elle accordera des accords médicaux pour les demandes de toutes les caisses de soins, peu importe la caisse d'affiliation du membre.
Pour les établissements pour personnes âgées, la commission des caisses de soins jouera le rôle des Collèges locaux actuels pour l'aspect du contrôle des indications.

2.4.5 Protection sociale flamande et Bruxelles

Depuis l'introduction de la VSB, les Bruxellois sont libres de rejoindre ou non le modèle assurantiel de la VSB. Les Bruxellois peuvent donc aussi ouvrir des droits au sein de la VSB et faire appel à des budgets de soins. Depuis le 1er janvier 2019, de nouveaux piliers se sont ajoutés, à savoir les aides à la mobilité et les établissements pour personnes âgées. Contrairement aux budgets de soins, les assurés VSB à Bruxelles bénéficient ici d'une double offre : un modèle de financement propre est également prévu pour ces deux secteurs par la Commission communautaire commune (Cocom). Un assuré bruxellois à la VSB a donc le choix d'introduire sa demande d'aide à la mobilité dans le système flamand ou le système bruxellois. Pour son séjour dans un centre pour personnes âgées, l'assuré bruxellois à la VSB peut choisir entre un établissement reconnu par la Flandre et un établissement reconnu par Bruxelles.

2.5. Communauté germanophone

2.5.1 Le modèle de gouvernance

Pour implémenter et gérer les nouvelles compétences concernant les soins de santé et l'aide aux personnes, la Communauté germanophone a décidé de mettre en place un modèle hybride de gouvernance.

- L'administration gèrera et mettra en œuvre les matières liées aux allocations familiales et à la "santé" : prévention et promotion de la santé, revalidation, financement des infrastructures hospitalières et des maisons de repos (et de soins)ainsi que des centres de jour.

- Un nouvel organisme d'intérêt public (OIP), la *"Dienststelle für ein Selbstbestimmtes Leben"* (DSL), l'agence pour une vie autodéterminée, gèrera les matières liées à l'aide à la personne (reprise de l'Allocation d'aide aux personnes âgées, des aides à la mobilité), plus précisément tout ce qui concerne les personnes dépendantes indépendamment de leur âge. Créée au 1er janvier 2017 sous forme de guichet unique, cette nouvelle agence s'adresse aux personnes dépendantes et à leurs proches, ainsi qu'aux malades chroniques. L'intention est de donner aux citoyens tous les moyens nécessaires pour vivre en toute autonomie. Ses tâches principales sont l'information, le conseil et l'accompagnement de la personne dépendante et de son entourage. De plus, elle a le devoir d'élaborer des propositions et politiques dans les matières du handicap et des seniors et assure ainsi une fonction de conseil auprès du gouvernement de la Communauté germanophone.

À partir de janvier 2019, la DSL est compétente pour l'évaluation du niveau de dépendance des résidents en maison de repos, en maison de repos et de soins et en centre de jour, ainsi que le degré de handicap des enfants dans le cadre des allocations familiales majorées. Signalons que dans un but d'optimalisation des flux d'informations, le Service public fédéral Personnes handicapées continue à évaluer le degré d'handicap des enfants pour l'octroi d'allocations familiales majorées. De cette manière, les mutualités restent en mesure d'identifier rapidement les bénéficiaires en vue de préserver les droits de leurs membres liés à l'assurance maladie-invalidité.

La DSL dispose d'un conseil d'administration composé en partie paritairement. Y sont représentés avec voix délibérative : les représentants des employeurs et des travailleurs ainsi que les organismes assureurs. Les représentants des prestataires de soins quant à eux ne font pas partie du conseil d'administration. Elle dispose aussi d'un organe consultatif qui associe différents représentants d'organisations de la société civile dans divers secteurs comme la santé, l'emploi, le logement, la réintégration socio-professionnelle, etc. Enfin, deux organes supplémentaires,

16 Pour plus d'infos et la liste des modifications, voir www.vlaamsesocialebescherming.be

consultatifs eux aussi, ont été créés : les conférences de prestataires de services, l'une rassemblant des représentants des secteurs liés aux enfants, jeunes et adultes en situation de handicap et perte d'autonomie, l'autre des représentants du secteur des seniors en perte d'autonomie.

Après deux années de fonctionnement, la DSL a procédé à une évaluation de son fonctionnement. Il en résulte une refonte organisationnelle allant dans le sens d'une division fonctionnelle horizontale. Partant d'une séparation nette entre les domaines de la prise en charge des seniors d'une part et de la prise en charge des enfants, jeunes et adultes en situation de handicap d'autre part, il a été opéré une intégration de ces deux domaines. Il en résulte une nouvelle division fonctionnelle entre les domaines de l'orientation et des besoins d'une part, et les prestations d'autre part.

2.5.2 Rôle octroyé aux organismes assureurs

Dans le modèle de gestion mis en place par la Communauté germanophone dans les matières transférées, les organismes assureurs ont un rôle limité. La seule porte qui leur reste ouverte a pour cadre la prévention et la promotion de la santé à travers le nouveau concept de promotion de la santé. Les OA ont deux voix délibératives au Conseil d'administration de la DSL mais elles ne sont plus co-gestionnaires avec les prestataires de soins, comme c'est le cas au niveau de l'assurance soins de santé et indemnités fédérale.

Pour maintenir leur capacité d'influence, faire percoler leurs projets et défendre leur vision de la santé voire de la société, les mutualités présentes sur le territoire de la Communauté germanophone ont créé, fin 2015, une Plateforme de concertation similaire à celle qui existe au niveau fédéral (le CIN) : la plateforme de concertation des organismes assureurs en Communauté germanophone. Cette plateforme coordonne la concertation autour des positionnements à défendre dans l'intérêt des membres auprès des pouvoirs publics. Son implication active dans les lieux de concertation et de décision est en effet indispensable.

Alors que le gouvernement germanophone a mis en œuvre, par la DSL, une structure partiellement gérée paritairement, les enjeux sont liés à la mise en place d'une forme de gestion qui rassemble tous les acteurs qui cogèrent déjà actuellement les matières de la sécurité sociale et qui apportent donc une solide expertise et beaucoup de savoir-faire.

Plus fondamentalement, la MC se demande si la Communauté germanophone pourra, à l'avenir, gérer les matières transférées de la sécurité sociale en apportant aux citoyens la même qualité de service et le même niveau de sécurité (sociale dans ce cas). Tout dépend des politiques de santé et de bien-être qui seront mises en place. L'enjeu est crucial vu la petite taille de la Communauté germanophone, des évolutions démographiques et des spécificités liées à la mobilité des habitants. Il est important que les responsables politiques prennent conscience de la nécessité de dégager les moyens adéquats pour remplir leurs missions, qu'elles soient politiques, de gestion ou de services. Ces politiques devront être efficaces, finançables et surtout proches des besoins des gens.

La gestion des soins et de l'aide à la personne en Communauté germanophone est donc fortement marquée par une centralisation au niveau des pouvoirs publics.

3. Les principaux enjeux

3.1. Le passage de relais du fédéral vers les entités fédérées

À l'heure d'écrire ces lignes, certains éléments importants du transfert de compétences doivent encore être réglés en accord entre l'ensemble des entités fédérées. Ainsi, le protocole de sortie réglant la transition entre l'INAMI et les organismes régionaux au 1/1/2019 fait encore l'objet de discussions en Conférence interministérielle. Ce protocole devrait définir, entre autres, quel est l'organe compétent pour le paiement des prestations facturées en 2019 mais prestées en 2018.

Il en va de même pour l'accord devant régler les questions relatives au traitement des conventions internationales, notamment la détermination d'un point de contact unique vis-à-vis de l'étranger (qui resterait l'INAMI) et la manière dont seront redistribués les moyens récupérés à l'étranger. Il doit également définir les règles de prise en charge des prestations (quelle entité de rattachement) pour les belges domiciliés à l'étranger mais soumis au système de sécurité sociale belge.

3.2. La portabilité des droits des citoyens dans une sécurité sociale éclatée

Afin de garantir la portabilités des droits des assurés entre les différentes entités du pays, plusieurs accords et protocoles de coopération ont dû être pris entre la Flandre, la Région wallonne, la COCOM, la COCOF et la Communauté germanophone.

Ainsi, « l'accord de coopération portant sur le financement des soins en cas de recours à des institutions de soins en dehors des limites de l'entité fédérée » a pour objectif d'éviter qu'un assuré domicilié sur le territoire d'une entité ne puisse être couvert en cas de prise en charge dans une institution agréée implantée sur le territoire d'une autre entité. Cet accord concerne donc les institutions suivantes : maisons de repos et maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et de court séjour, les hôpitaux de revalidation et les centres de rééducation ambulatoire, les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitation protégées. Concrètement cet accord permet donc, par exemple, qu'un assuré wallon puisse être pris en charge et couvert en cas de séjour dans une maison de repos située sur le territoire flamand ou bruxellois.

Un autre accord concernant les aides à la mobilité a pour objectif d'assurer la continuité du service et la sécurité juridique pour tous les acteurs concernés par cette matière (essentiellement les bénéficiaires d'une aide à la mobilité et les bandagistes). Le principe général est que l'entité compétente (et qui prend donc à sa charge la procédure de demande et le coût de l'aide) est l'entité au sein de laquelle le bénéficiaire est domicilié. La procédure de demande et de paiement est donc effectuée conformément aux règles de l'entité fédérée à laquelle la demande a été soumise. L'accord prévoit également les règles en cas de déménagement d'une entité à l'autre. En ce qui concerne les bandagistes, l'accord stipule que les bandagistes qui ont été reconnus par l'administration fédérale avant le 1er janvier 2019 sont automatiquement reconnus et rattachés à l'entité fédérée où ils ont leur lieu d'exploitation, sous réserve de dispositions propres à l'entité. L'entité fédérée a le pouvoir de suspendre ou retirer la reconnaissance de base. Les bandagistes ayant un siège d'exploitation dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale doivent eux faire un choix afin d'être reconnus par la Communauté flamande ou par la COCOM. Finalement, afin de lutter contre la fragmentation de l'offre des aides à la mobilité et de réduire la charge administrative pour les fabricants et les fournisseurs d'aides à la mobilité, les entités fédérées - à l'exception de la Communauté germanophone - coopèrent, de sorte que les fabricants et les fournisseurs ne doivent soumettre qu'une seule fois une demande de reconnaissance pour un produit. Les entités fédérées élaborent une structure et une logique communes pour l'enregistrement des informations sur les produits. La structure et la logique communes précitées devraient aboutir à une liste commune de produits, chaque entité gérant de manière autonome les produits éligibles au remboursement, la procédure administrative, les conditions d'octroi de l'aide, les critères de remboursement et les délais de renouvellement.

Nous citons encore un troisième accord concernant la création d'un guichet unique pour les aides matérielles et les aides à la mobilité à Bruxelles. L'objectif de cet accord est de garantir aux bruxellois la liberté de choix et une égalité de traitement entre les personnes reconnues en situation de handicap par le PHARE[17] ou la VAPH[18] en terme d'accès aux aides matérielles et aux aides à la mobilité.

Ces trois accords ont pour objectif que les citoyens belges puissent « porter leurs droits », c'est-à-dire faire valoir ceux-ci dans toutes les entités fédérées du pays, sans contrainte, et donc, sans remarquer les effets de la réforme de l'État. Si l'ambition est là, la complexité de notre système institutionnel, renforcée encore par la réforme de l'Etat, laisse présager que l'application de ces accords pourrait tout de même générer des problèmes de portabilité ou des différences de traitement entre belges.

Notons qu'à l'heure d'écrire ces lignes, ces différents textes n'ont pas encore totalement terminé leur parcours législatif. Si les accords sont finalisés, nous attendons encore que toutes les entités fédérées donnent formellement leur assentiment à ceux-ci via une ordonnance ou un décret.

3.3. L'extinction progressive du mécanisme de transition suite à la réforme de la Loi Spéciale de Financement

On le sait, la 6e réforme de l'Etat a également été l'occasion de revoir les règles de financement des Communautés et des Régions. Le législateur a notamment prévu un mécanisme de transition permettant à chaque entité fédérée de disposer, lors de la mise en œuvre du nouveau modèle de financement, et durant les premières années de la reprise des matières transférées, de moyens financiers au minimum équivalents à ceux prévus par la loi spéciale de financement avant la réforme de l'Etat. Et ce parce qu'avec les nouvelles règles en vigueur, certaines entités sont moins bien financées (la Région Wallonne) alors que d'autres le seront mieux (la COCOM, la Communauté germanophone et la Flandre).

Ce montant, déterminé par entité, est constant pendant 10 ans, à partir de 2014, avant de diminuer progressivement de 10% par an durant les 10 années suivantes, à partir de 2025, pour être ramené à zéro en 2034.

Si l'extinction progressive de ce mécanisme est une bonne nouvelle pour la COCOM, la Flandre et la Communauté Germanophone, la Région Wallonne devra, elle, se préparer à rattraper un manque à gagner augmentant de 10% par an dès 2025, pour atteindre près de 550 millions d'euros annuel dès 2034.[19]

3.4. Fonctionnement effectif de la gestion paritaire à Bruxelles et en Région wallonne

Si les mutualités ont obtenu qu'elles restent activement impliquées dans la définition de la politique de santé à travers un modèle de gestion paritaire à Bruxelles et en Région wallonne, le fonctionnement effectif de celle-ci reste un enjeu majeur. En effet, il implique un changement de culture important au sein des administrations régionales ayant hérité des compétences transférées (AViQ et IRISCARE) ayant peu l'habitude de ce mode de fonctionnement. Il est particulièrement important que les différentes Commissions et Comités ne soient pas de simples chambres d'entérinement des propositions faites par l'administration ou le Gouvernement wallon et le Collège réuni. Il importe que les lieux de cogestion soient dotés

17 Service bruxellois francophone pour les personnes handicapées (informations, conseils et interventions financières).

18 Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (Agence flamande pour les personnes avec un handicap).

19 Bayenet, B., Bourgeois, M., et Darte, D., *Les finances et l'autonomie fiscale des entités fédérées après la sixième réforme de l'État : Précis des nouvelles règles de financement des Communautés et des Régions,* Tax Institute, Larcier, 2017, pp.600-604

des outils (notamment de reporting budgétaire mais aussi de données statistiques émanant du terrain) pour co-construire la politique de santé régionale de demain et participer activement à l'élaboration des budgets régionaux en la matière.

4. Liens utiles

Agence pour une Vie de Qualité : https://www.aviq.be/

Iriscare : http://www.iriscare.brussels/fr/, http://www.iriscare.brussels/nl/

Dienststelle für ein Selbstbestimmtes Leben : https://selbstbestimmt.be/

Vlaamse Sociale Bescherming: www.vlaamsesocialebescherming.be

5. Bibliographie

Accords de la Sainte-Emilie, autrement dit, le « Projet d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales », signé par les Président du MR, PS, Ecolo et CDH, 19 septembre 2013

Bayenet, B., Bourgeois, M., et Darte, D., Les finances et l'autonomie fiscale des entités fédérées après la sixième réforme de l'État : Précis des nouvelles règles de financement des Communautés et des Régions, Tax Insistute, Larcier, 2017, 993 p.

Décret du Parlement de la Région Wallonne relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, 3 décembre 2015

Ordonnance de l'Assemblée Réunie de la COCOM portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, 23 mars 2017

Ordonnance de l'Assemblée Réunie de la COCOM relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes, 21 décembre 2018

Budget 2019 : élaboration, risques et conclusions

Bram Peters et Pauline van Cutsem, Service d'étude
Caroline Lebbe, Direction médicale (cellule médicaments)
Liesbet Sommen, Département de la politique de la santé

Introduction

Tous les ans, au mois d'octobre, le Conseil général de l'INAMI fixe l'objectif budgétaire global et le scinde en objectifs budgétaires partiels par secteur de soins de santé pour l'assurance obligatoire de l'année suivante. Le cadre général est fixe, mais les organismes assureurs et les prestataires de soins peuvent le compléter en concertation paritaire. Les estimations techniques - une évaluation des dépenses futures établies par l'INAMI - constituent une base objective.
Le budget pour 2019 a été fixé par le Conseil général du 15 octobre 2018. Cependant, c'est tout un processus qui précède cette décision. En effet, chaque année a son propre contexte. Dans cet article, nous présenterons les principaux éléments ayant joué un rôle lors de l'élaboration du budget de 2019. Pour finir, nous formulerons quelques remarques concernant le budget de 2019 et son élaboration.

Mots-clés : budget de soins de santé, défis budgétaires, risques, économies, nouvelles initiatives, consultation

1. Objectif budgétaire global 2019

Le calcul strict de la norme prévu à l'article 40 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 fixe l'objectif budgétaire global de 2019 à 26,5 milliards d'euros. Ce montant global est la somme de l'objectif budgétaire global de l'année précédente et du taux de croissance de 1,5%. Lorsque les indices (indice de santé et index pivot) sont dépassés, ces pourcentages sont également ajoutés. Enfin, des montants sont également ajoutés au budget total pour certaines catégories de dépenses, telles que « l'Adaptation de l'art. 81 » ou « FBI[1] - la promotion de l'emploi dans les hôpitaux », qui ne relèvent pas de la responsabilité des secteurs respectifs. Le tableau 1 résume comment l'objectif budgétaire global pour 2019 a été établi.

Tableau 1 : Composition de l'objectif budgétaire global pour 2019

Calcul strict de la norme	2019 (000 EUR)
Objectif budgétaire global 2018	25.555.882
Norme de croissance réelle 1,5%	383.338
Indice de santé	227.292
Masse de l'indice-pivot	97.811
Masterplan internement	5.000
FBI - Promotion de l'emploi dans les hôpitaux	58.788
Soins psychologiques	16.875
Accord social	25.000
Intégration pensionnés SSO[2]	4.258
Adaptation de l'art. 81	139.076
Remboursement des diététiciens	5.000
Objectif budgétaire global 2019	26.518.320

1 FBI = Fonds budgétaire interdépartemental

2 SSO - Sécurité sociale d'outre-mer. La Sécurité sociale d'outre-mer, anciennement l'OSSOM, est gérée par l'ONSS, l'institution publique fédérale de sécurité sociale. Elle offre une assurance sociale aux expatriés affiliés qui travaillent dans des pays hors de l'EEE.

2. Estimations techniques 2019, version juillet 2018

Le 2 juillet 2018, les membres du Comité de l'Assurance, les organismes assureurs et les prestataires de soins de santé ont reçu les premières estimations techniques pour l'année 2019 de l'INAMI. Les dépenses totales pour 2019 ont alors été estimées à 26,9 milliards d'euros. Compte tenu du blocage structurel de près de 142 millions d'euros, ce qui réduit effectivement l'objectif budgétaire réel, un déficit de 503 millions d'euros est prévu en 2019 (tableau 2).

Tableau 2 : Calcul dépassement estimé pour 2019 (version juin

	000 euro
Objectif budgétaire global 2019	26.529.530
- blocage structurel	141.927
Objectif budgétaire autorisé 2019	26.387.603
- estimation technique (dépenses) 2019	26.890.946
Dépassement 2019	-503.343

Pour expliquer ce dépassement, observons les années précédentes. En 2017, année pour laquelle les dépenses sont parfaitement connues, il n'y a qu'un seul secteur qui a largement dépassé son objectif budgétaire partiel, à savoir les prestations pharmaceutiques. Le dépassement s'élevait à 303 millions d'euros. En 2018, année pour laquelle les dépenses sont en partie connues et pour laquelle les estimations techniques complètent les autres mois, il n'y a, à nouveau, qu'un seul secteur avec un dépassement notable de son budget. Là encore, il s'agit de la catégorie « prestations pharmaceutiques » pour un montant estimé à 313 millions d'euros (selon les estimations techniques de septembre, le dépassement devrait être légèrement inférieur à 260 millions d'euros). La catégorie « prestations pharmaceutiques » comprend plusieurs sous-catégories. Le dépassement est presque entièrement dû à la sous-catégorie « spécialités pharmaceutiques » (tableau 3). Nous en discuterons plus en détail dans le prochain chapitre.

Tableau 3 : Dépassement dans la sous-catégorie « spécialités pharmaceutiques »

Prestations pharmaceutiques	**2017 (000 EUR)**	**2018 (000 EUR)**
Objectif budgétaire partiel	4.291.775	4.431.954
Dépenses (réelles en 2017, estimations techniques version de juin 2018)	4.594.786	4.745.427
Dépassement	-303.011	-313.473

3. Dépassement systématique des spécialités pharmaceutiques

Au sein des spécialités pharmaceutiques, il convient de faire une distinction entre les objectifs et dépenses budgétaires bruts et nets résultant des recettes / restitutions des médicaments visés à l'article 81 (voir l'encadré pour plus d'explications). Pour les médicaments relevant de l'article 81, un contrat est conclu entre les sociétés pharmaceutiques et l'INAMI / le ministre, de sorte que le prix officiel d'un médicament donné reste le même, mais qu'une sorte de ristourne soit accordée sur ce prix, qui sera ensuite reversée[3] au gouvernement, communément appelée la restitution.

Le tableau 4 indique l'objectif budgétaire net (C), qui est égal à la différence entre l'objectif budgétaire brut (A) et les restitutions budgétisées (B). Les dépenses brutes enregistrées sont égales à la différence entre les dépenses brutes enregistrées et les restitutions enregistrées. Dans ce tableau, vous pouvez conclure que, même si vous tenez compte des restitutions, les spécialités pharmaceutiques ont dépassé leurs budgets de 225, 189, 267 et 319 millions d'euros respectivement en 2015, 2016, 2017 et 2018. Le dépassement du budget prévu est systématique et implique des montants importants.

Dans le débat sur les dépassements des spécialités pharmaceutiques, il est régulièrement fait référence au « clawback » et aux taxes sur les ventes. Encore une fois, ce sont des montants substantiels qui reviennent à l'État. Il est cependant important de noter que ces montants ne font pas partie de l'objectif budgétaire et, par conséquent, ne compensent donc pas le dépassement.

3 Aujourd'hui, des avances sont également payées sur les remboursements, de sorte que ce n'ait pas uniquement lieu a posteriori.

Tableau 4 : Objectif et dépenses budgétaires brutes et nettes pour les spécialités pharmaceutiques 2015-2018

(en millions d'euros)	2015	2016	2017	2018[4]
BUDGET				
A. objectif budgétaire brut	4.029	4.111	4.292	4.444
B. restitutions budgétisées art 81	31	45	238	304
C. objectif budgétaire net (A - B)	3.998	4.066	4.054	4.140
DÉPENSES				
D. dépenses brutes enregistrées	4.278	4.378	4.595	4.769
E. geboekte restituties art 81	55	124	273	362
F. geboekte netto uitgaven (D - E)	4.223	4.255	4.321	4.407
DÉPASSEMENTS				
G. mali brut (A - D)	-249	-267	-303	-325
H. mali net (C - F)	-225	-189	-267	-267
AUTRES (revenus INAMI)				
I. prélèvements subsidiaires / taxe compensatoire / clawback	59	100	101	103
J. CA prélèvements (audit standardisé)	256	255	261	/

Quels médicaments sont concernés par l'article 81 ?

Afin d'obtenir le remboursement d'un médicament, le fabricant doit soumettre une demande à l'INAMI. La Commission de remboursement des médicaments (CRM) doit donner un avis à ce sujet au ministre dans les délais prescrits. Cet avis doit être voté à la majorité des 2/3 et peut consister (1) à ne pas rembourser le médicament, (2) à rembourser le médicament ou (3) à rembourser temporairement le médicament via une convention entre l'INAMI et l'entreprise. Un remboursement temporaire peut être voté si le prix du médicament n'est pas proportionnel à sa valeur ajoutée thérapeutique ou s'il existe des incertitudes sur le plan budgétaire (par exemple, s'il est impossible d'estimer clairement le nombre de patients traités avec ce médicament) (voir article 35 bis §7 de la Loi AMI du 14 juillet 1994).

Si la CRM omet d'émettre un avis dans le délai réglementaire, le fabricant peut proposer au ministre de rembourser temporairement le médicament par le biais d'une convention avec l'INAMI. Si le ministre est d'avis qu'il existe un besoin médical et/ou social, mais que le prix du médicament est disproportionné par rapport à la valeur ajoutée thérapeutique de ce médicament, ou s'il existe des incertitudes sur le plan budgétaire, cette possibilité s'offre à elle. Cette possibilité existe également après un avis négatif de la CRM, mais c'est ensuite le ministre qui doit prendre l'initiative si elle souhaite s'écarter de l'avis de la CRM en raison de besoins médicaux et / ou sociaux.

Ces conventions temporaires sont appelées « art 81 », en référence à la base juridique de cet outil de gestion budgétaire : notamment l'article 81 de l'Arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures applicables pour la CRM. Plus précisément, il s'agit de contrats d'une durée maximale de 3 ans (les contrats sont renouvelables) conclus entre l'INAMI / le ministre et l'entreprise pharmaceutique concernée. Des modalités sont convenues dans ces contrats pour maîtriser les incertitudes budgétaires (par exemple au moyen de certaines compensations financières) et éventuellement pour clarifier les incertitudes scientifiques. Ces conventions sont confidentielles par la loi (depuis le 1er septembre 2016).

L'arrêté royal du 21 décembre 2001 a été remplacé cette année par l'A.R. du 1er février 2018. En conséquence, la numérotation des articles a été changée : l'article 111 décrit la procédure à suivre pour une convention si la CRM ne parvient pas à formuler une proposition à temps ; l'article 112 décrit la procédure si la CRM propose elle-même un enregistrement temporaire et l'article 113 décrit la procédure après avis négatif de la CRM. Il se peut donc qu'à l'avenir, il ne soit plus question de l'article 81, mais des articles 111-113.

4 Comme 2018 n'était pas encore achevé au moment de la rédaction de cet article, le tableau fait référence aux estimations techniques de septembre 2018.

4. Conclave de l'été 2018

Au cours du conclave budgétaire de l'été 2018, le Conseil des ministres a pris un certain nombre de décisions dans le cadre du dépassement fixé par l'estimation technique de 2019. Lors de la réunion du Comité de l'Assurance du 10 septembre, les mutualités ont pris connaissance de ces décisions. Passons en revue les principales décisions.

> *« Compte tenu de l'évolution de la pratique, de la disponibilité de nouvelles options de traitement pharmaceutique et de l'évolution des dépenses, il est plus probable que le budget 2019 pour les spécialités pharmaceutiques soit également dépassé. L'industrie pharmaceutique fournit déjà un effort, imposé par l'enregistrement du* ***prélèvement compensatoire (clawback)*** *de 2019 pour le montant maximal possible selon le régime actuel, soit 105 millions d'euros. »* (Procès-verbal du Comité de l'Assurance du 10 septembre 2018)

Le prélèvement compensatoire (clawback) est une mesure qui oblige l'industrie pharmaceutique à rembourser le dépassement de son objectif partiel jusqu'à un certain plafond. Le gouvernement suppose donc que l'objectif budgétaire partiel sera dépassé et inscrit déjà ces revenus dans le budget. Ce qui est problématique. Pour être clairs : nous supposons que tous les autres secteurs dépensent environ autant que le permettent leurs objectifs budgétaires partiels respectifs. En d'autres termes, le secteur pharmaceutique dépasse son objectif budgétaire partiel d'au moins 105 millions d'euros. Ensuite, le clawback sera payé et les revenus prévus entreront. Mais du côté des dépenses, il y a un dépassement d'au moins 105 millions d'euros. Par conséquent, le budget n'est pas en équilibre. En d'autres termes, l'objectif budgétaire partiel n'est pas dépassé, de sorte que les dépenses restent dans les limites du budget, mais le problème réside dans les revenus. En effet, le clawback n'entrera pas en vigueur, entraînant une pénurie de 105 millions d'euros du côté des recettes. Quoi qu'il en soit, le budget pour 2019 ne sera pas correct.

En plus, le prélèvement compensatoire est un revenu rétrospectif sans effet structurel sur les dépenses. À long terme, ce n'est pas une solution pour la forte augmentation des dépenses dans les spécialités pharmaceutiques.

> *« Lors de l'examen des estimations techniques initiales pour l'exercice 2019, le gouvernement a constaté que la méthode utilisée pour estimer l'évolution des dépenses nettes en spécialités pharmaceutiques était désormais différente de celle utilisée jusqu'à présent. À la lumière de cette constatation, le gouvernement a réexaminé les dépenses nettes pour 2019 et les estime pour l'instant à 193 millions d'euros de moins qu'initialement. Le gouvernement attend maintenant l'estimation technique révisée ».* (Procès-verbal de la réunion du Comité de l'Assurance du 10 septembre 2018)

Ce réexamen n'a jamais été détaillé ni précisé, malgré des demandes répétées dans ce sens. En outre, les estimations techniques révisées (version de septembre 2018) pour 2019 ne tenaient pas compte de ce réexamen, qui suggère que les dépenses en spécialités pharmaceutiques ne seront en réalité pas revues à la baisse de 193 millions d'euros. C'est la raison pour laquelle le Comité de l'Assurance a demandé que les 193 millions d'euros ne soient pas facturés au patient, qu'ils ne soient pas compensés par des bonis dans d'autres secteurs de la santé et qu'ils ne fassent pas partie des responsabilités financières des organismes assureurs.

> *« En outre, le gouvernement a chargé le ministre des Affaires sociales, en consultation avec les représentants du secteur, de prendre des mesures d'un montant de 114,3 millions d'euros et de les soumettre au Conseil général de l'INAMI dans le cadre du procédure budgétaire légale. Le ministre des Affaires sociales, assisté du gouvernement, souligne que ces mesures doivent être prises dans le cadre de la politique en matière de médicaments sans que le patient n'en souffre. »* (Procès-verbal du Comité de l'Assurance du 10 septembre 2018)

En tant que MC, nous soutenons la prise de mesures structurelles dans le secteur pharmaceutique. C'est pourquoi nous avons demandé, avec le soutien des autres organismes assureurs et de la plupart des prestataires de soins de santé, de créer un groupe de travail sur les spécialités pharmaceutiques avant le 31 octobre 2018. Ce groupe de travail aura donc pour objectif de réexaminer les mécanismes de gestion dans le secteur des spécialités pharmaceutiques à court, moyen et long terme. De cette manière, les dépassements dans le secteur des spécialités pharmaceutiques pourraient être évités structurellement et à plus long terme. Dans le même temps, ce groupe de travail peut également se pencher sur l'amélioration de la transparence des contrats de l'art. 81.

5. Estimations techniques 2019 vs. juillet 2018

Le 17 septembre, le Comité de l'Assurance a pris note des estimations techniques révisées du Comité de l'Assurance. Il nous restait donc exactement deux semaines avant que la proposition du Comité de l'Assurance pour le budget 2019 ne soit votée.

Les estimations techniques révisées pour 2019 étaient légèrement inférieures, ce qui a permis de ramener le dépassement estimé de 503 à 477 millions d'euros.

Tableau 5 : Calcul du dépassement estimé 2019 (version septembre 2018)

	000 EUR (Keur)
Objectif Budgétaire légal 2019 (1,5% + indexation)	26.513.320
- blocage structurel	141.927
Objectif autorisé 2019	26.371.393
- Estimations techniques (dépenses) 2019	26.848.765
= Dépassement/Marge 2019	-477.372

L'estimation des dépenses pour les prestations pharmaceutiques est également légèrement trop basse,[5] mais cela n'enlève rien à la constatation selon laquelle le dépassement de l'objectif budgétaire global est principalement, sinon entièrement, dû au dépassement de l'objectif budgétaire partiel pour les prestations pharmaceutiques.

6. Proposition Comité de l'Assurance

Sur la base des estimations techniques et après une consultation intensive entre les organismes assureurs et les prestataires de soins de santé, la proposition de budget pour 2019, comprenant des objectifs budgétaires partiels, a été approuvée par le Comité de l'Assurance du 1er octobre 2018. Les grands principes de la proposition sont les suivants.

Le Comité de l'assurance déclare qu'il est urgent de développer une **vision globale à long terme** des soins de santé et une méthodologie permettant la réflexion transversale et, qu'il faut donc se donner progressivement les moyens de penser et d'agir transversalement, guidé par une vision pluriannuelle et transectorielle. Cet exercice est désormais en cours sous le nom de « Future of Healthcare » avec l'assistance de Living Tomorrow/Tomorrowlab. Une vision à long terme devrait précéder la préparation d'un budget.

Le Comité de l'Assurance demande la création d'un **groupe de travail sur les spécialités pharmaceutiques** commandé par le Conseil général. Les membres de ce groupe de travail comprennent au moins des représentants de l'industrie pharmaceutique, des organismes assureurs, du gouvernement, des médecins, des hôpitaux, des pharmaciens et des autres prestataires de soins de santé concernés. L'objectif de ce groupe de travail est d'examiner les mécanismes de gestion dans le secteur des spécialités pharmaceutiques à moyen et à long terme. De cette manière, les dépenses en forte augmentation et les éventuels dépassements dans le secteur des spécialités pharmaceutiques pourraient être évités structurellement et à plus long terme. Dans le même temps, ce groupe de travail peut également se pencher sur l'amélioration de la transparence des contrats de l'art. 81.

Le réexamen des **193 millions** d'euros du dépassement dans le secteur des spécialités pharmaceutiques ne peut **pas être facturé** au patient (ni en 2019 ni plus tard) et ne devrait pas être compensé par un boni dans tous les autres secteurs du système de santé, ni être inclus dans la responsabilité financière des organismes assureurs.

Le Comité de l'Assurance demande que, s'il apparaît que les estimations techniques suivantes (après isolement du secteur des spécialités pharmaceutiques) indiquent une **marge** pour 2019, celle-ci **pourrait être utilisée pour des nouvelles initiatives**.

Pour respecter le cadre budgétaire, **l'objectif budgétaire partiel** était égal à l'estimation technique, pour tous les secteurs sauf pour le secteur pharmaceutique. Pour ce dernier, nous avons appliqué les mesures gouvernementales de manière cohérente, ce qui signifie que leur budget partiel a été réduit de 353,8 millions d'euros par rapport aux estimations techniques.

7. Décision du Conseil général

Le 15 octobre 2018, le Conseil général a décidé de ne pas tenir compte de la proposition approuvée par le Comité de l'Assurance. Une nouvelle proposition pour le budget 2019, présentée de la main du ministre, a été approuvée. Les principaux éléments de cette dernière sont les suivants :

Malgré le dépassement attendu de 477 millions d'euros, il était possible de soutenir de **nouvelles initiatives**. Le ministre avait 5 millions d'euros de disponible pour aider les nutritionnistes dans la lutte contre l'obésité chez les enfants. Ces fonds ont été ajoutés à l'objectif budgétaire global. Les fonds pour cette nouvelle mesure proviennent de la provision inter-départementale.

Comment le déficit de 477 millions d'euros a été éliminé de la décision du Conseil général. Ici, nous comparons les estimations techniques pour 2019 (version de septembre 2018) aux objectifs budgétaires partiels finaux par secteur dans les limites de l'objectif budgétaire global. Dans le tableau 6, nous reprenons uniquement les lignes où il y a une différence.

5 Entre-temps, les dépenses pour les prestations pharmaceutiques ont été estimées plus élevées dans les estimations techniques de novembre : ET 4.459 millions d'euros en juin, ET 4.407 millions d'euros en septembre, ET 4.489 millions d'euros en novembre. (ET = estimations techniques).

Tableau 6 : Objectifs budgétaires partiels après décision du Conseil général

	DESCRIPTION	ET Septembre 2018 (000 EUR)	Modifications (000 EUR)	Objectif 2019 (000 EUR)
3.	Prestations pharmaceutiques	4.642.038	-167.490	4.474.548
	a) spécialités pharmaceutiques			605.659
	a.1 Marge économique et honoraires des pharmaciens			
	b) préparations magistrales	70.445		70.445
	c) Frais de garde	4.332		4.332
	d) Sang	90.945		90.945
	e) Matériel de soins	38.759		38.759
	f) Alimentation médicale	29.069		29.069
	g) Radio-isotopes	49.735		49.735
	h) Bains désinfectants	95		95
	i) Trajets de soins	10.503		10.503
	j) Oxygène	554		554
	k) Honoraires oxygène	250		250
	l) Analgésiques	342		342
	Tot. prestations pharma	4.937.067		4.769.577
12.	a) Prix journée de soins	5.811.241	-150.000	5.661.241
	b) Prix journaliers forfaitaires dans les hôpitaux généraux	252.289		252.289
	c) Transport + lits non reconnus	28.171		28.171
	Total	6.091.701		5.941.701
21.	Autres frais de placement et de déplacement	41.712	-20.000	21.712
38.	Dépenses de compensation hors objectif	47.955	-47.955	0
	Blocage structurel	141.927	-71.204	70.723
	Revenus du plan contrôle		-20.723	-20.723

La décision du Conseil général comprend un certain nombre de catégories de mesures. Les principales sont résumées ci-dessous.

7.1. Prestations pharmaceutiques

Dans la catégorie « prestations pharmaceutiques », plus de 167 millions d'euros sont économisés grâce à une combinaison de mesures d'économies[6]. D'une part, on peut se demander si ces mesures d'économies ne concernent que l'industrie pharmaceutique. Par exemple, faire passer de 90% à 85% le niveau de facturation dans les hôpitaux pour des médicaments pour lesquels des alternatives sont disponibles générerait 21 millions d'euros. Par contre, cette mesure aurait principalement un impact sur le secteur hospitalier. D'autre part, on peut se demander si toutes ces mesures vont générer ce qui a été prévu. Si ce n'est pas le cas, l'objectif budgétaire partiel sera certainement dépassé.

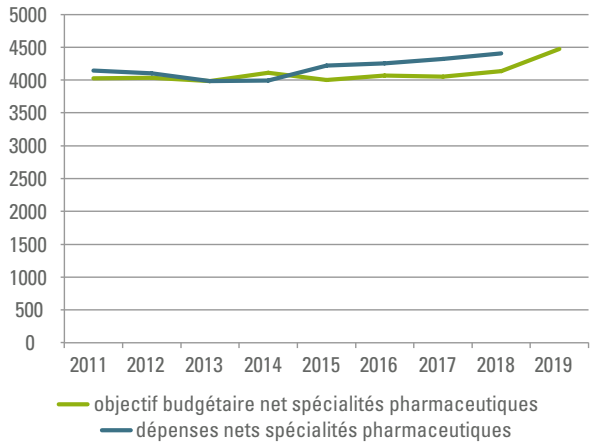
Après déduction de ces économies, l'objectif budgétaire partiel s'élève à 4,77 milliards d'euros pour les prestations pharmaceutiques. Par rapport à l'objectif budgétaire de 2018, il s'agit d'une croissance réelle de 7,62%. Par rapport à la norme de croissance réelle mondiale de 1,5%, c'est plutôt généreux. Si un secteur se voit attribuer une norme de croissance supérieure, cela signifie que d'autres secteurs recevront une norme de croissance inférieure, sinon la norme de croissance mondiale ne pourrait jamais être limitée à 1,5% (croissance réelle). Le secteur pharmaceutique n'est pas le seul secteur à avoir obtenu un niveau de croissance supérieur. Dans sa proposition, le Comité de l'Assurance avait fixé un objectif budgétaire partiel de 4,583 milliards d'euros pour les prestations pharmaceutiques, ce qui correspond à une croissance réelle de 3,41%.

La figure 1 montre que les dépenses nettes pour les spécialités pharmaceutiques jusqu'en 2014 inclus étaient en baisse. Les dépenses ont toutefois augmenté depuis 2014. On peut

6 La décision du Conseil général concerne les mesures d'économie 5.1 à 5.9 (121 millions d'euros au total) et les corrections techniques 6.9 et 6.10 (46,5 millions d'euros au total).

également constater que la croissance limitée de l'objectif budgétaire - comme convenu dans le pacte pharmaceutique conclu entre le ministre et le secteur pour la période 2016-2018 - est stoppée par la forte croissance de l'objectif budgétaire en 2019.

Figure 1 : Objectif et dépenses budgétaires bruts et nets pour les spécialités pharmaceutiques (2011-2019)



En outre, il convient de noter que du côté des recettes hors objectif budgétaire, le prélèvement compensatoire (clawback) a été enregistré pour 105 millions d'euros. Le prélèvement compensatoire ne peut être perçu, conformément à la réglementation en vigueur (article 191, §15 quaterdecies de la loi SSI) qu'en cas de dépassement effectif du budget partiel des spécialités pharmaceutiques. En d'autres termes, si les dépenses effectives (nettes) pour les spécialités pharmaceutiques sont d'au moins 4,474 + 105 millions. Cela signifie que s'il n'y a pas de dépassement (ou moins de 105 millions d'euros), le revenu n'est pas correct. En cas de dépassement, les dépenses ne sont pas correctes. Quoi qu'il en soit, tel que le budget est établi à présent, il est incorrect.

Si, sur la base des dépenses des années précédentes, nous supposons que le dépassement de 477 millions d'euros à corriger pour 2019 est principalement (ou uniquement) dû à la croissance du secteur des prestations pharmaceutique, il est frappant de constater que seuls 167,5 millions d'euros ont été économisés dans ce secteur. Les autres secteurs, notamment ceux mentionnés ci-dessous, sont donc les victimes.

7.2. Secteur hospitalier

150 millions d'euros sont économisés dans la catégorie « prix de la journée d'hospitalisation ». 50 millions d'euros sont supprimés de « sous-utilisation naturelle »[7]. Il est cependant immédiatement ajouté que « le secteur hospitalier ne sera pas tenu responsable du point de vue du budget pour les premiers 50 millions d'euros de dépassement éventuel ». Par conséquent, la question se pose spontanément de savoir s'il s'agit bien d'une sous-utilisation.

Les 100 millions d'euros restants seront annulés et le rapport indiquera que les dépenses relatives aux traités internationaux sont comptabilisées deux fois. Dorénavant, ces dépenses seront enregistrées auprès du SPF Santé publique et par conséquent supprimées du budget de l'INAMI et donc également de l'objectif budgétaire.

7.3. Blocage structurel

Le blocage structurel est considéré, comme toute autre catégorie dans les tableaux, comme une dépense. En réalité, les fonds inclus dans cette catégorie ne sont pas repris (d'où le blocage). En conséquence, l'objectif budgétaire global est en pratique réduit d'un montant égal au blocage structurel. On s'écarte donc de la loi dans laquelle il est stipulé qu'une norme de croissance est prévue de 1,5% avec indexation. En théorie, tous les secteurs contribuent à ces ressources qui ne peuvent être dépensées. Ou inversement, aucun secteur ne peut faire appel à ces fonds bloqués.

De plus, cette catégorie sert de monnaie d'échange pour faire en sorte que le budget soit correct Après tout, il ne semble y avoir aucune raison de réduire le blocage structurel (ce qui signifierait davantage de dépenses) autre que d'obtenir des totaux justes.

Pour 2019, le blocage structurel passera d'un petit 142 millions d'euros à un peu moins de 71 millions d'euros. En d'autres termes, la diminution du blocage structurel contribue pour 71 millions d'euros au déficit de quelque 477 millions d'euros.

7.4. Corrections techniques

L'objectif budgétaire partiel « compensation dépenses hors objectif » est supprimé dans son intégralité. Il s'agit d'une relique comptable annulée pour un montant de 48 millions d'euros[8].

Dans la catégorie « Autres frais de placement et de voyage », 20 millions d'euros seront annulés en raison d'une double entrée à l'INAMI et au SPF Santé publique[9].

7 Cela concerne la mesure 6.3 de la décision du Conseil général
8 Cela concerne la mesure 6.1 de la décision du Conseil général.
9 Cela concerne la mesure 6.7 de la décision du Conseil général.

7.5. Mesures hors objectif budgétaire

La décision du Conseil général contient toute une série de mesures et de corrections techniques, dont certaines relèvent ou non de l'objectif budgétaire global. Les mesures et corrections mentionnées ci-dessus concernent des questions relevant de l'objectif budgétaire. C'est ce dont sont responsables les membres du Comité de l'Assurance et dont les organismes assureurs sont financièrement responsables. Les mesures en dehors de l'objectif budgétaire sont plus difficiles à évaluer pour les organismes assureurs car nous ne participons pas à la réalisation de ces mesures.

8. Conclusion

La MC a toujours joué (et continuera de jouer) un rôle constructif dans la réalisation annuelle du budget de l'année suivante. Nous soulevons néanmoins un certain nombre d'objections fondamentales quant au budget 2019 et à son processus de réalisation.

Le **prélèvement compensatoire** pour 2019 a été mis en dehors de l'objectif budgétaire en tant que revenu. En incluant le prélèvement compensatoire dans son intégralité en tant que revenu, on a établi un budget qui, par définition, n'est pas en équilibre[10]. Soit il y a dépassement de l'objectif budgétaire partiel et le revenu est réalisé, mais les dépenses sont dépassées. Soit il n'y a pas de dépassement, à la suite de quoi le revenu n'est pas réalisé. À l'avenir, le prélèvement compensatoire devrait être inscrit dans l'objectif budgétaire et mis sur 0 pour éviter ce problème.

L'objectif budgétaire partiel pour les **prestations** pharmaceutiques est **8%** plus élevé qu'en 2018 (croissance réelle). Vu que le **taux de croissance** pour l'objectif budgétaire global est limité à 1,5%, la croissance du secteur pharmaceutique a une incidence sur la croissance des autres secteurs. De plus, cette croissance autorisée annule complètement le pacte conclu entre le ministre et le secteur pharmaceutique.

Le dépassement structurel de l'objectif budgétaire global a été évité ces dernières années. À partir de 2018, cependant, il y a (très probablement) un mali global. L'analyse montre que la cause principale du dépassement est due au **dépassement structurel de l'objectif budgétaire partiel des prestations pharmaceutiques** des dernières années. La croissance du secteur pharmaceutique met le budget de l'assurance maladie obligatoire sous pression. Cela signifie qu'il existe un risque que

- les autres secteurs doivent payer la facture parce que leur marge est consommée, ou ils doivent faire des économies au profit du secteur pharmaceutique,
- ou que le budget global soit dépassé, ce qui oblige les organismes assureurs à faire des sacrifices dans le cadre du système de responsabilité financière,
- ou que le patient doive payer davantage parce que les coûts lui sont transférés.

Aucun de ces trois risques n'est acceptable. La seule solution consiste à réaliser des économies structurelles dans le secteur pharmaceutique même.

Il est également frappant de constater que les notifications du gouvernement après l'accord de l'été précédent mentionnaient une **révision** des dépenses des **prestations pharmaceutiques** de 193 millions d'euros. Cette révision n'a pas été reconnue dans les estimations techniques, ni dans la décision finale du Conseil général. Cette révision (virtuelle, comme il s'est avéré par la suite) a permis de ne prendre aucune mesure d'épargne. Cette méthode mine également la crédibilité des estimations techniques.

Le processus pour l'élaboration du budget de 2019 a de nouveau montré que **la consultation paritaire est mise sous pression**. Une première constatation est que le Conseil général n'a pas tenu compte du mémorandum approuvé par le Comité de l'Assurance. Il y a aussi un manque de clarté quant à l'opportunité de recourir ou non au blocage structurel, à la provision interdépartementale, au double comptage, etc. Mais c'est surtout le timing imposé qui nuit le plus aux efforts des organismes assureurs et des prestataires de soins. Par exemple, les décisions du conclave de l'été précédent ont été rendues publiques à la fin du mois de juillet. Cependant, le Comité de l'Assurance n'a reçu les décisions officielles que le 10 septembre. Les estimations techniques révisées ont été communiquées à le Comité de l'Assurance que deux semaines seulement avant la date limite de présentation du projet budgétaire pour 2019 à le Comité de l'Assurance.

Les **estimations techniques** devraient normalement être une estimation des dépenses pour l'année en cours et à venir sur la base des dépenses réelles, et servir ainsi **de base objective**, mais cette année, les estimations techniques contiennent également des décisions politiques. Par exemple, le secteur des kinésithérapeutes a reçu 25 millions d'euros et la marge économique des pharmaciens a déjà été allouée à hauteur de 5,8 millions d'euros. Il aurait été plus transparent et cohérent de prendre ces décisions lors de l'établissement du budget.

Enfin, selon la MC (et la majorité du Comité de l'Assurance), il manque une **vision à long terme** pour l'assurance médicale obligatoire. Chaque décision budgétaire devrait faire partie d'une vision à long terme.

10 À moins que nous ne modifiions l'article 191, § 15 quaterdecies de la loi SSI. Jo Decock a indiqué lors d'une réunion de la Commission des assurances que la législation en vigueur devrait être adaptée.

Baromètre MC de la facture hospitalière 2018

Mieke Dolphens – Service d'étude
Muriel Wantier – MC Assure
Benoît Rousseau – Service juridique
Bernard Landtmeters – Direction médicale

Avec nos remerciements à : Michiel Callens, Katte Ackaert et Kim Cierkens (Service d'étude MC), Crista Volckaert (Direction médicale), Karen Mullié et Elien Ghyselen (Service juridique), Alex Peltier et Liesbet Sommen (Département Politique de Santé), Luc Cobbaert (Département Soins de Santé)

Résumé

Pour la quatorzième année consécutive, la MC a publié son baromètre hospitalier, une analyse des factures hospitalières et des hospitalisations de ses membres au cours de l'année précédente. Les principaux résultats ? En 2017, les suppléments d'honoraires pour une hospitalisation ont encore augmenté. Même pour des interventions standardisées bien prévisibles et variant peu entre les patients, les suppléments d'honoraires peuvent être élevés et il existe de grandes différences entre les hôpitaux. La différence dans le total facturé aux patients qui séjournent en chambre individuelle, double ou commune est désormais telle, que cela ne peut plus être justifié. Les chambres individuelles deviennent progressivement uniquement accessibles à ceux qui peuvent se payer une assurance hospitalisation. La MC dénonce une telle évolution car elle touche aux principes fondamentaux de la santé et de la « sécurité » sociale. Cela va même plus loin, car en tant que mutualité santé tournée vers l'avenir, la MC est d'avis que les chambres individuelles devraient devenir la norme pour les hospitalisations traditionnelles : 80% de chambres individuelles et 20% de chambres doubles ou communes est notre objectif. Cependant, pour que la chambre individuelle devienne un standard, il faut avant tout supprimer les suppléments d'honoraires. Il n'y a aucune raison pour que l'augmentation des suppléments d'honoraires constatée à ce jour ne s'arrête d'elle-même : en 2017 et 2018, au moins 23 hôpitaux ont augmenté leur pourcentage maximal de suppléments d'honoraires. La MC plaide sans équivoque en faveur d'une interdiction légale des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation et présente une proposition sur la manière dont un tel processus pourrait être envisagé.

Le baromètre nous apprend en outre que les hôpitaux font preuve de créativité dans la recherche de revenus supplémentaires. Par exemple, un nombre croissant d'hôpitaux propose des chambres individuelles « de luxe » (apparemment, les hôpitaux considèrent aussi de plus en plus les chambres individuelles « ordinaires » comme la norme ?) et facturent alors non seulement des suppléments de chambre, mais également des suppléments d'honoraires encore plus élevés. Le montant des suppléments de chambre par jour (dans des chambres individuelles) peut être très élevé, et ce sans aucune justification. En 2017, les membres de la MC ont aussi payé 3,74 millions d'euros de « forfaits d'hébergement » (principalement dans des chambres doubles ou communes, où les suppléments de chambre sont interdits). En ce qui concerne le choix du type d'hospitalisation (hospitalisation de jour ou admission classique), il est clair que cela ne se fait pas toujours uniquement sur la base des besoins du patient et/ou des possibilités techniques disponibles.

Pour la MC, il n'y a aucun doute : l'élimination des suppléments lors d'hospitalisation est une étape nécessaire si nous voulons garantir la pérennité de l'assurance maladie obligatoire - pour continuer de faire honneur à son nom. Nous devons nous débarrasser des suppléments pour que l'assurance hospitalisation devienne superflue. Une partie de l'argent libéré par tous ceux qui paient aujourd'hui des primes pour des assurances maladie complémentaires sera suffisante et devra être transférée à l'assurance maladie obligatoire. Ces fonds-là seront alors répartis entre les hôpitaux et les médecins spécialistes sur la base de clés de répartition transparentes, objectives et équitables. Selon la MC, un financement hospitalier adéquat et une compensation des prestataires de soins de santé encourageant la promotion de la santé et la qualité des soins sont absolument indispensables. Les chambres individuelles peuvent devenir la norme sans que le patient n'ait à s'inquiéter de la facture d'hospitalisation.

À court terme, nous demandons (1) une transparence pour le patient quant au coût attendu d'une hospitalisation (estimation des coûts), (2) une transparence pour la mutualité santé des flux d'honoraires et de suppléments (comment les ressources sont-elles réparties entre les hôpitaux et les médecins et où vont-elles ?) ainsi que des montants facturés au patient pour les prestations ambulatoires et extramuros, et (3) une révision des normes d'aménagement standards (datant des années 60) et des suppléments de chambre et un confort de chambre réglementés de manière transparente. D'ici 2025, nous exigeons une réduction de 6.000 lits d'hôpitaux, telle que quantifiée par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Mots-clés : hôpitaux, patients, transparence, accessibilité financière, égalité d'accès aux soins.

1. Introduction

En comparaison avec d'autres pays européens, en Belgique, les **frais déboursés par le patient** en **soins de santé** sont élevés. Dans notre pays, pas moins de 17% du total des dépenses de santé sont à la charge du patient. Si nous ajoutons les 5% financés par le secteur privé par le biais de polices d'assurance maladie complémentaires, nous arrivons à plus de 22% des coûts des soins de santé qui ne sont pas financés par l'État.[1] Quand nous comparons les **dépenses en soins de santé** au **budget du ménage,** nous constatons qu'en Belgique, en 2016, environ 6,3% du budget des ménages ont été consacrés aux soins de santé. Ce pourcentage fait également partie des plus élevés d'Europe.[2] En ce qui concerne les **inégalités en matière d'accès aux soins,** la Belgique obtient des résultats médiocres d'après des études récentes. Reporter des soins pour des raisons financières est un problème qui ne cesse de prendre de l'ampleur dans notre pays, en particulier chez les groupes aux revenus les plus bas. Contrairement à la tendance en Europe, nous continuons même à reculer dans ce domaine.[3] Cependant, les soins de santé sont un droit fondamental, un service de base, un bien public. Un système de soins et/ou de santé pour les citoyens qui en ont les moyens n'est profitable pour personne.

En ce qui concerne plus spécifiquement **les soins hospitaliers,** le **pourcentage financé collectivement** (c.-à-d. grâce au financement public provenant de cotisations de sécurité sociale et de subventions des autorités fédérales et régionales) **est bas** en Belgique par rapport aux autres pays européens (figure 1). Les **frais déboursés par les patients pour des soins hospitaliers** sont particulièrement **élevés** dans notre pays, bien plus élevés que le financement provenant de régimes volontaires (plus de 1,6 milliard d'euros déboursés par les patients) *contre* près de 1,3 milliard d'euros provenant des régimes volontaires en 2016).[4] Toute évolution des soins hospitaliers entraînant une nouvelle augmentation du coût au détriment du patient ne constitue donc pas une option pour la MC. Nous irons même plus loin : **un transfert des ressources vers le budget de l'assurance maladie obligatoire est nécessaire**.

Maintenir le modèle de financement actuel du secteur hospitalier ne devrait affecter ni l'intérêt du patient individuel ni l'intérêt général. Poursuivre le modèle actuel - où les hôpitaux risquent de perdre leurs revenus si leur activité augmente moins que celle de leurs pairs et où la facture se déplace de plus en plus vers le patient - est tout simplement insoutenable. La MC reconnaît la nécessité d'un nouveau système de financement transparent pour les hôpitaux, où l'accès à des soins de qualité pour tous les citoyens est garanti. Il est évident que les hôpitaux doivent être suffisamment indemnisés pour leurs coûts. Et que les prestataires de soins doivent aussi être payés correctement. Mais favoriser la promotion de la santé et d'une qualité des soins dans toutes leurs dimensions est également crucial. Quelques premiers pas timides ont déjà été (ou vont bientôt être) faits dans cette direction. Par exemple, les soins à basse variabilité (à compter du 1er janvier 2019) et l'initiative Pay for Quality (ajoutée pour la première fois dans le Budget des Moyens Financiers du 1er juillet 2018). Mais il y a comme un goût de trop peu... Une réforme radicale de tout le système de financement des hôpitaux s'impose depuis des années.

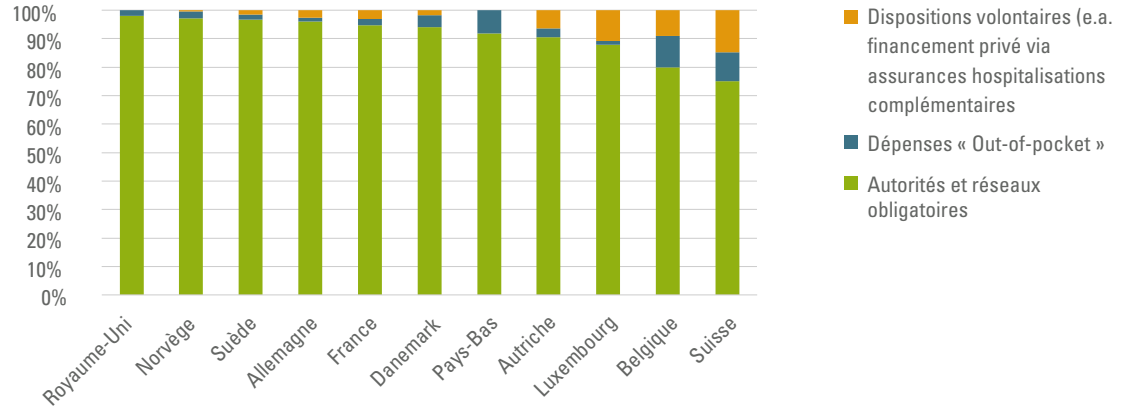
1 Source : Eurostat, Health care expenditure by financing scheme (hlth_sha11_hf), 2015, disponible sur http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha11_hf&lang=en.

2 Source : Stat. OCDE Final consumption expenditure of households, disponible sur https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE5#; extraction des données le 01-10-2018.

3 Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium. Juin 2018. Disponible sur http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=9238&furtherNews=yes; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Belgique : Profils de santé par pays 2017, Editions OCDE, Paris, https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/belgique-profils-de-sante-par-pays-2017_9789264285057-fr Figures 4 et 11.

4 Source : Stat. OCDE Health expenditure and financing, données 2016, disponible sur https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; extraction des données le 01-10-2018

Figure 1. Le financement des soins hospitaliers, selon le type de financement, en 2016 ou la dernière année disponible.



Source : Stat. OCDE Health expenditure and financing, disponible sur https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; extraction des données le 01-10-2018.

Pour la MC, il n'y a aucun doute : il faut **réduire davantage le nombre de lits et la surconsommation des soins aigus** pour alléger, de manière contrôlée, le lourd fardeau des soins aigus (lits, services, programmes de soins et prestations de la nomenclature) qui pèse sur les ressources disponibles pour les soins de santé. Le KCE a calculé que comparé au besoin de lits en 2025 et compte tenu du vieillissement accéléré qui s'annonce, **il y aurait 5.832 lits autorisés** de trop.[5] La surcapacité qui existe actuellement stimule les admissions inutiles ou évitables, et constitue un facteur inhibant pour la transition des admissions hospitalières traditionnelles vers des soins de jour et ambulatoires. Nous insistons donc pour que les mesures nécessaires soient prises afin que **l'offre en lits d'hôpitaux diminue de 6.000 unités d'ici 2025.** Il est important de noter que les maigres ressources doivent être investies dans un système de santé et de bien-être axé sur les personnes, orienté sur les besoins réels en matière de soins et de bien-être à la lumière d'une perspective à long terme claire (par exemple, soins chroniques, soins aux personnes âgées, soins préventifs, soins de santé mentale, soins aux handicapés et promotion de la santé). Les formes de soins intermédiaires novatrices doivent également être étudiées en profondeur dans ce contexte, puis organisées et réglementées de manière structurée. Les soins peuvent et doivent être mieux organisés, sans que la qualité n'ait à en pâtir, au contraire. La MC souhaite y contribuer en tant que partenaire constructif.

La structure (renouvelée) du **Baromètre hospitalier de la MC** reflète son **double objectif.** D'une part, nous souhaitons accompagner nos membres dans le paysage complexe des soins, en particulier dans les aspects liés aux hospitalisations. D'autre part, nous utilisons le baromètre hospitalier annuel pour soutenir la politique des soins de santé, assurer une gestion adéquate de l'assurance maladie, aider à faire respecter les réglementations, aider à promouvoir des soins de santé efficaces et faire (re)progresser le débat social sur des points cruciaux. En tant que mutualité santé tournée vers l'avenir, nous continuons à prendre à coeur ce rôle actif et responsable, pour lequel nous nous sommes explicitement engagés.

Cet article ne reprend en aucun cas l'étude complète telle que publiée sur notre site Web, mais fournit un résumé de la partie adressée au décideur/professionnel, et quelques commentaires supplémentaires. Le rapport complet est disponible sur https://www.mc.be/actualite/articles/2018/cartographie-tarifs-hopitaux.

2. Méthode

Le baromètre hospitalier de la MC est une étude annuelle portant sur les hospitalisations dans les hôpitaux généraux et universitaires en Belgique. Cette quatorzième édition analyse les factures hospitalières des quelques 1,5 million d'admissions des membres de la MC en 2017. Les admissions hospitalières

5 KCE rapport 289AS sur la capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité - synthèse disponible sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Télécharger%20la%20synthèse%20en%20français%20%2884%20p.%29.pdf

avec et sans nuitée (respectivement admissions classiques et admissions de jour) pour lesquelles des prestations médicales ont été remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMI) font partie de l'étude. Nous reprenons les données de nos éditions précédentes, ce qui nous permet de voir les évolutions dans le temps. L'indice est actualisé pour tous les montants monétaires du rapport. Toute variation à la hausse ou à la baisse est donc réelle et non une conséquence de l'inflation.

Outre les analyses « générales », nous avons également examiné 12 interventions courantes : l'appendicectomie, l'ablation de la vésicule biliaire, la chirurgie de la hernie inguinale, l'implantation d'un stimulateur cardiaque, la pose d'un stent (cœur de l'artère coronaire), l'accouchement, la chirurgie de la cataracte, la mise en place d'une prothèse de hanche, la mise en place d'une prothèse de genou, la méniscectomie, l'ablation de la prostate et la chirurgie des varices. Parmi ces 12 groupes de patients, nous ne nous concentrons pas uniquement sur les coûts, mais également sur un certain nombre d'indicateurs concernant la (variation de la) qualité des soins.

Comme les années précédentes, tous les hôpitaux ont reçu leurs résultats généraux individuels avant la publication du baromètre de l'hôpital. Cette méthode (les hôpitaux ont la possibilité de formuler des commentaires et/ou d'apporter des corrections) nous permet d'améliorer nos données et de (aider à) détecter les erreurs ou les pratiques dans la facturation.

Par rapport aux éditions précédentes du baromètre hospitalier de la MC, cette année, l'accent a également été mis sur un cadre plus large. Le cas échéant, nous nous référons aux rapports existants et aux chiffres accessibles au public (y compris ceux de l'OCDE, de l'INAMI, de l'Agence Intermutualiste, etc.). L'analyse comparative internationale, les tendances à l'étranger, le lien entre la pratique en Belgique avec les lignes directrices et les résultats des consultations des membres, le lien avec le cadre législatif et réglementaire en vigueur dans notre pays... sont également abordés.

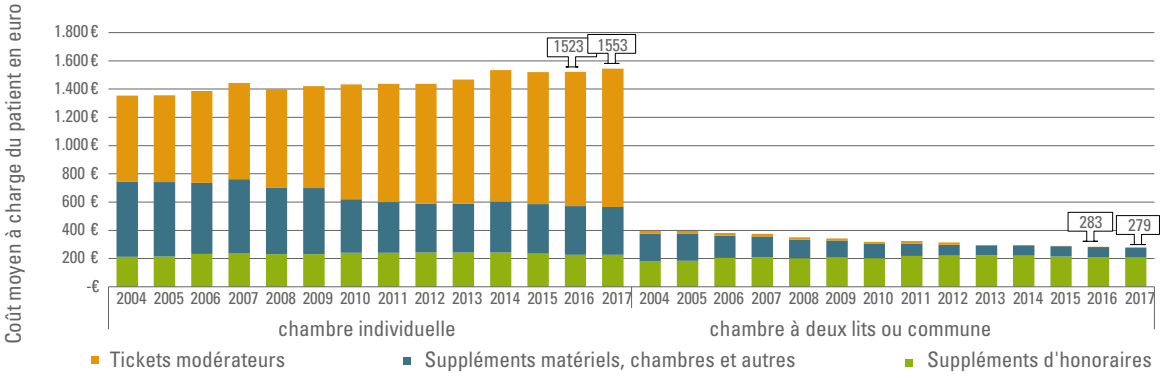
Une description détaillée de la méthodologie est disponible dans le rapport sur le site Web de la MC.

3. Résultats et discussion

En affirmant que les suppléments d'honoraires ont fortement augmenté ces dernières années, qu'ils dominent de plus en plus la facture patient et que les montants demandés varient énormément (d'une région à l'autre, d'un hôpital à l'autre, d'une discipline à l'autre et d'un prestataire de soins de santé à un autre) sans trouver de justification ni d'avantage social, nous ne faisons qu'enfoncer une porte ouverte.[6]

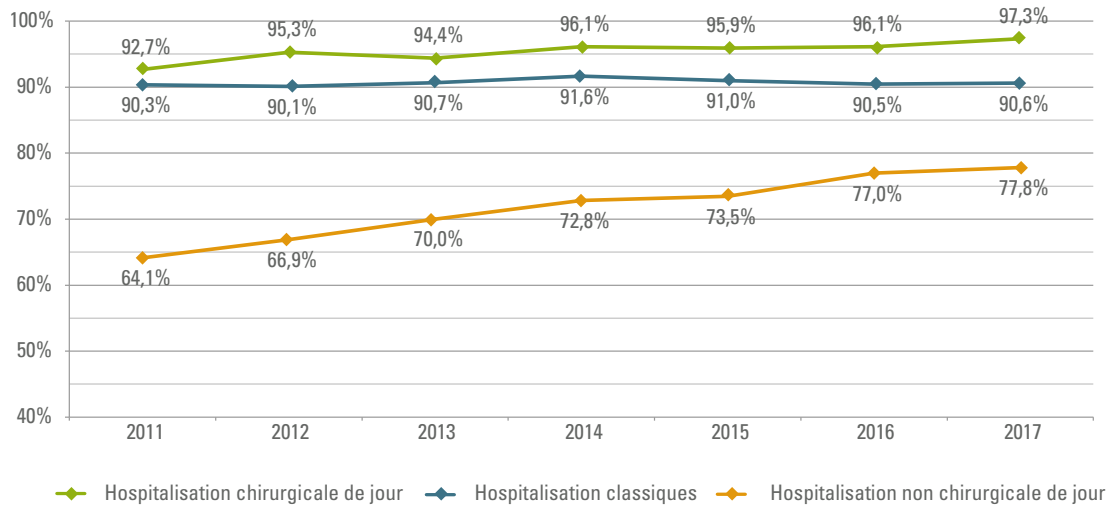
Le quatorzième baromètre hospitalier de la MC montre que les **suppléments d'honoraires** payés par le patient hospitalisé **ont encore augmenté** en 2017. Par admission dans une chambre individuelle, les suppléments d'honoraires ont à nouveau augmenté de 3,5% (hospitalisation classique, figure 2) et de 1,7% (hospitalisation de jour chirurgicale) par rapport à 2016, en

Figure 2. Évolution du coût moyen d'une hospitalisation classique à la charge du patient, par type de chambre (données des membres de la MC, 2004 - 2017, prix 2017).



6 Voir les 13 autres baromètres hospitaliers de la MC et l'étude de l'AIM « Les suppléments d'honoraires en hôpitaux aigus » (2017) disponible sur https://www.ima-aim.be/Supplements-d-honoraires-dans-les

Figure 3. Évolution du pourcentage des hospitalisations en chambre individuelle où des suppléments d'honoraires sont facturés, par type d'hospitalisation (données des membres de la MC, 2011 - 2017).



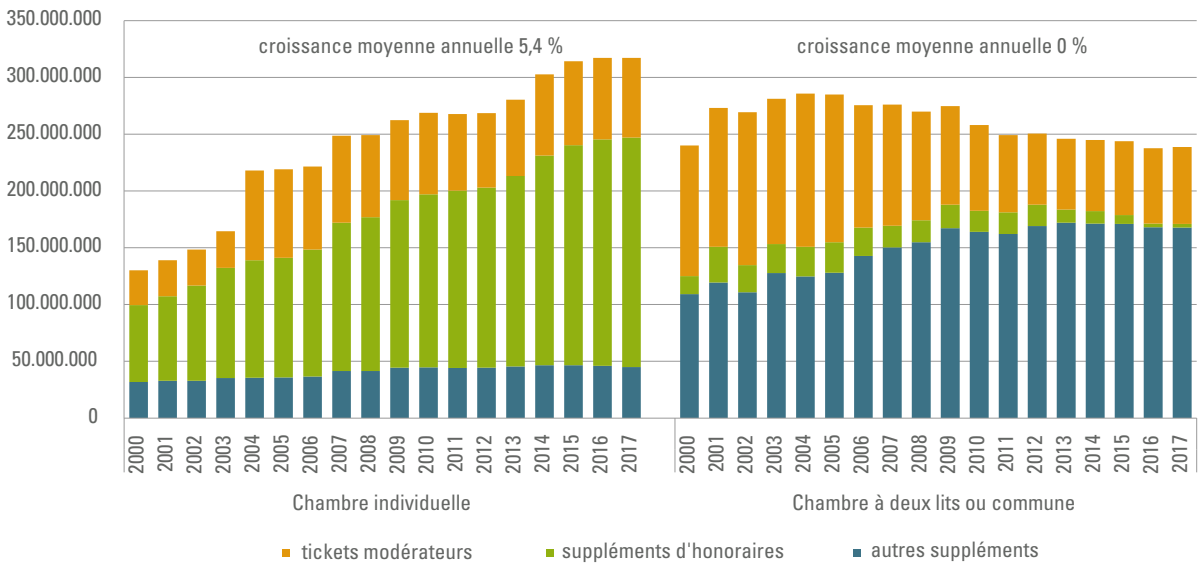
plus de l'indice. En outre, ces suppléments sont de plus en plus souvent systématiquement facturés pour les hospitalisations de jour en chambre individuelle (Figure 3). Le montant total des suppléments d'honoraires versés par les membres de la MC lors d'une admission à l'hôpital a encore augmenté, pour atteindre 205 millions d'euros en 2017. Il n'y a aucune raison pour que la croissance constatée ne s'arrête d'elle-même. En 2017, 11 hôpitaux ont augmenté leur pourcentage maximal de suppléments d'honoraires ; en 2018, au moins 12 autres hôpitaux ont fait de même (situation au 12-12-2018). L'augmentation des suppléments d'honoraires menace de se poursuivre et les coûts menacent en plus de se répercuter davantage sur le patient si nous n'agissons pas de manière décisive maintenant (voir l'argumentation dans le rapport détaillé). Qu'un certain nombre d'hôpitaux aient récemment réduit leur pourcentage maximal de suppléments d'honoraires (y compris l'AZ Sint-Lucas à Bruges (d'un maximum de 300% à 200% pour les médecins non conventionnés, avec un maximum de 100% pour les médecins conventionnés (2018) et les Cliniques de l'Europe à Bruxelles (de 300% à 200% pour tous les médecins (2019)) est louable, mais ne permet pas de renverser la tendance générale en Belgique. Dans le même temps, nous notons qu'il y a de plus en plus d'hôpitaux avec des exceptions à leur pourcentage maximal « normal » de suppléments d'honoraires (par exemple, des pourcentages maximaux plus élevés s'appliquent à des disciplines spécifiques, l'utilisation de certaines technologies, des séjours en chambre individuelle de luxe...).

En 2017, tous les patients hospitalisés tous organismes assureurs confondus (c'est-à-dire plus que les membres de la MC hospitalisés) ont payé ensemble **563 millions d'euros en supplément d'honoraires**. Les éventuels suppléments d'honoraires liés aux examens préliminaires et aux contrôles de suivi ne sont pas inclus dans le montant susmentionné. Il est à noter que - entre 2015 et 2017 - la croissance annuelle moyenne des suppléments d'honoraires pour une hospitalisation était 2,5 fois supérieure que la croissance annuelle moyenne des honoraires officiels de l'AMI (3% par rapport à 1,2%). En 2017, il y a eu 9.986 hospitalisations pour lesquelles les suppléments d'honoraires s'élevaient au moins à 5.000 euros (par hospitalisation), ce qui revient à une augmentation de 40% par rapport à 2014. Pas moins de 2.913 patients ont été confrontés à un montant cumulé supérieur à 10.000 euros de suppléments d'honoraires pour leur hospitalisation en 2017, soit 50% de plus qu'en 2014. De même, 37.408 patients ont payé plus de 3.000 euros de suppléments d'honoraires pour leur(s) hospitalisation(s) en 2017. Trois ans plus tôt - en 2014 - ils n'étaient « que » 30.032 patients.[7] De telles évolutions sont inacceptables. Dans ce contexte, n'oublions pas de mentionner que le patient sans assurance hospitalisation n'est en aucun cas protégé contre les suppléments d'honoraires (élevés), ni par les filets de sécurité sociaux, tels que le maximum à facturer ou l'intervention majorée des frais médicaux.

En outre, comment expliquer à l'étranger que les frais médicaux à la charge du patient dépendent du choix de sa chambre (pas de suppléments d'honoraires pour les chambres doubles ou communes, mais bien pour des chambres individuelles) ? Que le pourcentage maximum des suppléments d'honoraires puisse différer entre une « chambre individuelle de luxe » et une « chambre individuelle standard » ? Ou que ceux-ci peuvent varier en fonction de la discipline à laquelle appartient le médecin, ou de

7 https://aim-ima.be/Communique-de-presse-563-millions-d-euros-en-2017-Un-montant-record-pour-les

Figure 4. Somme de tous les coûts à la charge du patient hospitalisé, par type de chambre (membres de la MC, tous les types d'hospitalisation cumulés, 2000 - 2017, prix 2017).



la technologie utilisée (procédures assistées par robot, par exemple) ? L'autorégulation, y compris par la déontologie, parviendra-t-elle encore dans la pratique à maintenir les (suppléments d'honoraires dans des limites acceptables, modérées et modestes ? Même si seulement 12% des hospitalisations de membres de la MC s'effectuent en chambre individuelle, du point de vue du prestataire de soins, les revenus totaux des paiements des patients pour des chambres individuelles rapportent plus que ceux des chambres communes (figure 4).

Nous notons qu'il y a **de grandes différences** (entre les hôpitaux, entre les régions, mais aussi au sein des hôpitaux) quant au coût facturé au patient, même pour des interventions standardisées bien prévisibles et peu variables entre les patients. Non seulement les montants demandés (figure 5), mais aussi le pourcentage des admissions pour lesquelles des suppléments d'honoraires sont facturés (figure 6) peuvent être très différents. Dans la pratique, est-ce que chaque hôpital offre encore suffisamment de possibilités pour que le patient

Figure 5. Coût total à la charge du patient pour cinq interventions courantes : mise en place d'une prothèse de hanche (admission classique), ablation de la vésicule biliaire (admission classique), accouchement (admission classique), méniscectomie (hospitalisation de jour chirurgicale), chirurgie de la cataracte (hospitalisation de jour chirurgicale) - par type de chambre, région et hôpital. Les données des membres de la MC, 2017, seulement pour les hôpitaux comptant au moins dix admissions de membres de la MC en 2017.

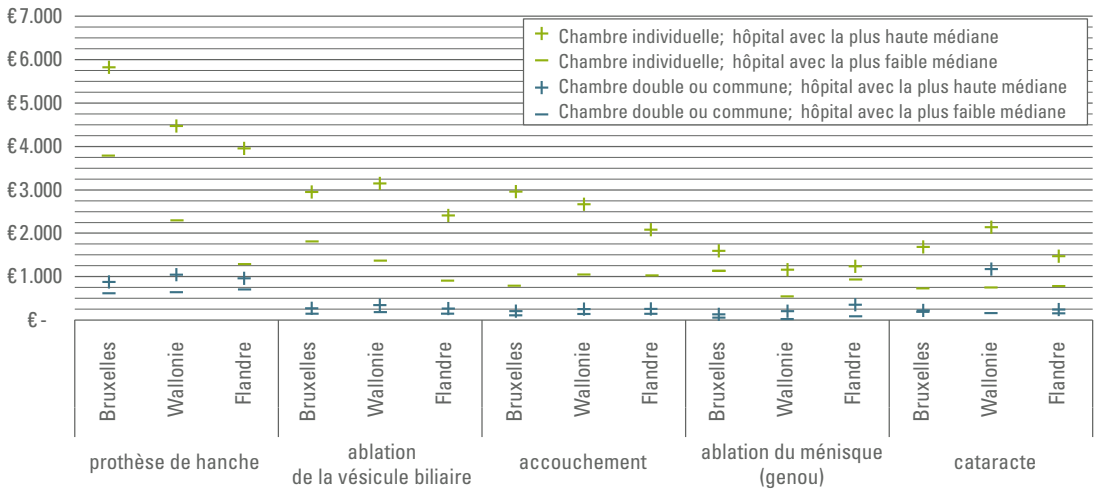
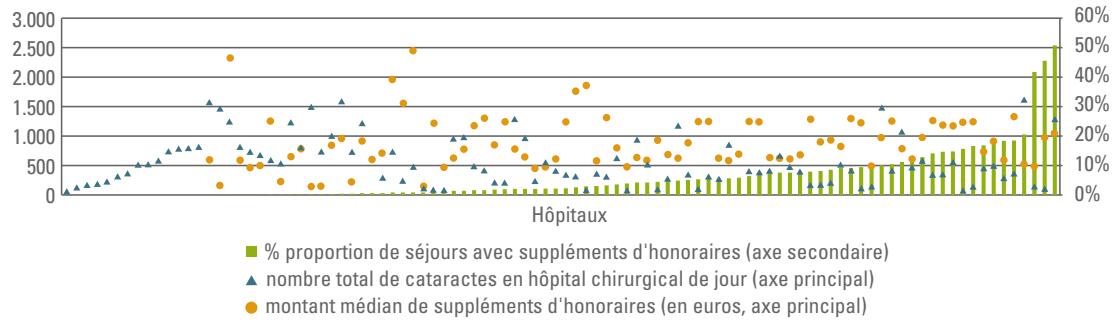


Figure 6. Par hôpital, le pourcentage des patients pour lesquels des suppléments d'honoraires ont été facturés en 2017 pour une chirurgie de la cataracte en hospitalisation de jour (axe secondaire), ainsi que le nombre total de chirurgies de la cataracte en hospitalisation de jour (axe primaire) et la médiane des suppléments d'honoraires (axe primaire). Base : 56.103 chirurgies de la cataracte chez les membres de la MC effectuées en hospitalisation de jour en 2017 ; tous les hôpitaux pris en compte, des suppléments d'honoraires ont été facturés à 5,4% de ces patients.



soit admis sans suppléments d'honoraires et sans supplément de chambre (également en hospitalisation de jour), avec la même qualité de soins dans toutes ses dimensions ?

L'écart dans les coûts à la charge du patient lors d'une admission dans une chambre individuelle ou double ou commune s'est creusé avec le temps (voir figure 2 pour les admissions classiques). L'augmentation des coûts médicaux sous la forme de suppléments d'honoraires sans cesse croissants pour les chambres individuelles joue un rôle majeur à cet égard. En 2017, les **suppléments d'honoraires totalisaient en moyenne deux tiers à quatre cinquièmes du coût total à la charge du patient admis en chambre individuelle.** Si nous incluons les suppléments de chambre, nous constatons qu'en moyenne 80 à 90% de la facture patient pour une hospitalisation en chambre individuelle est constituée des suppléments susmentionnés. **Un patient dans une chambre individuelle paiera rapidement considérablement plus que quelqu'un admis en chambre double ou commune.** La différence est devenue si grande qu'elle ne peut plus être justifiée. Quelques exemples basés sur les données de la MC : la facture patient médiane pour un accouchement avec séjour dans une chambre individuelle était 7,7 fois plus élevée en 2017 que dans une chambre double ou commune (1.390 euros *contre* 181 euros), pour l'implantation d'un stimulateur cardiaque la facture était 9,7 fois plus élevée (1.731 euros *contre* 179 euros), une chirurgie de la cataracte avec repos en chambre individuelle (hospitalisation de jour) coûtait 5,4 fois plus cher qu'en chambre double ou commune (1 153 euros contre 212 euros)...
Il est incontestable qu'une telle évolution entraîne une **dualisation des soins,** où, **progressivement, seuls les patients pouvant souscrire une assurance hospitalisation peuvent séjourner dans une chambre individuelle.** C'est une voie que la MC ne veut pas prendre en tant que mutualité santé, car elle touche aux principes fondamentaux de notre système de soins de santé. Tout le monde a droit à des soins abordables, accessibles et de qualité (égale). L'accessibilité des soins (y compris dans les chambres individuelles) est l'un des nombreux indicateurs de la qualité des soins, avec le patient au centre.

En tant que mutualité santé tournée vers l'avenir, nous sommes d'avis que **les chambres individuelles devraient être la norme** pour les **admissions classiques**. Sur la base d'une vaste enquête auprès des membres, dont les résultats ont été renforcés par la littérature professionnelle (internationale), nous avançons une proportion de **80% de chambres individuelles** pour 20% de chambres doubles ou communes comme étant un objectif sain et réaliste. Nous constatons aussi souvent que des membres optent pour une chambre individuelle, non pas parce qu'ils ont des goûts de « luxe », mais en raison de la gravité de leur état de santé. Et qu'ils sont ensuite confrontés involontairement à des suppléments très élevés. Des études internationales montrent clairement qu'il existe plus d'avantages que d'inconvénients associés aux chambres individuelles et que le surcoût (coûts de construction et de nettoyage) des hôpitaux disposant principalement/exclusivement de chambres individuelles est très limité.

Dans la perspective des élections de 2019, la MC est favorable à une **interdiction légale d'imposer des suppléments d'honoraires aux patients hospitalisés.** Certains critiques soutiennent que la suppression des suppléments d'honoraires causerait des problèmes aux hôpitaux, mentionnant souvent les résultats de l'étude MAHA dans la même phrase.[8]

8 L'étude MAHA est une analyse annuelle de la situation financière des hôpitaux généraux, réalisée par Belfius. La dernière étude en date (exercice 2017, communiqué de presse disponible sur https://www.belfius.com/FR/Media/Communiqué%20MAHA%2004%2010%202017_tcm_78-142145.pdf) montre que (1) la structure financière du secteur au niveau mondial reste saine, (2) les hôpitaux généraux continuent d'investir à peu près autant que l'année précédente (près de 1,5 milliard d'euros), et (3) le résultat courant représente 0,2% du chiffre d'affaires et 39 établissements (soit plus de 40%) présentent un résultat courant déficitaire en 2017. Il convient de noter qu'aucun chiffre n'est disponible dans l'étude sur d'éventuelles provisions, ce qui pourrait toutefois donner une image plus complète.

Cependant, en l'absence de transparence de la part du secteur (médecins et hôpitaux), il est impossible de les objectiver. Personne ne sait quelle partie des suppléments revient à l'hôpital ou aux médecins. Mais nous croyons que vouloir c'est pouvoir. Au fond, c'est un **choix social** : les suppléments d'honoraires en constante augmentation sabotent les efforts de la communauté en matière d'assurance maladie et affectent son efficacité. Là où la solidarité - à laquelle chacun contribue - rend des soins de santé de haute qualité accessibles à tous, les suppléments d'honoraires minent ce principe de base. La MC souligne **l'importance d'un financement hospitalier adéquat et d'une rémunération correcte des médecins spécialistes, avec équité en matière de tension salariale entre les différentes spécialités du corps médical**. La transparence des salaires des cadres supérieurs dans les organisations à but non lucratif, y compris des hôpitaux, est également indiquée. Au final, il ne s'agit ni plus ni moins d'une question de responsabilité quant à la destination des fonds publics.

Au fil des ans, un système pervers s'est développé, qui fait de l'existence de l'assurance hospitalisation un alibi permettant de facturer des suppléments de plus en plus élevés et qui ne fait qu'augmenter de plus en plus les primes de l'assurance hospitalisation. C'est cette **spirale d'augmentation des coûts** que **la MC veut briser,** car elle touche aux principes fondamentaux de notre système de soins de santé. **Si les suppléments disparaissent, l'assurance hospitalisation ne sera plus nécessaire.**

La suppression contrôlée des suppléments d'honoraires pour le patient hospitalisé pourrait ressembler à ce qui suit, dans les grandes lignes :

1.	Edicter une **interdiction légale des suppléments d'honoraires à la charge des patients hospitalisés** (tant en hospitalisation de jour qu'admission classique). Par conséquent, **les primes des assurances maladie supplémentaires devraient sensiblement diminuer**, tant pour les contrats individuels que collectifs. *Information générale pertinente :* *En 2015, la masse totale des primes des assurances maladie supplémentaires en Belgique s'élevait à plus de 1,7 milliard d'euros.*[9]
2.	Les ressources financières libérées par toutes les personnes payant une prime d'assurance maladie supplémentaire seront transférées en partie et solidairement vers le budget de l'assurance maladie obligatoire : **réinsertion de 650 millions d'euros** (à réviser périodiquement) **dans l'assurance maladie obligatoire.** Compte tenu des frais administratifs moins élevés et d'une meilleure gestion des coûts de l'assurance maladie obligatoire par rapport à l'assurance maladie privée, ces **ressources seront utilisées plus efficacement au profit de tous les assurés sociaux.** Les méthodes afin d'insérer les 650 millions d'euros dans l'assurance maladie obligatoire (à discuter avec les partenaires sociaux) : • soit en augmentant la contribution sociale ; • soit en augmentant la part de la sécurité sociale dans les sources alternatives de financement ; • soit en augmentant les subventions générales de l'Etat ; • soit en combinant ces mesures. *Information générale pertinente : en 2017, les honoraires payés par le patient hospitalisé s'élevaient à 563 millions d'euros.*[10]
3.	**Répartir cette somme entre les hôpitaux** (budget des ressources financières) **et les médecins spécialistes** sur la base de clés de répartition transparentes, objectives et équitables.

9 Chiffres : Banque nationale de Belgique

10 https://aim-ima.be/Communique-de-presse-563-millions-d-euros-en-2017-Un-montant-record-pour-les

Une **première étape, cruciale,** dans cet exercice, **est la transparence**. La transparence des (flux de) suppléments d'honoraires (« Comment les ressources sont-elles réparties entre les hôpitaux et les médecins et où vont-elles ? ») et des coûts qu'une hospitalisation entraîne par rapport au financement reçu par un hôpital.

Afin de pouvoir suivre un éventuel **transfert des suppléments d'honoraires** du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire, les secteurs polycliniques et ambulatoires devront fournir **suffisamment d'informations**. Nous demandons **une transparence totale** des **montants facturés** et du lieu de prestation **des prestations ambulatoires et extramuros,** surtout lorsque le système de tiers payant est appliqué.

D'après les groupes de discussion organisés par la MC dans le cadre de l'action *Droits du patient* en 2018, nous savons que, dans la pratique, les patients reçoivent rarement spontanément et préalablement des informations financières concernant une hospitalisation planifiée.[11] Des informations financières claires et compréhensibles sont nécessaires avant l'admission proprement dite : les informations données au moment de l'hospitalisation - le jour de l'admission - sont souvent moins bien comprises (les patients sont parfois inquiets/nerveux au sujet de la procédure à venir et sont surtout préoccupés par leur santé), le coût n'est pas clairement indiqué en euros et le patient n'a aucune idée du véritable impact financier du choix de la chambre. Les possibilités d'obtenir des informations supplémentaires sont également limitées à ce moment-là. Nous insistons pour que les patients aient, préalablement à leur hospitalisation, un dossier contenant une **estimation claire des coûts.** Nous nous appuyons ici sur différentes dispositions légales concernant l'obligation des prestataires de soins et des établissements de soins d'informer leurs patients, non seulement sur les aspects médicaux, mais aussi sur le coût attendu.[12] **Nous demandons à ce que chaque hôpital rende disponible en ligne au moins une estimation des coûts pour une liste limitative des interventions les plus courantes, au plus tard pour le 1er juillet 2019** à l'aide d'un **modèle standard** clair et compréhensible. De telles estimations de coûts standards, qui sont au moins disponibles sur le site Internet de l'hôpital, constituent un outil utile pour faciliter le dialogue entre le bénéficiaire et le prestataire de soins. Nous sommes heureux que ce point ait déjà été longuement discuté lors des réunions du groupe de travail « suppléments d'honoraires » dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord national médico-mutualiste du 19 décembre 2017[13] et espérons une exécution rapide, car ce serait certainement un pas en avant dans la **transparence financière vis-à-vis du patient.** À la suite de l'action Droits du patient, la MC a analysé, entre octobre 2017 et janvier 2018, la transparence financière sur les sites Internet des hôpitaux pour les hospitalisations prévues. Il s'est avéré que, pendant la même période, des estimations de coûts spécifiques à certaines interventions pouvaient être trouvées sur 36 sites Internet (soit plus de 35% des sites Internet des hôpitaux).[14]

Comme pour les suppléments d'honoraires, il existe également la possibilité de facturer **des suppléments de chambre** en fonction des choix de chambre du patient. Un supplément de chambre est un supplément qui peut être demandé à un patient qui choisit de séjourner dans une chambre individuelle lors de son hospitalisation. À l'heure actuelle, il n'existe aucune disposition légale concernant ce qu'un supplément de chambre couvre (ou pas). La masse totale de ces suppléments, payée par les membres de la MC en 2017, s'élevait à **46,8 millions d'euros** (dont 44,2 millions d'euros pour les hospitalisations avec au moins une nuit, 1,6 million d'euros pour les hospitalisations non chirurgicales et 1 million d'euros pour les hospitalisations de jour chirurgicales). Nous constatons qu'il existe une très grande variation dans les montants demandés par jour, en fonction de l'hôpital, du service, de l'aile du bâtiment, du type d'hospitalisation, etc. En 2017, les suppléments de chambre pour les admissions classiques pour certains membres de la MC s'élevaient à 259 euros par jour (à la maternité) et pour les admissions de jour à 150 euros par jour (pour se reposer après une chirurgie de la cataracte). Malgré le fait que dans certains cas, on ne peut pas parler réellement de chambre pour une hospitalisation de jour (le patient devra simplement de se reposer dans un fauteuil), on peut quand même voir que les suppléments de chambre sont parfois aussi très élevés dans certains hôpitaux. La MC souhaite, de préférence en consultation avec le secteur, imposer une **limitation des suppléments de chambre pour les chambres individuelles, associée à des critères objectifs**. Nous pensons que **chaque hôpital devrait avoir une offre suffisante** de **chambres individuelles à un prix raisonnable et conforme aux normes d'aménagement contemporaines et réalistes**. Ce que signifie « raisonnable » doit encore être déterminé, mais nous pensons entre autres à des prix maximaux fixes et transparents.

En outre, ce qu'on appelle le **« confort de la chambre »** (parfois appelé le forfait d'hébergement ou le supplément confort) mérite une attention particulière. En règle générale, le patient paie pour les services supplémentaires qu'il demande (par exemple, l'utilisation de la télévision, d'un frigo, du téléphone,

11 Mullié, K., Verleyen, A., Verhaegen, P., et al. (2018). Action Droits du patient 2018 : Les patients parviennent-ils à obtenir des informations financières lors d'une hospitalisation ? MC-Informations, 273, 41-46.

12 Loi relative aux droits du patient, Directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers et Code de droit économique.

13 Le groupe de travail est composé de représentants d'hôpitaux, d'organismes assureurs et de médecins. Le groupe de travail est présidé par l'administrateur général de l'INAMI et par le directeur général du SPF Santé publique. La cellule politique du Ministre prend également part aux discussions.

14 Les patients trop peu informés du coût d'une hospitalisation. Communiqué de presse de la MC du 17 avril 2018, disponible sur https://www.mc.be/actualite/communique-presse/2018/patients-cout-hospitalisation

du WiFi... dans la chambre). Cependant, dans la pratique, nous remarquons que certains hôpitaux tentent de lier automatiquement ce code forfaitaire au choix de la chambre (généralement aux chambres communes), faisant du forfait hébergement un supplément de chambre caché. La MC estime que le patient (après avoir été informé dans un langage clair au sujet des services qui peuvent lui être offerts, ainsi qu'au sujet de leur prix) **doit pouvoir décider librement et explicitement** s'il souhaite ou non profiter de ces services. Si le patient choisit certains services, il doit s'agir d'un véritable choix (et **non d'une option de opt-out**). En 2017, les membres de la MC ont payé **3,74 millions d'euros** pour le confort des chambres, dont 3,2 millions d'euros pour l'admission en chambre double ou commune (pour lesquelles les suppléments de chambre sont interdits par la loi) et 0,5 million d'euros pour les admissions en chambre individuelle (pour lesquelles des suppléments de chambre ont également déjà été facturés). La MC estime qu'il devrait y avoir une réglementation plus claire - et un meilleur suivi - en termes de facturation des services liés au confort d'une chambre d'hôpital.

En ce qui concerne les suppléments de chambre et les forfaits d'hébergement, nous demandons **une révision et une mise à jour des normes d'aménagement standards pour les chambres d'hôpital** (tous les types de chambres). Les normes d'aménagement que doivent respecter les hôpitaux et leurs services sont définies dans l'arrêté royal du 23 octobre 1964[15]. Toutefois, les normes d'aménagement des années 60 ne correspondent plus nécessairement à celles de 2018. La télévision, le Wi-Fi... font-ils partie de l'équipement standard d'une chambre d'hôpital en 2018 ou s'agit-il encore de « suppléments » ?

Un autre point d'intérêt est le choix du type d'hospitalisation, **qui ne semble pas toujours découler uniquement des besoins du patient et/ou des possibilités techniques disponibles,** mais parfois aussi d'autres facteurs tels que (des changements dans) les facteurs de financement et/ou socio-économiques. Ce phénomène a déjà été décrit dans d'autres publications.[16] A titre d'exemple, nous avons utilisé l'ablation de la vésicule biliaire dans notre baromètre hospitalier. Selon les experts, une cholécystectomie peut parfaitement être réalisée en hospitalisation de jour dans la moitié des cas. Cependant, nos chiffres montrent qu'en 2017, 90,5% des cholécystectomies chez nos membres ont eu lieu en hospitalisation classique. Il existe encore d'autres très grandes différences entre les hôpitaux pour de nombreuses interventions. Par exemple, pour les chirurgies unilatérales de hernie inguinale, nous avons vu que la proportion d'interventions pratiquées en hospitalisation de jour ou en admission classique variait entre 0% et 83,9%, en fonction de l'hôpital. Comme indiqué, nous souhaitons susciter le débat social. Sommes-nous sur la bonne voie ? Et nous souhaitons coopérer de manière constructive aux solutions possibles. Un **débat ouvert** doit être lancé de toute urgence afin de revoir **en profondeur** le **financement des hôpitaux et des médecins**. **La suppression des suppléments d'honoraires à la charge du patient hospitalisé** à travers un processus tel que décrit plus haut **peut aider à faire avancer de manière ciblée et concrète** cette réflexion complexe.

4. Conclusion

La MC préconise en tant que mutualité santé tournée vers l'avenir :

- Plus de transparence pour le patient sur
  - le coût prévu d'une hospitalisation (estimation des coûts)
  - la qualité des soins
- Plus de transparence pour la mutualité santé sur
  - les (flux des) honoraires et les suppléments : la manière dont les ressources sont réparties entre les hôpitaux et les médecins et leur destination
  - les coûts engendrés par une hospitalisation par rapport au financement qu'un hôpital reçoit
  - les montants à la charge du patient pour les prestations ambulatoires et extramuros
  - la qualité des soins
- La suppression des suppléments lors d'hospitalisations, avec à court terme :
  - une règlementation transparente concernant les suppléments de chambre (y compris la réduction des excès) et le confort des chambres, ainsi qu'une révision des normes d'architecture et d'aménagement des chambres d'hôpital
  - l'interdiction légale de facturer des suppléments d'honoraires aux patients hospitalisés
- Une réduction de 6.000 lits d'hôpitaux d'ici 2025, comme le propose le KCE, avec davantage de soins transmuraux et axés sur les besoins (chroniques et préventifs)
- Les chambres individuelles comme norme pour les admissions classiques (une proportion de 80% de chambres individuelles pour 20% de chambres doubles et communes)
- La suppression du système d'assurance hospitalisation et le transfert de ces fonds vers l'assurance maladie obligatoire

15 Arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, M.B. 07/11/1964, p.11709

16 Il est possible de développer davantage les chirurgies de jour grâce aux encouragements financiers des hôpitaux et à un bon réseau de soins à domicile. Communiqué de presse du KCE du 29 mars 2017, disponible sur https://kce.fgov.be/fr/accroître-le-recours-à-la-chirurgie-de-jour-est-possible-moyennant-des-incitants-financiers-pour-les.

Les opioïdes ne sont pas inoffensifs pour notre santé

Caroline Lebbe – Direction médicale (cellule médicaments)
Rose-Marie Ntahonganyira, Hervé Avalosse, Michiel Callens – Service d'étude MC

Résumé

La consommation d'opioïdes est en augmentation dans notre pays. Ces dérivés de la morphine sont utilisés pour le traitement de la douleur. Surtout pertinents en cas de douleur cancéreuse, ils n'en sont pas moins utilisés pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Or, ces médicaments ne sont pas sans danger : ils entraînent de nombreux effets indésirables et de la dépendance.

Qu'en est-il de la consommation de ces médicaments dans notre pays ? D'après une comparaison internationale, la Belgique n'est pas très bien placée. De son côté, l'INAMI a déjà mis en évidence que le nombre d'utilisateurs a doublé de 2006 à 2016, amenant à près de 10% le pourcentage de la population belge ayant recours aux opioïdes.

Nous avons voulu en savoir plus en analysant les données de facturation de la MC (environ 4.600.000 membres, soit 41% de la population belge) pour la période 2010 à 2017 :

- *Le nombre d'utilisateurs d'opioïdes est en croissance rapide. C'est surtout le cas pour l'oxycodone, le fentanyl et le tramadol.*
- *Au sein des membres de la MC, en 2017, la prévalence des utilisateurs d'opioïdes est de l'ordre de 8,7%. Elle est plus élevée en Wallonie (12%), chez les bénéficiaires de l'intervention majorée (15%), chez les femmes (11%), chez les plus de 60 ans (13,5% pour les 61-75 ans ; 19,6% pour les 76 ans et plus) et chez les patients cancéreux (25%).*
- *Plus inquiétant : en 2017, parmi les utilisateurs d'opioïdes, 55.000 d'entre eux en ont un usage chronique, bien que n'ayant pas de cancer. Le nombre absolu d'utilisateurs à usage chronique pour une douleur non cancéreuse est en croissance (17% sur la période étudiée).*

Pourtant, il n'y a pas vraiment de preuves de l'efficacité des opioïdes en cas de douleur chronique non cancéreuse. Les recommandations en la matière sont claires : il faut favoriser l'approche multidisciplinaire, incluant des mesures non médicamenteuses. Et si un traitement médicamenteux s'impose, il faut alors en première intention recourir aux analgésiques non opioïdes.

Mots-clés : *opioïdes, douleur, cancer*

1. Introduction

Les opioïdes sont des antidouleurs dérivés de la morphine. Initialement utilisés pour soulager la douleur aigüe et la douleur cancéreuse en phase palliative, les indications ont été progressivement étendues à la douleur chronique non cancéreuse (par exemple : douleur arthrosique ou neuropathique, lombalgie). Or, cette dernière utilisation pose question.

Le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP[1]) met en garde quant aux recours aux opioïdes sur une longue durée. Dans une publication de septembre 2016[2], le CBIP précise : « *Il n'y a pas suffisamment de preuves que l'utilisation prolongée des opioïdes permette d'améliorer à long terme le contrôle de la douleur chronique non cancéreuse ni la fonction physique* ». Ceci est dû au fait que « *les mécanismes impliqués dans la douleur cancéreuse ou aiguë ne semblent pas être les mêmes que dans la douleur chronique non cancéreuse* ».

1 L'objectif poursuivi par le CBIP est de fournir une information indépendante sur les médicaments. http://www.cbip.be/fr/about

2 CBIP. 2016. Les opioïdes dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. Folia Pharmacotherapeutica septembre 2016. http://www.cbip.be/fr/articles/2628?folia=2626

Si l'on décide de mettre en œuvre un tel traitement, il convient alors d'en évaluer rigoureusement le rapport 'bénéfice/risque' car recourir aux opioïdes n'est pas inoffensif pour la santé. Ces médicaments entraînent « *de nombreux effets indésirables (troubles cognitifs, la somnolence, une diminution du bien-être et de la qualité de vie, des troubles hormonaux, …), ainsi qu'une dépendance et une tolérance menant à un usage abusif* », pouvant entrainer la mort par overdose. « *Les effets indésirables augmentent avec la dose de l'opioïde* ».

2. Contexte

Où en est-on dans la consommation d'opioïdes ? Dans la plupart des pays occidentaux, la consommation de ce type de médicaments est en croissance. Comme on le voit sur la Figure 1, c'est en Amérique du Nord que la consommation est la plus élevée. Au Canada et aux Etats-Unis, il s'agit d'une véritable crise de santé publique, avec des conséquences dramatiques. Le Canada a recensé près de 4.000 décès dus aux opioïdes en 2017[3]. Aux Etats-Unis, « *les overdoses par opioïdes font plus de victimes que les accidents de la route ou les armes à feu. En 2016, près de 64.000 personnes ont perdu la vie après avoir consommé des doses excessives d'opioïdes obtenus pour la majorité sur prescription* »[4].

Qu'en est-il en Belgique ? Comme on peut le voir sur la Figure 1, le positionnement de la Belgique par rapport aux autres pays occidentaux n'est pas très bon : sans atteindre les niveaux canadiens ou états-uniens, la Belgique se situe parmi les pays où la consommation d'opioïdes est élevée. Avec la Figure 2, on voit que cette consommation, dans notre pays, est en croissance depuis les années 90.

Récemment, l'INAMI a analysé la consommation de 5 opioïdes[5] (qui correspondent à 80% de la consommation des opioïdes remboursables dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire) sur la période allant de 2006 à 2016. L'INAMI met ainsi en évidence un recours croissant à ce type de médicaments :

- « *Le nombre de patients auxquels le pharmacien (hors pharmacie d'hôpitaux) a délivré au moins un conditionnement au cours d'une année est passé de 638.939 patients en 2006 à 1.186.943 en 2016.* ***Ceci représente environ 10% de la population.***
- *Le nombre de doses journalières délivrées (en DDD = defined daily dose ou dose d'entretien par jour) est passé de 43.771.008 DDD en 2006 à 78.621.901 en 2016.*
- *Le coût pour l'assurance soins de santé de la consommation d'opioïdes s'élevait à 44,3 millions € en 2006. Ce montant a atteint 55,4 millions € en 2016.* »[6]

Consommation d'opioïdes – comparaison internationale

Grâce au *Pain & Policy Study Group*[7] (PPSG), programme de recherche au sein de l'Université du Wisconsin, on peut mesurer et comparer la consommation d'opioïdes dans le monde. Les données recueillies proviennent de l'*International Narcotics Control Board*[8] (INCB) et concernent la consommation de 6 opioïdes fréquents : fentanyl, hydromorphone, méthadone, morphine, oxycodone, péthidine. Il s'agit de la consommation légale, dans le cadre de soins ou de programmes de santé. Pour mesurer cette consommation, le PPSG a mis au point une métrique, permettant d'obtenir une équivalence morphinique des différents opioïdes (via des facteurs de conversion). Compte tenu de la population de chaque pays, la consommation en « équivalent morphine » est ensuite exprimée en milligramme par personne.

A la Figure 1, on compare la consommation des 6 opioïdes entre divers pays occidentaux (Europe, Amérique du Nord, Australie, Japon, Corée). Le PPSG dispose également de données chronologiques par pays. A la Figure 2, nous reprenons la consommation propre à la Belgique, pour la période 1980 à 2015.

3 Les opioïdes ont fait près de 4.000 morts au Canada en 2017. Edition en ligne du journal Le Devoir, le 20-06-2018. https://www.ledevoir.com/societe/sante/530691/la-crise-des-opioides-a-fait-plus-de-4000-morts-au-canada-en-2017

4 Lebrun AL. Aux États-Unis, les opioïdes tuent plus que les armes à feu. Edition en ligne du journal Le Figaro, le 29-08-2018. http://sante.lefigaro.fr/article/aux-etats-unis-les-opioides-tuent-plus-que-les-armes-a-feu/

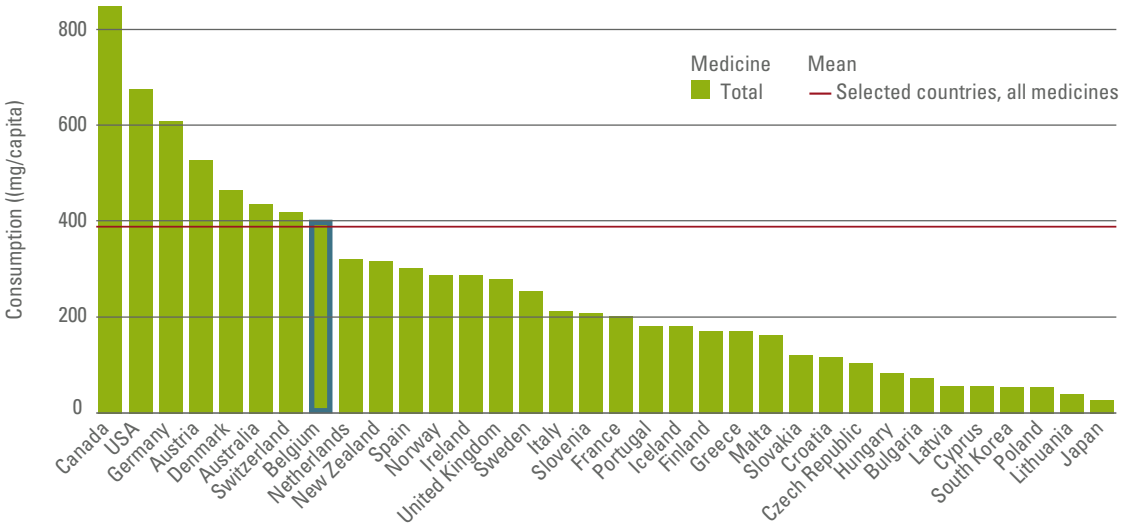
5 Les 5 médicaments sont : fentanyl (patchs), tramadol, oxycodone, tilidine et piritramide

6 INAMI. 2018. Antidouleurs : Notre analyse à propos de l'usage inquiétant de 5 opioïdes (hors hospitalisation). https://www.inami.fgov.be/fr/publications/ra2017/themes/Pages/antidouleurs.aspx

7 http://www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data

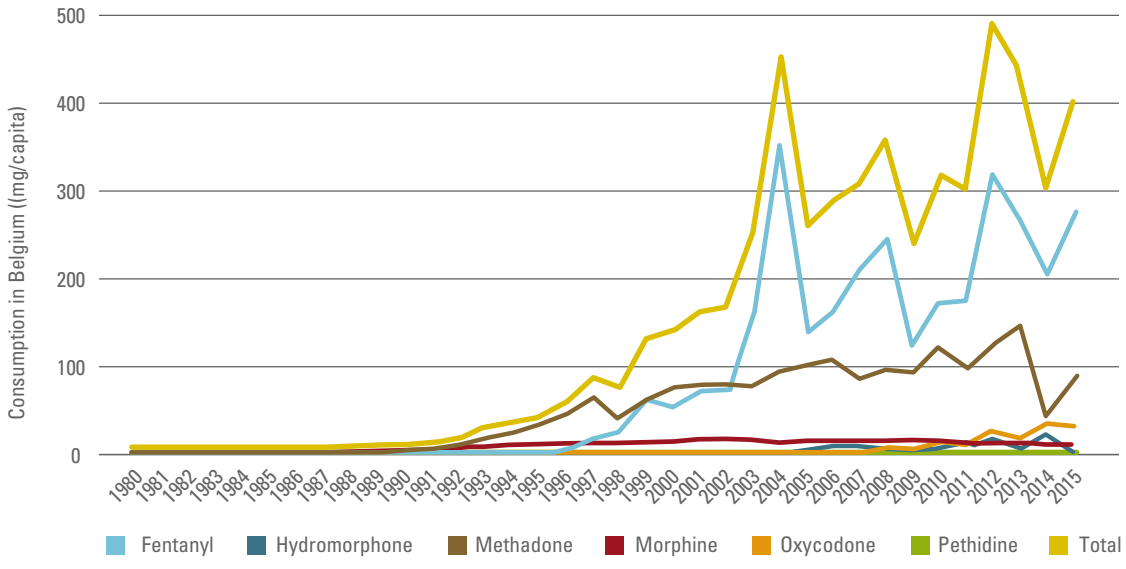
8 C'est un organe de l'Organisation des Nations-Unies, chargé du suivi des conventions internationales concernant les stupéfiants.

Figure 1 : Comparaison internationale : consommation d'opioïdes (en « équivalent morphine » mg/personne) - 2015



Source: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data. By: Pain and policy Studies Group. University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2018.

Figure 2 : Belgique : consommation d'opioïdes (en « équivalent morphine » mg/personne) – 1980 à 2015



Source: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data. By: Pain and policy Studies Group. University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2018.

3. Etude de la MC

Pour en savoir plus sur le profil des patients qui recourent aux opioïdes, nous avons analysé les données de facturation des membres de la MC ayant eu un remboursement pour au moins un conditionnement d'opioïdes délivré en officine publique à

partir de 2010 jusqu'en 2017. Le but de l'étude est d'explorer la consommation des opioïdes et le profil des utilisateurs.

Quelques points de méthodologie :

- En fonction d'une échelle de puissance[11], les opioïdes qui font l'objet de l'étude sont :
  1) Les analgésique **puissants** comme :
     a. le buprénorphine (TEMGESIC)
     b. le fentanyl (FENTANYL,DUROGESIC, FENTAMAX, MATRIFEN)
     c. l'oxycodone (OXYCODONE, OXYCODON, TARGINACT, OXYNORM, OXYCONTIN)
     d. la morphine (MORPHINE, MS DIRECT, MS CONTIN, KAPANOL)
     e. l'hydromorphone (PALLADONE)
     f. le piritramide (DIPIDOLOR)
  2) Les analgésiques de **puissance modérée** comme :
     a. le tilidine (VALTRAN, TINALOX)
     b. le pentazocine (FORTAL)
  3) les analgésiques **peu puissants** comme :
     a. le tramadol (TRAMADOL, CONTRAMAL, DOLZAM, TRADONAL, ZALDIAR, TRAMIUM, ALGOTRA)
     b. la codéine (ALGOCOD, DAFALGAN CODEINE, DOCPARACOD, PERDOLAN CODEINE)

  Nous n'avons pas tenu compte des prescriptions magistrales. Nous avons également décidé de ne pas sélectionner la méthadone car elle est surtout utilisée dans le traitement de la dépendance à l'héroïne ou à d'autres opiacés, plutôt que dans le cadre d'un traitement de la douleur en tant que telle.

- Pour détecter les patients souffrant d'un cancer, nous avons utilisé les codes ATC[10] et nomenclatures suivants:
  - Chimiothérapie:
    - L01: antineoplastic agents
    - L02B: hormone antagonists (tamoxifen, fulvestrant, anastrozol, abirateron, …)
    - L04AX02: thalidomide
    - L04AX04: lenalidomide
    - L04AX06: pomalidomide
    - L03AX03: oncocite®
  - Les codes de nomenclature liés à la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) : 350372, 350383, 350276, 350280
  - Les codes de nomenclature liés à la radiothérapie: 444356, 444360,444371, 444382, 444393, 444404, 444474, 444485, 444496, 444500, 444511, 444522

  Un patient sera considéré comme cancéreux s'il a bénéficié d'une prestation de chimiothérapie ou de radiothérapie ou d'une COM, au cours de l'année prise en compte (celle où il y a eu recours aux opioïdes) ou dans les deux années précédentes. Exemple : les patients cancéreux ayant pris des opioïdes en 2017 sont définis comme suit : il s'agit des patients ayant eu au moins une chimiothérapie ou une radiothérapie ou une COM au moins une fois en 2015, 2016 ou 2017 et qui ont bénéficié d'un remboursement d'au moins un conditionnement d'opioïdes en ambulatoire en 2017.

- Quant à la durée d'utilisation, nous appliquons les définitions suivantes :
  - Usage **chronique** : sont visés les patients ayant bénéficié d'une délivrance d'au moins un conditionnement remboursé d'opioïdes par trimestre, durant tous les 4 trimestres de l'année considérée.
  - Usage **temporaire** : sont visés les patients ayant bénéficié d'une délivrance d'au moins un conditionnement remboursé d'opioïdes par trimestre, pendant un à trois trimestres par an (successifs ou non)

4. Résultats principaux de l'étude

L'étude menée permet tout d'abord de montrer la croissance globale de la consommation d'opioïdes auprès des membres de la MC. Ensuite, nous identifions les molécules plus souvent consommées, nous donnons le profil des consommateurs par âge, sexe, région, statut social. Enfin, nous regardons enfin la proportion d'utilisateurs d'opioïdes que l'on peut qualifier de cancéreux ainsi que la durée d'utilisation d'opioïdes.

4.1. Evolution de la consommation d'opioïdes

Bien sûr, nos chiffres confirment largement l'évolution déjà constatée par l'INAMI. Comme on le voit au Tableau 1, le nombre de personnes ayant acheté au moins un conditionnement d'opioïdes remboursé par la MC en officine publique n'a pas cessé d'augmenter. Le nombre d'utilisateurs d'opioïdes est passé de 304.384 (soit 6,7% des membres de la MC) en 2010 à 402.236 (8,7% des membres de la MC) en 2017, soit une augmentation relative de **32%** (97.852 patient de plus) sur huit ans. Et en volume (estimé en DDD), la consommation a augmenté de près de **20%**.

4.2. Par type d'opioïde

Quand nous examinons l'évolution du nombre d'utilisateurs sur huit années (de 2010 à 2017) par type d'opioïde, c'est l'oxycodone qui a la croissance la plus élevée (253%, le nombre d'utilisateurs a plus que triplé), suivi du tramadol avec 37% de croissance

9 Mentionnée dans CBIP (2016). Op. cit. note 2.

10 La classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique) est utilisée pour classer les médicaments. https://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/

Tableau 1 : Evolution de la consommation d'opioïdes pour les membres de la MC

Année	Nombre d'utilisateurs d'opioïdes (1)	Nombre total de membres de la MC (2)	% de membres de la MC avec des opioïdes (3) = (1) /(2)	Volume en DDD (4)
2010	304.384	4.563.660	6,67%	31.943.676
2011	323.584	4.579.867	7,07%	33.627.957
2012	331.193	4.585.180	7,22%	34.427.310
2013	347.819	4.587.004	7,58%	35.402.263
2014	370.431	4.595.675	8,06%	37.159.299
2015	384.301	4.602.368	8,35%	38.424.387
2016	399.097	4.618.587	8,64%	38.936.748
2017	402.236	4.622.947	8,70%	38.296.395
Croissance 2010-2017	**32,2%**	**1,3%**		**19,9%**

Tableau 2 : Evolution du nombre d'utilisateurs d'opioïdes par molécule active (données MC)

Echelle de puissance	Molécule active	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% toename 2010-2017
Peu puissant	Tramadol	262.889	282.167	289.215	305.337	327.351	341.351	355.938	359.686	36,8%
	Codéine	2.977	2.672	1.939	797	654	576	487	383	-87,1%
Modéré	Tilidine	25.041	24.409	23.353	22.448	21.946	20.365	19.650	18.507	-26,1%
	Pentazocine	419	411	391	356	365	258	155	115	-72,6%
Puissant	Buprénorphine	11.311	10.506	9.942	9.798	10.160	9.582	8.720	8.167	-27,8%
	Hydromorphone	1.089	1.102	986	1.017	854	754	688	589	-45,9%
	Morphine	3.872	2.145	1.963	1.905	1.678	1.714	1.532	1.460	-62,3%
	Oxycodon	8.070	11.076	14.169	18.963	21.432	25.015	26.999	28.483	253,0%
	Fentanyl	25.976	27.492	28.233	28.807	29.544	30.684	30.971	30.866	18,8%
	Piritramide	764	751	638	628	598	605	562	508	-33,5%

(soit 96.797 utilisateurs en plus) et du fentanyl avec 19% de croissance (soit 4.890 utilisateurs en plus). Le nombre d'utilisateurs pour les autres molécules diminue.

Le top 5 de molécules actives d'opioïdes, selon le nombre d'utilisateurs, sont : le tramadol, le fentanyl, l'oxycodone, la tilidine et la buprénorphine. Le tramadol reste de loin la molécule la plus utilisée : 89% d'utilisateurs d'opioïdes ont eu au moins une délivrance de tramadol en officine publique en 2017.

4.3. Profil socio-démographique des patients

4.3.1. Par âge & sexe

Les patients de la MC ayant bénéficié d'un remboursement d'au moins un conditionnement d'opioïdes en officine publique sont majoritairement des femmes : 60%. Cette répartition entre hommes et femmes est stable sur la période étudiée.

Pour ce qui est de la prévalence (voir la Figure 3), soit la proportion observée d'utilisateurs d'opioïdes parmi les membres de la MC, elle est plus élevée chez les femmes (10% en 2017) que chez les hommes (7% en 2017).

Cette différence entre hommes et femmes est probablement à mettre en relation avec la prévalence de la douleur physique. Les résultats de l'enquête de santé par interview (2013) consacrés à la douleur indiquent[11] : « *Un peu plus d'un quart (26%) de la population âgée de 15 ans et plus rapporte des douleurs physiques. […] Ce pourcentage est significativement plus élevé chez les femmes (31%) que chez les hommes (21%)* ». Quant à l'intensité de la douleur, proportionnellement, elles sont aussi plus nombreuses que les hommes à rapporter souffrir de

11 Drieskens S. Douleur physique. Dans: Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1: Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

'grande' douleur (9,8% versus 5,9%), voire de 'très grande' douleur (3,4% versus 1,9%).

Pourquoi de telles différences ? Divers facteurs biologique, psychologiques et sociaux jouent :

- au niveau du système nerveux : « *les femmes peuvent percevoir des signaux de la douleur que les hommes ne seraient pas en mesure de détecter* » ;
- au niveau de l'expérience cognitive et émotionnelle de la douleur : « *le seuil auquel des stimulations sont ressenties comme douloureuses est plus faible chez les femmes que chez les hommes* » ;
- au niveau des rôles sociaux : « *il est plus acceptable pour une femme de faire état d'une sensation de douleur* ».

Figure 3 : Parmi les membres de la MC, prévalence des utilisateurs d'opioïdes - selon le sexe

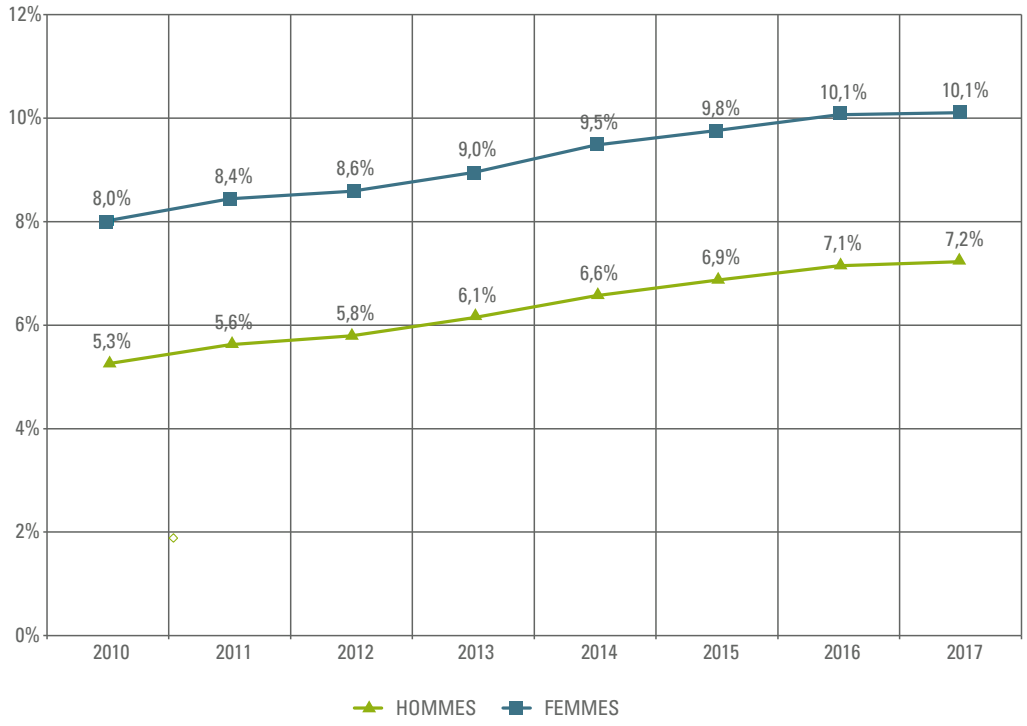


Tableau 3 : Nombre et prévalence d'utilisateurs d'opioïdes en 2017 – par catégorie d'âge (données MC)

Nombre d'utilisateurs d'opioïdes

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
00-17	2.215	2.370	2.489	2.675	2.875	2.947	3.169	3.181
18-40	45.468	48.747	50.124	53.666	58.740	61.000	64.178	65.000
41-60	100.974	107.285	110.158	116.056	123.917	128.041	132.816	132.643
61-75	80.667	85.559	86.759	90.394	95.142	98.858	103.319	106.227
76+	75.060	79.623	81.663	85.028	89.757	93.455	95.615	95.185
Total	***304.384***	***323.584***	***331.193***	***347.819***	***370.431***	***384.301***	***399.097***	***402.236***

Prévalence = nombre d'utilisateurs d'opioïdes/nombre de membres de la MC

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
00-17	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
18-40	3,6%	3,8%	3,9%	4,2%	4,7%	4,9%	5,1%	5,2%
41-60	7,9%	8,4%	8,6%	9,1%	9,8%	10,2%	10,7%	10,7%
61-75	11,5%	12,0%	12,0%	12,3%	12,8%	13,1%	13,4%	13,4%
76+	17,2%	17,9%	18,0%	18,4%	19,0%	19,4%	19,7%	19,6%
Total	***6,7%***	***7,1%***	***7,2%***	***7,6%***	***8,1%***	***8,4%***	***8,6%***	***8,7%***

Quoi qu'il en soit, si les femmes rapportent plus de plaintes de douleur, notamment de douleur intense, il apparaît normal qu'elles recourent davantage également aux analgésiques dont les opioïdes.

En 2017, en termes de nombre d'utilisateurs d'opioïdes, c'est la tranche 41-60 qui vient en tête avec 132.643 patients (soit un tiers des utilisateurs). Si on rapporte, par tranche d'âge, le nombre de patients à la population des membres de la MC, on obtient les prévalences par tranche d'âge, reprises dans la partie inférieure du Tableau 3. On peut y voir que la proportion des 76 ans et plus qui ont eu recours aux opioïdes est de près de 20%. Pour la tranche d'âge 61 à 75 ans, cette même prévalence est de 13,4%.

4.3.2. Par région

On peut constater des différences régionales. En 2017, la proportion de membres wallons de la MC ayant eu recours aux opioïdes est de 12%. La prévalence est plus faible en Flandre et à Bruxelles (de l'ordre de 8%). Ce que l'on constate aussi, comme le montre la Figure 4, c'est que ces prévalences augmentent au cours du temps : plus vite en Flandre, moins vite en Wallonie et à Bruxelles. Le volume d'utilisateurs d'opioïdes (membres de la MC) par région varie de façon suivante :

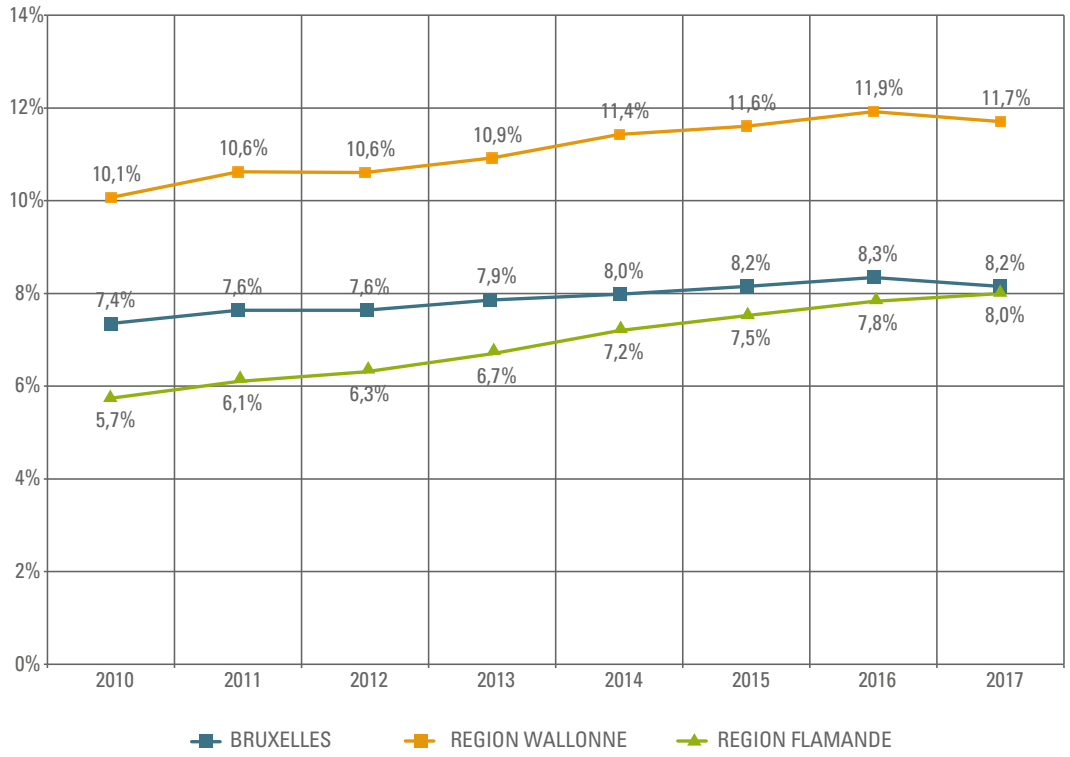
- en Flandre : le volume croit de 41% (on passe de 194.010 patients en 2010 à 273.558 en 2017) ;
- en Wallonie : il croit de 16% (de 97.611 patients en 2010 à 113.625 en 2017) ;
- à Bruxelles : il croit de 13% (de 12.307 patients en 2010 à 13.946 en 2017).

4.3.3. Selon le statut social (BIM versus non BIM).

En 2017, la proportion de membres de la MC bénéficiant de l'intervention majorée et qui a eu recours aux opioïdes est de 15%. Cette proportion est tout de même deux fois plus élevée que celle observée auprès des membres ne bénéficiant pas de l'intervention majorée (voir la Figure 5). L'écart observé est, ici, stable au cours du temps.

A nouveau, l'enquête de santé par interview apporte, ici, un éclairage. Dans les résultats (2013) consacrés à la douleur, on constate un grand clivage social[12] : « *La prévalence de la douleur physique est significativement moins élevée chez les plus instruits (21%) par rapport à ceux appartenant aux autres niveaux d'instruction, avec une prévalence deux fois plus élevée chez les moins instruits (41%)* ». Ce clivage s'accentue

Figure 4 : Parmi les membres de la MC, prévalence des utilisateurs d'opioïdes - par région



12 Op. cit. note 11.

Figure 5 : Parmi les membres de la MC, prévalence des utilisateurs d'opioïdes - selon le statut social (BIM versus non BIM)

encore quand on considère l'intensité de la douleur : la proportion de ceux qui disent souffrir de 'grande' ou 'très grande' douleur est, respectivement, de 13,7% et 6,5% parmi les moins instruits et d'un peu moins de, respectivement, 6,1% et 1,6% parmi les plus instruits.

Retrouve-t-on un clivage social comparable selon les revenus ? Oui. Via le module[13] d'analyses interactives, on peut croiser les indicateurs de santé selon les quintiles de revenus. Que constate-t-on pour la prévalence de la douleur physique ? Pour ceux qui appartiennent au quintile de revenus les plus faibles, cette prévalence est de 29%. Cette dernière est significativement plus élevée que celle (19%) relative à ceux qui appartiennent au quintile de revenus les plus élevés. Idem selon l'intensité de la douleur : la proportion de ceux qui disent souffrir de 'grande' ou 'très grande' douleur est, respectivement, de 10,5% et 3,9% parmi ceux qui appartiennent au quintile des revenus les plus faibles et de, respectivement, 4,3% et 1,4% parmi ceux qui appartiennent au quintile des revenus les plus élevés.

Que l'on envisage le niveau de revenus ou le niveau d'instruction, les résultats de l'enquête de santé montrent que plus on descend le long de l'échelle sociale, plus on fait face à des douleurs, parfois intenses. Pour les membres de la MC, nous avons considéré le fait de bénéficier de l'intervention majorée qui est un marqueur indiquant des revenus plus faibles. On peut alors émettre l'hypothèse que ces personnes souffrent davantage de douleurs d'où un recours plus important aux antidouleurs, dont les opioïdes.

4.4. Par type de patient (avec ou sans cancer)

En 2017, parmi les 402.236 patients de la MC ayant eu recours aux opioïdes, nous pouvons considérer que 31.159 d'entre eux avaient un cancer (selon notre définition reprise au point 3), soit 8% de patients cancéreux parmi les utilisateurs d'opioïdes. Ce pourcentage est stable au cours du temps.

Dans le tableau 4, on calcule parmi les membres de la MC, selon qu'on peut les qualifier de patient cancéreux ou non, la

13 Drieskens S, Charafeddine R, Demarest S, Gisle L. Tafforeau J. & Van der Heyden J. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP.

https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx

Pour les revenus, on considère les revenus disponibles au niveau du ménage, compte tenu de la taille et composition du ménage (le 1er adulte a un poids de 1, le second reçoit un poids de 0,5, les mineurs d'âge ont un poids de 0,3).

Tableau 4 : Nombre et prévalence d'utilisateurs d'opioïdes – avec cancer ou sans cancer (données MC)

Année	Avec cancer			Sans cancer			Nombre total d'utilisateurs d'opioïdes (7)=(1)+(4)
	Nombre d'utilisateurs d'opioïdes (1)	Nombre total de membres de la MC (2)	% d'utilisateurs (3)=(1)/(2)	Nombre d'utilisateurs d'opioïdes (4)	Nombre total de membres de la MC (5)	% d'utilisateurs (6)=(4)/(5)	
2010	22.723	102.858	22,09%	281.661	4.460.802	6,31%	304.384
2011	24.364	107.349	22,70%	299.220	4.472.518	6,69%	323.584
2012	25.406	109.301	23,24%	305.787	4.475.879	6,83%	331.193
2013	26.297	109.656	23,98%	321.522	4.477.348	7,18%	347.819
2014	27.780	112.462	24,70%	342.651	4.483.213	7,64%	370.431
2015	29.046	115.879	25,07%	355.255	4.486.489	7,92%	384.301
2016	30.675	120.463	25,46%	368.422	4.498.124	8,19%	399.097
2017	31.159	122.626	25,41%	371.077	4.500.321	8,25%	402.236
% croissance 2010-2017	37,1%	19,2%		31,8%	0,9%		

proportion d'entre eux qui a consommé des opioïdes. En 2017, pour les patients cancéreux, la prévalence observée est de 25%, tandis qu'elle est de 8% pour les non cancéreux. On note également une croissance accentuée du nombre d'utilisateurs d'opioïdes souffrant d'un cancer : de 22.723 patients en 2010 à 31.159 en 2017, soit une croissance de 37%. Cette croissance peut être mise en lien avec la croissance de 19% du nombre de patients cancéreux parmi les membres MC. Du côté des utilisateurs d'opioïdes ne souffrant pas d'un cancer, la croissance est également loin d'être négligeable avec une augmentation de 32% (de 281.661 personnes en 2010 à 371.077 en 2017) alors que la croissance du nombre total de membres de la MC sans cancer est de l'ordre de 1%.

Recourir aux opioïdes pour des patients non cancéreux constitue un facteur de risque pour la santé. Certes nos données ne permettent pas de démontrer un lien de causalité, mais on peut quand-même montrer qu'il y a bien une corrélation en calculant leur taux de mortalité standardisé[14] (SMR, standardized mortality ratio). Sur la période 2010 à 2017, il apparaît que les patients non cancéreux ayant eu recours aux opioïdes ont un SMR de l'ordre de 190. Cela signifie que ces personnes ont une surmortalité de 90% par rapport à l'ensemble des personnes ne souffrant pas d'un cancer.

Les médecins spécialistes sont nombreux à prescrire les opioïdes mais ils prescrivent à moins de patients (35%) que les médecins généralistes (65% des patients). Les patients non cancéreux sont pratiquement deux fois plus nombreux à se voir prescrire des opioïdes par des généralistes que des spécialistes.

Tableau 5 : Nombre d'utilisateurs d'opioïdes selon le type d'usage (données MC)

Année	Usage chronique sans cancer	Usage temporaire sans cancer	Usage pour cancer	Total
2010	46.742	234.919	22.723	304.384
2011	49.885	249.335	24.364	323.584
2012	50.147	255.640	25.406	331.193
2013	51.790	269.732	26.297	347.819
2014	54.085	288.566	27.780	370.431
2015	55.501	299.754	29.046	384.301
2016	56.926	311.496	30.675	399.097
2017	54.754	316.323	31.159	402.236
% croissance 2010-2017	17,1%	34,7%	37,1%	32,2%

14 Méthode indirecte, standardisation pour 3 critères : âge, sexe, statut BIM.

Tableau 6 : Nombre d'utilisateurs d'opioïdes peu puissants - patients non cancéreux mais avec usage chronique (données MC)

Molécule active	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tramadol	25.417	27.597	27.949	28.893	30.397	31.438	32.719	30.747
Codéine	445	430	171	169	147	132	99	96
Total patients sans cancer avec usage chronique	46.742	49.885	50.147	51.790	54.085	55.501	56.926	54.754
% tramadol	54,4%	55,3%	55,7%	55,8%	56,2%	56,6%	57,5%	56,2%

4.5. Par type d'usage (chronique versus temporaire)

En tenant compte de notre définition de la durée de l'utilisation (voir point 3), nous ventilons les patients non cancéreux selon que leur usage des opioïdes est chronique ou temporaire. Ces résultats sont donnés dans le Tableau 5. Près de 55.000 personnes ont un usage régulier d'opioïdes bien que n'étant pas atteintes du cancer, ce qui constitue un nombre important. La plupart (56%) n'ont consommé que du tramadol, un opioïde peu puissant (Tableau 6). Néanmoins, cela pose question : 'peu puissant' ne signifie pas 'avec de faibles effets', tous les opioïdes pouvant entrainer une dépendance[15] physique et psychique.

5. Conclusion & recommandations

Si la situation en Belgique est loin d'être aussi dramatique qu'en Amérique du Nord, la consommation d'opioïdes mérite néanmoins une réflexion approfondie.

- Le nombre d'utilisateurs d'opioïdes est en croissance rapide. C'est surtout le cas pour l'oxycodone, le fentanyl et le tramadol.
- Au sein des membres de la MC, la prévalence des utilisateurs d'opioïdes est de l'ordre de 8,7%. Elle est plus élevée en Wallonie (12%) , chez les bénéficiaires de l'intervention majorée (15%), chez les femmes (11%), chez les personnes âgées de 60 ans et plus (13,5% pour les 61-75 ans ; 19,6% pour les 76 ans et plus) et chez les patients cancéreux (25%).
- Parmi les utilisateurs d'opioïdes, 55.000 d'entre eux en ont un usage chronique (délivrance d'au moins un conditionnement remboursé d'opioïdes par trimestre, tout au long de l'année), bien que n'ayant pas de cancer et malgré qu'il n'y ait pas vraiment d'évidence à l'efficacité des opioïdes à long terme en cas de douleur chronique non cancéreuse.

De façon générale, il faut conscientiser la population aux risques de ce type de médicaments mais aussi former/informer les acteurs de terrain à un usage correct des opioïdes. « *Un usage élevé et chronique d'opioïdes peut être très dangereux, en premier lieu pour le patient lui-même* », c'est ce que rappelle l'INAMI[16], qui organisait une réunion de consensus en décembre 2018 ayant pour thème '*l'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique*'[17].

De son côté, le CBIP[18] insiste sur le fait que « *les opioïdes ne sont pas un premier choix dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses* ». A ce sujet, le CBIP reprend les recommandations du *Centers for Disease Control and Prevention*[19] (CDC) : ce type de prise en charge « *ne se limite pas à un traitement médicamenteux mais doit s'insérer dans une approche globale et multidisciplinaire, incluant des mesures non médicamenteuses comme la kinésithérapie, des techniques de gestion du stress ou d'amélioration du sommeil, une perte de poids ou la thérapie cognotivo-comportementale* ». Et lorsqu'un traitement médicamenteux s'avère nécessaire, « *des analgésiques non opioïdes sont à préférer en première intention* ».

15 Si c'est l'oxycodone qui est à l'origine de la crise sanitaire aux USA, c'est en revanche le tramadol qui pose des problèmes de surconsommation en Afrique, avec tous les impacts négatifs que cela entraîne sur la santé (problèmes d'addiction), au point qu'une agence de l'ONU tire la sonnette d'alarme.
Voir à ce sujet :
- Sahel and beyond: UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) sounds the alarm on the increase in trafficking and consumption of tramadol and its security and health implications
https://www.unodc.org/westandcentralafrica/en/2017-12-11-unodc-warnstramadol-use.html
- Salm-Reifferscheidt S. 2018. Tramadol : Africa's opioid crisis. The Lancet. 391 : 1282-1283
https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31073-0/fulltext

16 Op. cit. note 6.

17 https://www.inami.fgov.be/fr/agenda/Pages/consensus-20181206.aspx

18 Op. cit. note 2.

19 Agence gouvernementale (USA) de protection de la santé publique.

MC-informations est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être. Tout le monde peut s'abonner à cette revue. Elle peut également être diffusée aux personnes qui, dans le cadre de leur fonction ou de leurs missions au sein de la société, souhaitent rester au courant de ces informations (collaborateurs MC, administrateurs de la MC et des organisations apparentées, autres services d'études, responsables presse, élus politiques, …). Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la revue.

Si vous ne souhaitez plus recevoir MC-Informations, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes - R&D
Mieke Hofman
Chaussée de Haecht 579
1031 Schaerbeek

Ou encore par mail à mcinfos@mc.be

Sommaire

Éditorial 3

Réforme de l'État 4

État des lieux du transfert des compétences en matière de santé et d'aides aux personnes après la 6e réforme de l'État

Le budget des soins de santé 15

Budget 2019 : élaboration, risques et conclusions

Hôpitaux 23

Baromètre MC de la facture hospitalière 2018

Médicaments 33

Les opioïdes ne sont pas inoffensifs pour notre santé

MC-Informations

paraît quatre fois par an (mars, juin, septembre, décembre) en français et en néerlandais, et est consultable gratuitement sur : http://www.mc.be/MC-Informations.

A cette adresse, vous pouvez vous inscrire sur un « mail-alert » et serez ainsi averti lors de la parution d'un nouveau numéro.

Colophon

Editeur responsable	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Rédacteur en chef	Michiel Callens
Secrétariat de rédaction	Rebekka Verniest et Mieke Hofman
Layout Service	cellule graphique
Impression	Antilope De Bie
Adresse de retour	ANMC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles