



PACTE DE RÉFORME DES MUTUALITÉS

Ce plan s'articule autour de sept axes et responsabilise les mutualités en tant qu'organisations de membres non marchandes, flexibles et centrées sur la santé de la population.

Les mutualités doivent se positionner comme des fonds de santé qui contribuent à orienter et à soutenir la politique en matière de soins de santé, et qui se fondent systématiquement sur la santé de leurs membres et de l'ensemble de la population. Les mutualités ne sont pas des acteurs commerciaux, mais poursuivent l'intérêt général. Ce plan de réforme s'inscrit résolument dans cette optique, et ce, pour l'ensemble des activités des mutualités.

Le plan de réforme cible aussi bien l'assurance maladie obligatoire que les avantages complémentaires obligatoires et les assurances maladie facultatives. Il porte tant sur les soins de santé que sur les indemnités de maladie.

Que ce soit pour l'assurance complémentaire obligatoire ou facultative, les mutualités sont contrôlées par l'OCM. Elles ne reçoivent aucune rémunération de l'État à ce titre. Pour la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire, les mutualités reçoivent des frais d'administration (une partie fixe et une partie (20 %) variable) et sont contrôlées tant par l'INAMI que par l'OCM.

Comme prévu dans l'accord de gouvernement, 150 millions d'euros seront économisés sur les frais d'administration des mutualités d'ici 2029. Deuxièmement, une économie supplémentaire à hauteur de 100 millions d'euros sera réalisée en responsabilisant les mutualités à l'égard de leurs frais d'administration dans le cadre de leurs missions de contrôle. Les mesures nécessaires (tant réglementaires que de procédure) ont été prises entre-temps pour déployer ce système Contrôle VARAK. Cela signifie que les frais d'administration variables des mutualités (qui impliquent que les mutualités perdent des ressources des pouvoirs publics lorsqu'elles obtiennent de mauvais résultats) passeront de 20 % à 27 % d'ici à la fin de l'actuelle législature.

Par ailleurs, il est déjà prévu, dans le cadre de l'enveloppe consacrée aux frais d'administration, de renforcer la responsabilisation entre les unions nationales en faisant dépendre un pourcentage (5 % en 2026, passant à 15 % d'ici la fin de la législature) des résultats obtenus dans le cadre du Retour au Travail. Alors que dans les deux premières situations, les mutualités qui obtiennent de mauvais résultats perdent des revenus au profit des pouvoirs publics, la troisième situation fait intervenir un mécanisme par lequel les mutualités qui obtiennent de mauvais résultats perdent des revenus au profit de mutualités plus performantes, selon un modèle de redistribution concurrentiel.

Nous voulons rendre l'ensemble du financement des mutualités plus simple et plus ciblé. Par « ciblé », on entend : axé sur l'efficacité de la gestion générale et sur l'efficacité pour atteindre des résultats sociaux. C'est pourquoi la présente note s'ouvre sur une nouvelle vision du remboursement des frais d'administration des mutualités (notamment dans les sections 1 et 2 de la note), mais les sections suivantes n'en sont pas moins importantes pour la responsabilisation sociale des mutualités qui est visée.

1. Les frais d'administration reflètent la charge de travail et stimulent l'efficacité

L'actuelle formule des paramètres qui détermine dans quelle mesure les frais d'administration des mutualités peuvent augmenter annuellement est dépassée, complexe et insuffisamment adaptée aux évolutions de la société. Cette formule tient compte de l'évolution des salaires dans le secteur bancaire/des assurances et dans le secteur public, de la moitié de la norme de croissance (plafonnée) dans l'assurance maladie et du nombre de jours indemnisés. La formule des paramètres sera revue en mettant l'accent sur la simplicité et la pertinence, en tenant compte notamment des coûts salariaux (index et augmentations barémiques) et du nombre d'assurés.

Par ailleurs, la clé de répartition – qui détermine comment les frais d'administration sont répartis entre les unions nationales – sera révisée, en tenant compte de la charge de travail liée au profil des membres. Étant donné la complexité croissante des missions des mutualités et les lourds investissements liés à la digitalisation, entre autres, des incitants seront intégrés afin de garantir une taille d'échelle suffisante.

Outre les frais d'administration, les mutualités reçoivent des interventions supplémentaires pour des missions spécifiques. Ce système sera réexaminé dans un souci de plus grande transparence. Chaque année, un aperçu global des interventions des mutualités sera présenté au Comité général de gestion de l'INAMI. Dans le cadre de l'accord de gouvernement, l'indemnisation supplémentaire pour les petits risques des indépendants (environ 11 millions d'euros) et le versement de montants indus qui ont été versés en raison d'erreurs commises par les mutualités elles-mêmes ont déjà été supprimés.



2. Financement variable : partie des frais d'administration spécifiquement ciblée résultats

La classique partie variable des frais d'administration des mutualités¹, qui s'élève à 20 %, sera profondément revue. L'approche actuelle, orientée processus et lourde sur le plan administratif, sera réformée pour devenir une approche orientée résultats. Les indicateurs VARAK seront davantage axés sur les priorités politiques et sur l'obtention de résultats, tant en matière de Retour au Travail qu'en matière de soins de santé.

De cette manière, les mutualités seront responsabilisées pour assurer un bon accompagnement (en matière de santé) de leurs membres et pour fournir des services efficaces, y compris aux prestataires de soins. Il ne suffit pas que les mutualités mènent des campagnes (d'information), elles doivent également cibler proactivement les groupes à risque, prendre contact de manière proactive, etc. afin d'orienter les personnes vers les soins appropriés et ciblés (et un mode de vie (plus) sain). Il ne suffit pas que les mutualités évaluent correctement les personnes en incapacité de travail ; lorsque c'est possible, elles doivent les accompagner dans le Retour au Travail.

Les objectifs de résultats seront traduits en indicateurs mesurables, standardisés en fonction du profil des membres lorsque c'est nécessaire. À cet égard, il sera tenu compte des indicateurs élaborés par la Commission pour les objectifs de soins de santé. Cette Commission peut rendre des avis sur les indicateurs élaborés. Les mutualités qui n'atteindront pas les objectifs convenus perdront une partie de leur financement.

Exemples :

- Couverture vaccinale ou participation de leurs membres à des programmes de dépistage organisés, et augmentation de celles-ci
- Nombre de membres ayant un DMG
- Détection précoce des problèmes mentaux grâce à une approche proactive sur le terrain
- Favoriser la bonne utilisation des médicaments, p.ex. en réduisant l'utilisation inutile et incorrecte des antidépresseurs
- Orienter les membres vers des trajets de soins adaptés à leur profil (p.ex. trajet de soins pour les troubles alimentaires, pour l'obésité infantile, trajet périnatal pour les mères vulnérables, etc.)
- Accompagner étroitement les membres dans leur retour à un travail approprié/adapté
- Prévenir les maladies de longue durée chez les membres
- Améliorer l'accompagnement post-hospitalisation
- Mieux atteindre et accompagner les groupes vulnérables
- Accorder correctement les droits
- ...

En outre, des indicateurs de résultats sont définis afin d'optimiser les services fournis aux prestataires de soins.

- Indicateurs relatifs à la rapidité des paiements
- Indicateurs relatifs à la performance des services informatiques, tels que MyCaret (voir axe 3)
- Indicateurs relatifs à la disponibilité en cas de questions/problèmes des prestataires de soins
- ...

Lorsque c'est nécessaire et utile, les paramètres existants sont conservés.

VARAK actuel 20 %	Nouveau VARAK 20 %
Orienté processus	Focus sur l'orientation résultats
Fonctionnement performant	Accompagnement santé et services aux membres Services aux prestataires de soins
Fragmenté	40 % axés sur le ReAT (les 4 vagues) 60 % soins de santé
Culture procédurière, bureaucratique	Le résultat final compte
Processus annuel	Cycle triennal approfondi

¹ Outre ces frais d'administration variables, il y a également le contrôle VARAK 100 millions et l'enveloppe liée aux résultats en matière de ReAT dans le cadre des frais d'administration fixes (5 % pouvant atteindre 15 %). Cela signifie que les mutualités sont financées à plus de 40 % de manière variable.



La manière dont les mutualités sont responsabilisées par rapport aux résultats en matière de Retour au Travail dans le cadre de l'enveloppe des frais d'administration fixes (le mécanisme de redistribution concurrentiel) est revue et intégrée dans les frais d'administration variables classiques. Cela signifie que les mutualités seront financées à hauteur d'environ 40 % de manière variable, ce qui implique une perte globale de revenus lorsqu'elles obtiennent de mauvais résultats. Et ce, sur les trois piliers

- VARAK classique à hauteur de 20 %
- Contrôle VARAK à hauteur de 100 millions d'euros, soit 7 % supplémentaires
- VARAK ReAT à hauteur de 15 % de l'enveloppe des frais d'administration fixes se traduit par un VARAK ReAT dans lequel les mutualités perdent en cas de mauvais résultats, en s'écartant ainsi de la philosophie selon laquelle les mutualités peu performantes perdent tandis que les mutualités relativement plus performantes gagnent.

Cette nouvelle approche sera mise en œuvre à partir de 2027-2028.

3. Des fusions pour accroître l'efficacité

D'ici le 1^{er} juillet 2028 au plus tard, les mutualités doivent se réformer dans le but qu'il ne reste plus qu'une seule mutualité par Région/Communauté pour chaque union nationale. En d'autres termes, les mutualités provinciales doivent fusionner pour former un ensemble plus grand. Cela implique également des processus uniformes, un ensemble uniforme d'avantages complémentaires, une plateforme informatique unique et une seule « unité de commandement ».

4. Jalons pour davantage d'efficience, de partage de données et de transparence

Les mutualités doivent accélérer leur transition numérique pour se transformer en organisations transparentes et guidées par les données.

À cette fin, plusieurs jalons sont définis avec des dates butoirs

- Jalon 1 : les mutualités mettent à la disposition des administrations compétentes les données dont elles disposent dans le cadre de leurs missions au sein de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (dataflow 2.0) d'ici mi-2027. La qualité et le caractère actuel des données feront l'objet d'un suivi rigoureux.
- Jalon 2 : les mutualités s'engagent à réduire, d'ici mi-2027, le délai de facturation des prestations de soins de santé de 2 ans à 6 mois maximum
- Jalon 3 : d'ici mi-2027, les mutuelles effectuent une analyse détaillée décrivant la finalité, la proportionnalité et la conformité des données nécessaires à l'amélioration de leurs services, notamment dans le cadre du Retour au Travail.
- Jalon 4 : d'ici mi-2027, les mutualités mettent en place un compteur intermutualiste, notamment pour le suivi du nombre de médicaments prescrits
- Jalon 5 : les mutualités s'engagent à mettre en place, d'ici fin 2026, un rapportage semestriel lié au baromètre ReAT, portant notamment sur les entrées en incapacité de travail, les entrées et sorties dans les reprises partielles du travail, les activités autorisées, etc.
- Jalon 6 : d'ici fin 2027, les mutualités offrent à leurs affiliés la possibilité de consulter l'ensemble des dépenses de santé qui leur ont été facturées
- Jalon 7 : d'ici mi-2028, les mutualités mettent en place un moteur de tarification intermutualiste, et ce, également dans le cadre de la réforme de la nomenclature des médecins
- Jalon 8 : d'ici mi-2028, les mutualités offrent une transparence sur leur comptabilité analytique
- Jalon 9 : d'ici au 1^{er} janvier 2029, les mutualités proposent un service entièrement électronique (facturation, adressage...) à tous les prestataires de soins. Les prestataires de soins seront tenus d'adopter ces services électroniques à partir de 2030.

5. Un cadre pour les « conflits d'intérêts »

Aujourd'hui, les mutualités prennent, par l'intermédiaire de leurs ASBL et de leurs SMA, des participations financières dans, entre autres, des organismes de soins de santé. Le périmètre de ces investissements est strictement limité aux organisations à but non lucratif axées sur les soins de santé et le bien-être. Ces organisations doivent contribuer à des soins accessibles et de qualité.



Afin de prévenir les conflits d'intérêts, les membres de la direction et les collaborateurs des mutualités ne peuvent plus siéger au sein des conseils d'administration des organisations dans lesquelles ils ont des intérêts financiers. Ils doivent déléguer cette fonction à des administrateurs indépendants disposant d'une expertise avérée. L'OCM assurera le contrôle de cet aspect.

Les collaborateurs des mutualités qui assument des mandats au sein d'organes de l'INAMI ne peuvent pas assumer de mandat au sein de conseils d'administration d'organisations de bien-être et de santé.

Les mutualités doivent respecter scrupuleusement la loi sur les dépenses électorales. Elles doivent s'abstenir de toute propagande politique partisane.

6. Les avantages complémentaires obligatoires se concentrent sur la santé

Les avantages complémentaires obligatoires des mutualités (prestations) sont disparates et parfois plutôt motivés par une logique concurrentielle que par une logique de santé. Ceci fera l'objet d'une révision en profondeur. Les assurances complémentaires obligatoires seront organisées autour 1) des interventions axées sur la santé, sur la base de l'Evidence-Based Practice - les bonnes directives médicales - et dans le but de renforcer la politique de soins de santé, et 2) des interventions axées sur les services sociétaux et le bien-être.

Cela signifie notamment :

- Que les thérapies non conventionnelles seront retirées du panier d'assurances.
- Que les avantages complémentaires renforceront la politique de l'assurance maladie obligatoire. Ainsi, entre autres :
 - o les avantages devront s'inscrire dans les objectifs de soins de santé décidés par le Conseil général, et devront soutenir et contribuer à la réalisation de ces objectifs ;
 - o la réassurance des tickets modérateurs n'est plus possible. Les tickets modérateurs ont pour objectif de contribuer à une utilisation efficace des ressources, sans nuire à l'accessibilité financière à des soins de qualité. Comme l'a souligné une précédente évaluation du KCE, le ticket modérateur, tant dans sa forme que dans son montant, doit être au service d'une vision d'accessibilité et d'efficacité de l'offre et de l'utilisation des soins. Des initiatives sont en cours pour réformer les tickets modérateurs, notamment sur la base d'avis de la Commission pour les objectifs des soins de santé. Dans le cadre des assurances complémentaires obligatoires, les tickets modérateurs ne peuvent pas être réassurés, car cela annulerait de facto l'effet escompté des tickets modérateurs.
 - o une partie des moyens devront être utilisés en partie comme « antichambre » de l'assurance maladie, éventuellement en partie de manière intermutualiste. Il s'agira alors d'éléments qui ont été qualifiés d'utiles, de pertinents ou de nécessaires par les organes de concertation de l'INAMI, mais pour lesquelles aucun moyen n'est encore disponible actuellement dans le cadre du budget de l'assurance obligatoire ;
 - o les avantages complémentaires devront s'inscrire dans le cadre de trajets ou programmes de soins dans l'intérêt de la santé, y compris le retour à un travail approprié, de leurs membres.
- Que le remboursement des activités devra avoir un lien clair avec la santé ou le bien-être. P.ex. camps de vacances pour les enfants en surpoids, camps de vacances pour les enfants souffrant d'énurésie nocturne, etc.

Une commission scientifique indépendante sera créée ayant pour mission de rendre un avis contraignant à l'OCM sur la question de savoir si l'offre d'avantages complémentaires sert ces objectifs. Cette commission élaborera d'ici fin 2026 des critères transparents pour étayer ses décisions, dans le but de réviser l'offre d'avantages complémentaires des mutualités pour la mi-2027 au plus tard.

7. Des assurances facultatives sans gains excédentaires et axées sur la politique de santé

Les SMA – qui organisent les assurances facultatives des mutualités (comme les assurances complémentaires hospitalisation ou soins dentaires) - doivent s'inscrire dans les missions sociétales des mutualités, et en particulier dans la politique de santé et l'accessibilité des soins. À cette fin, les éléments suivants sont ancrés durablement :

- Les assurances facultatives des mutualités doivent obligatoirement respecter les conditions d'accessibilité prévues dans le cadre de l'exonération de la taxe d'assurance de 9,25 %. Cette taxe sur les primes peut être évitée aujourd'hui pour les assurances offrant un niveau de protection élevé, à savoir :
 - o Accessibilité pour tous les candidats assurés



- l'assurance doit être accessible sans distinction fondée sur l'âge (jusqu'à au moins 65 ans, à adapter au moins à l'âge légal de la retraite) ou l'état de santé.
- Les personnes souffrant de maladies préexistantes ne peuvent pas être exclues ni devoir payer de primes supplémentaires.
- Couverture des maladies préexistantes
 - l'assurance ne peut comporter aucune exclusion ou limitation déraisonnable pour les frais découlant de maladies ou d'affections préexistantes.
- Pas de délais d'attente excessifs
 - le contrat ne peut prévoir un délai d'attente supérieur à 12 mois.
- Les SMA doivent évidemment satisfaire aux conditions de solvabilité et constituer les réserves et le patrimoine nécessaires pour pouvoir honorer leurs obligations à long terme à l'égard de leurs assurés. Toutefois, l'objectif n'est pas de réaliser des bénéfices excédentaires. C'est pourquoi une mesure est prise afin que les mutualités réinvestissent les éventuels bénéfices excédentaires au profit de leurs assurés/membres. Concrètement : les SMA maintiennent leur ratio de solvabilité entre 175 % et 200 %. Si elles disposent d'une marge supplémentaire, elles doivent obligatoirement l'investir dans 1) une réduction des primes ou une extension de la couverture pour leurs assurés et 2) des programmes d'accompagnement en matière de santé ouverts à tous leurs membres. Il peut s'agir, par exemple, d'applications innovantes qui accompagnent les membres vers un mode de vie sain ; des programmes destinés à bien accompagner les membres après une hospitalisation ou des programmes visant à aider les membres à retrouver un travail adapté. Cela signifie notamment que si le plafonnement des suppléments d'honoraires entraîne une augmentation des bénéfices pour les assurances facultatives des mutualités, ceux-ci seront intégralement réinvestis dans les soins de santé.

Plan d'approche

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé, en collaboration avec l'INAMI et l'OCM, de poursuivre la concrétisation de ce plan d'approche d'ici au 30 octobre 2026. À cet effet, il se concertera avec les mutualités.