

# Transfert des compétences dans les soins de santé : Risques, enjeux et défis

*Olivier Gillis, Service d'études ANMC*



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

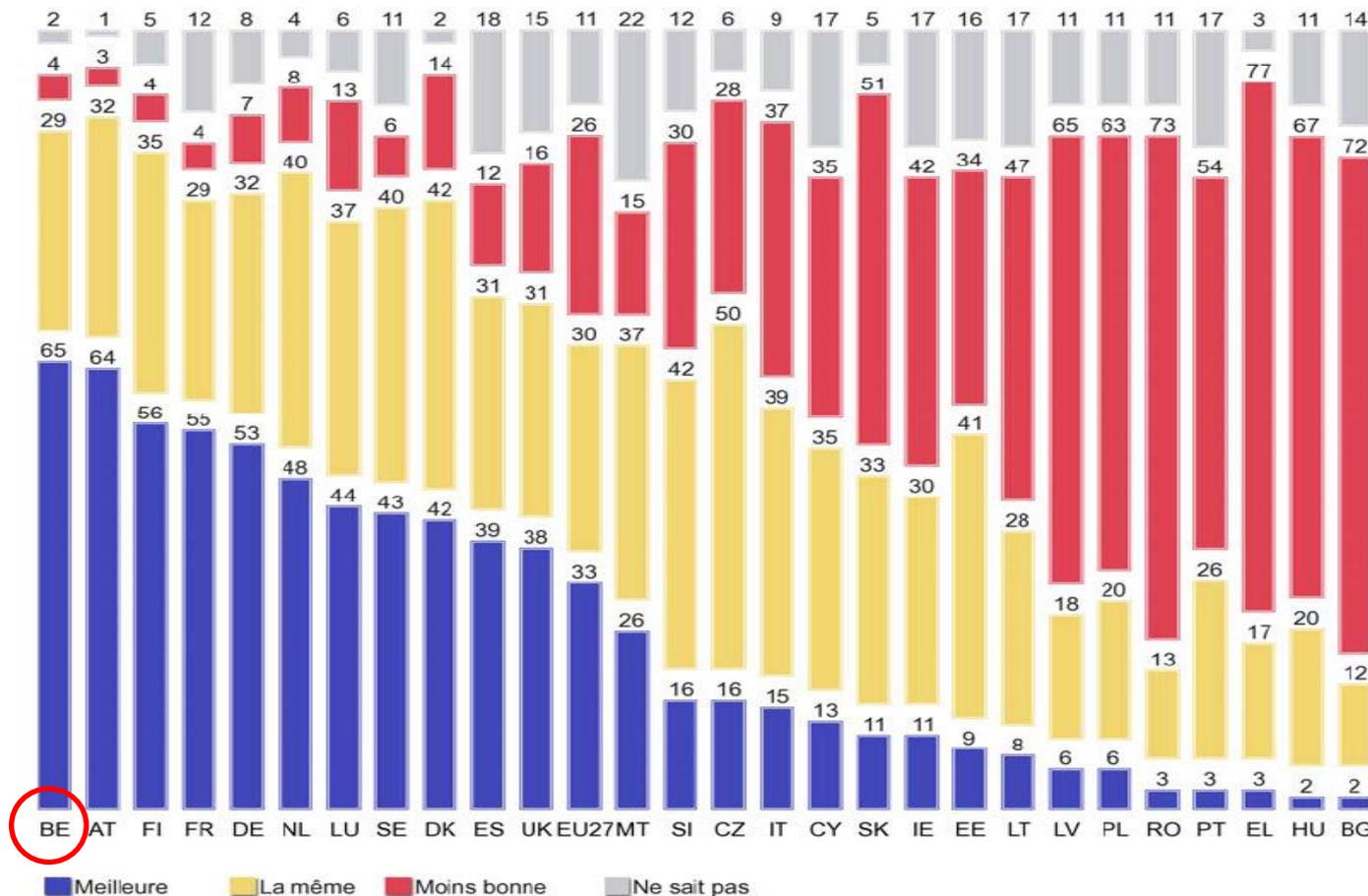
# Plan

1. Un système de santé performant
2. Qui est touché par le transfert ?
3. Risques, enjeux et défis



# 1. Un système de santé performant

QD3. D'après ce que vous savez, pensez-vous que la qualité des soins de santé en (NOTRE PAYS) est ... en comparaison avec celles des autres Etats membres?



Source : Eurobaromètre, Commission européenne, 2010 (Données 2009)

La solidarité, c'est bon pour la santé.

## 2. Qui est touché par le transfert ?

- Les **personnes âgées** et les **malades chroniques** (supportent la majorité des TM et suppléments)
- Quelques exemples (Bruxelles- Wallonie - CG) :
  - 63.000 personnes soignées en MRPA-MRS
  - 45.000 bénéficiaires de l'APA
  - 2.300 places en MSP et IHP



Le futur modèle doit garantir une même qualité des soins et la part à charge du patient ne peut se voir majorée



# 3. Risques, enjeux et défis

3.1. Cohérence et coordination entre Fédéral/Communautés

3.2. Accessibilité financière

3.3. Accessibilité aux soins : libre circulation

3.4. Complexité et coût de gestion

3.5. Défis pour la politique de santé



## 3.1. Cohérence et coordination Fédéral/Communautés

- Forces de notre système actuel :
  - **Démocratie participative** : la politique de santé colle aux besoins des patients (de par la présence des acteurs de terrain)
  - **Continuité et stabilité** de la politique de santé à LT (>< aux gouvernements qui changent au gré des élections)
  - **Adaptation de l'offre de soins aux besoins** (arbitrage entre secteurs)



## Quelques exemples

- **Coordination pour assurer le continuum des soins aux personnes âgées**  
Hôpital aigus -> Services G et Sp -> Centres de revalidation -> Soins à domicile  
-> MRPA-MRS -> Soins palliatifs
- **Conversion d'une partie de l'offre hospitalière aigue en soins de revalidation**
- **Deux autorités de financement en MRPA-MRS**
  - Les soins y compris médecins coordinateurs, Régions/Communautés
  - Médicaments, soins médicaux, INAMI
- **Appareillage médicaux lourds (A3), quid des honoraires?**



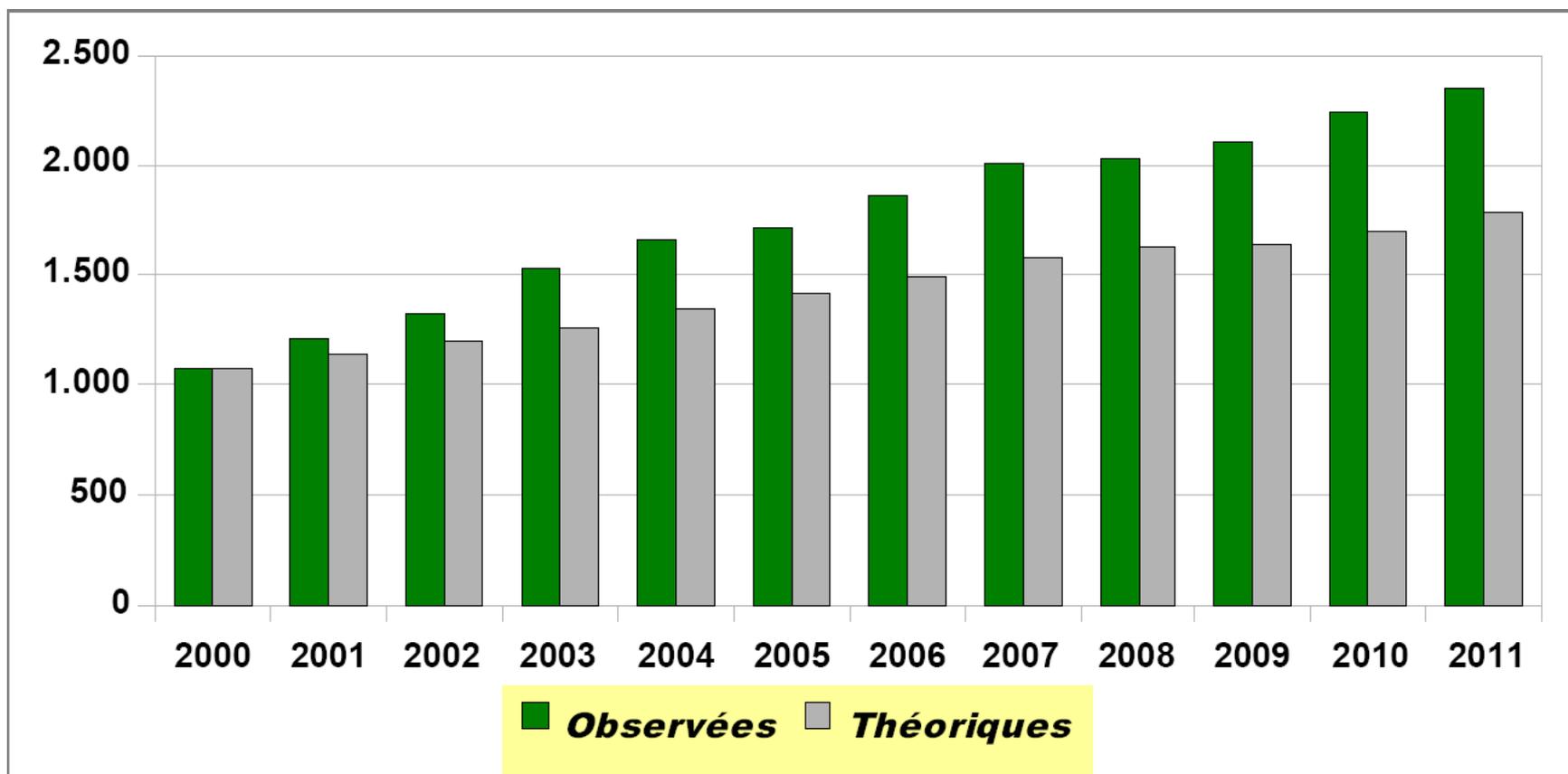
## 3.2. Accessibilité financière

- Norme de croissance prévue par l'accord insuffisante
- Moyens pris en charge par mécanismes assurantiels fédéraux (MAF, OMNIO, Suppléments à l'hôpital,...) à prendre en compte
- Mode de financement doit correspondre aux besoins



## Exemple des maisons de repos

Evolution 2000-2011 du financement de l'INAMI en millions € et aux prix de 2010 : dépenses observées et dépenses théoriques



### 3.3. Accessibilité aux soins : libre circulation

- Concurrence entre régions. Risque : implantation des structures et des prestataires de soins en fonction des conditions économiques (subsides aux institutions, conditions salariales, etc.)
- Répartition offre de services (actuellement répartie de manière inégale et pas toujours rendue possible vu la pénurie dans certains secteurs)



Impliquera une programmation et une couverture des soins la plus possible harmonisée



### 3.4. Complexité et coût global de gestion

- Moins d'économie d'échelle (Exemple des voiturettes)
- Eparpillement expertise
- Modèles de financement différents : par institution, par patient, par prestation?
- Facturation via la mutualité (?) à la région d'appartenance du patient selon des règles de facturation différente (?)... Pas facile pour les institutions...



## 3.5. Défis pour la politique de santé

- Mener une politique de santé active et transversale vis-à-vis des aînés qui permette un réel choix
- Proportion (Nombre de lits MRPA-MRS / Population de plus de 80 ans) plus faible en Flandre (2011) :
  - Flandre : 21,7 % (Limbourg : 18,5 %)
  - Wallonie : 27,4 % (Hainaut : 28,8 %)
  - Bruxelles : 30,4 %
- Part des personnes non-dépendantes (O) plus importante en Wallonie et à Bruxelles (MC 2009) :
  - Flandre : 13 %
  - Wallonie : 18,7 %
  - Bruxelles : 26,6 %



Permettre aux personnes (souvent isolées) de pouvoir rester chez elles lorsqu'elles sont encore relativement indépendantes



# Une politique active pour réduire les soins résidentiels

- Scénario 1 : à politique constante

	2011	2030	2050
<b>Flandre</b>	66.965	98.907	159.092
<b>Wallonie</b>	47.375	64.464	107.196
<b>Bruxelles</b>	15.240	17.665	26.999
<b>Total</b>	129.580	181.037	293.287

Estimation 2030/2050 : (Lits MRPA-MRS / Population + 80 ans en 2011) \* (Population + de 80 ans en 2030/2050)



- Scénario 2 : prise en charge des personnes non-dépendantes (O) à domicile

	<b>2011</b>	<b>2030</b>	<b>2050</b>
<b>Flandre</b>	66.965	86.049	138.410
<b>Wallonie</b>	47.375	52.409	87.150
<b>Bruxelles</b>	15.240	12.966	19.817
<b>Total</b>	129.580	151.425	245.377

