

## BELGIQUE

### A) Situation actuelle

Les dépenses santé en pourcentage du PIB s'élevaient en 2002 à 8,9%.

Deux modes d'intervention de l'assurance existent :

- le remboursement a posteriori : le patient paie le dispensateur de soins, qui lui remet une attestation sur laquelle est mentionnée la prestation qui a été effectuée. Le patient remet ensuite cette attestation à sa mutualité pour obtenir un remboursement ;
- le tiers payant : ce système est obligatoire dans les hôpitaux. L'hôpital envoie au patient une facture qui reprend le coût global des soins reçus mais le patient ne paie pas l'entièreté de ce coût, il ne paie que le montant qui correspond à son intervention personnelle, ainsi que les suppléments éventuels. L'hôpital envoie également une facture à la mutualité du patient : celle-ci paiera directement à l'hôpital le montant qui correspond à l'intervention de l'assurance.

Un système similaire est applicable en ce qui concerne les médicaments.

[3] Tous les soins de santé remboursables sont repris dans une nomenclature des prestations de santé (i.e. liste contenant la valeur relative des soins, les règles d'application spécifique, ...).

Le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations varie principalement en fonction de la nature de la prestation et du statut du bénéficiaire. En principe, la quote-part personnelle est de 25%, mais celle-ci peut, selon le type de prestation, être supérieure (30% pour les consultations du médecin généraliste, 35% pour les visites du médecin généraliste et 40% pour les consultations des médecins spécialistes) ou inférieure (régime préférentiel en faveur de certains assurés : 10% pour les prestations de soins courants et 15% pour les consultations de médecins spécialistes).

Les spécialités pharmaceutiques sont elle réparties en cinq catégories de remboursement (A, B, C, Cs et Cx). Pour chaque catégorie, la quote-part personnelle du bénéficiaire est fixée et varie entre 0% et 80% avec des plafonds.

On peut noter qu'en moyenne, la part des tickets modérateurs légaux dans les dépenses en matière de prestations assurées s'élève à environ 8,3%. Elle est ramenée à 7,3% par l'effet du maximum à facturer (voir point 5).

Au total, c'est-à-dire en tenant compte des prestations non-remboursées et du ticket modérateur, les dépenses privées correspondent approximativement à 25 % des dépenses totales en matière de soins de santé.

[4] Il n'y a pas d'exemptions dans le coût à charge de certains patients ; cependant, certaines catégories de personnes bénéficient d'un remboursement majoré de l'assurance (voir [3] – régime préférentiel).

[5] Il existe différentes mesures permettant d'améliorer l'accessibilité aux soins de certaines personnes, et notamment:

- le régime préférentiel ou régime VIPO (veufs, invalides, pensionnés, orphelins) ;

- le maximum à facturer (MàF) donne, en tant que famille, la garantie de ne pas devoir dépenser plus qu'un montant déterminé de frais en soins de santé assurés et nécessaires. Ainsi, dès que l'ensemble des interventions personnelles dans certains types de soins excède un plafond déterminé, la mutualité ou l'Administration fiscale, selon le cas, rembourse intégralement au bénéficiaire toutes les interventions personnelles en sus du plafond. Ce plafond varie en fonction de la catégorie sociale à laquelle il appartient, de son âge ou en fonction des revenus de son ménage ;
- les forfaits maladies chroniques : certains bénéficiaires, malades chroniques, peuvent bénéficier d'une allocation forfaitaire pour compenser partiellement les frais de santé élevés auxquels ils sont confrontés;
- le dossier médical global : à sa demande, le patient peut confier la gestion de son « dossier médical global » à un médecin généraliste. Le patient bénéficie alors d'une réduction de son intervention personnelle de 30% par consultation.

Cette réduction de l'intervention personnelle vaut pour les consultations chez le généraliste dépositaire du dossier.

Les personnes âgées de plus de 75 ans ainsi que les personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de se déplacer en raison d'une maladie chronique peuvent également bénéficier de cette réduction pour les visites à domicile.

## **B) Politique générale de participation**

[6] Pour lutter contre l'augmentation des dépenses en soins de santé, des mesures ont été prises. Celles-ci ont pu influencer d'une manière ou d'une autre la situation des patients.

Exemples

- La réforme de la kinésithérapie en 2002 a été notamment motivée pour des raisons budgétaires. Une nouvelle nomenclature kinésithérapie limite désormais à 18 le nombre maximal de séances par an par patient au lieu de 60 pour des pathologies simples. Après ces 18 séances, le remboursement diminue. Les pathologies fonctionnelles sont limitées à 60 séances de longue durée par an. Il n'y a pas de limite pour les pathologies lourdes. Des durées minimales (au lieu de moyennes) sont exprimées en minutes pour les différents types de séances.
- A partir du 1<sup>er</sup> avril 2002, la perception du ticket modérateur par le pharmacien est obligatoire.

Ces mesures ont certainement eu pour effet l'augmentation des coûts à charge des patients.

Autres exemples :

- Les grands conditionnements catégorie B : en vue de freiner le gaspillage des moyens de l'assurance-maladie, il a été décidé de relever de 50% les plafonds d'intervention personnelle pour les grands conditionnements des médicaments de catégorie B.
- La perception obligatoire du ticket modérateur en kinésithérapie : afin de concourir à l'assainissement budgétaire de cette discipline, la perception du ticket modérateur en kinésithérapie a été rendue obligatoire.

Une telle mesure a également été prise en matière de biologie clinique.

[7] et [8] La nomenclature des prestations de santé ainsi que la nomenclature des spécialités pharmaceutiques peuvent faire et font l'objet de modifications.

La détermination des prestations remboursables et la fixation du prix de celles-ci s'effectuent au sein de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (I.N.A.M.I) de manière concertée entre les différents acteurs (organismes assureurs, représentants des professionnels de la santé, etc.). Les prestations médicales et paramédicales réalisées en milieu hospitalier ou en ambulatoire ainsi que les médicaments pouvant faire l'objet d'un remboursement de l'assurance soins de santé sont déterminés par arrêté royal ou ministériel après consultation du Comité de l'assurance et de certains autres organes de l'INAMI regroupant les prestataires concernés et les organismes assureurs.

De même, toute une série de commissions de conventions ou d'accords réunissant les organismes assureurs et les représentants des prestataires concernés négocient le prix des prestations dans le cadre du budget.

Tous les soins de santé remboursables sont repris dans une nomenclature des prestations de santé, c'est-à-dire une liste qui contient non seulement la valeur relative des soins, mais également des règles d'application spécifiques, des critères de compétence des dispensateurs de soins, etc. Une telle liste existe également pour les spécialités pharmaceutiques remboursables.

Il se peut donc que des prestations soient explicitement exclues de la nomenclature des prestations de santé ou que le remboursement de certaines prestations de santé diminue (voir exemple de la kinésithérapie). De même, les règles concernant l'accès aux soins de santé peuvent changer.

[9] La participation aux coûts à la charge des patients a eu une influence significative sur la diminution des dépenses ou sur la consommation des soins ; cet argument est parfois avancé pour motiver des mesures prises en vue de diminuer les dépenses en soins de santé.

Exemple en matière de kinésithérapie : la perception obligatoire du ticket modérateur.

L'augmentation exorbitante des dépenses dans le secteur de la kinésithérapie était notamment liée à une certaine surconsommation de la part des patients.

### **C) Discussion actuelle**

[10] Dans la fixation du budget 2005, il a notamment été prévu d'encourager le bon usage des ressources dans le chef du patient :

- Le respect d'un "trajet de soins" sera encouragé par la modulation des tickets modérateurs. En ce qui concerne les urgences notamment, le patient envoyé par un médecin généraliste ou qui se présente pour une réelle urgence (suivant des critères objectifs) paiera un ticket modérateur moins élevé que celui qui ne respecte pas ce trajet de soins ;
- Il est proposé de rendre plus strictes les conditions de remboursement de certains médicaments par des révisions de groupe pour différentes classes de médicaments, telle,

par exemple, la révision de groupe des antibiotiques ; ces mesures peuvent être précédées ou accompagnées de campagnes d'information visant à sensibiliser davantage les assurés et les prestataires de soins sur l'importance d'une consommation adéquate des médicaments et en particulier des antibiotiques.

- Une indexation des plafonds des tickets modérateurs a été fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

## **D) Information complémentaire**

Les principaux sites internet impliqués dans l'organisation des soins de santé en Belgique sont les suivants:

<http://www.rudydemotte.be/> : site du Ministre des Affaires sociales ;

<http://www.vandenbroucke.com/> : site de l'ancien Ministre des Affaires sociales ;

<http://www.inami.fgov.be/> : site de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. L'INAMI assure la gestion générale de l'assurance soins de santé et indemnités. Outre le fait qu'il gère les soins de santé et les indemnités, l'I.N.A.M.I. dispose aussi d'un Service d'évaluation et de contrôle médicaux, chargé de la surveillance des dispensateurs de soins (médecins, dentistes, para-médicaux, etc.) et d'un Service du contrôle administratif chargé notamment du contrôle de l'application correcte de la réglementation par les mutualités ;

<http://home.tiscali.be/OCM.CDZ/> : cet organisme est chargé principalement du contrôle comptable et financier des mutualités et des unions nationales ;

<http://www.health.fgov.be/> : site du Service Public Fédéral Santé publique ;

<http://www.socialsecurity.be/> : site portail de la sécurité sociale en Belgique ;

<http://socialsecurity.fgov.be/>: site du SPF Sécurité sociale. Celui-ci est notamment compétent pour la législation et la réglementation en matière d'assurance soins de santé et indemnités ;

Sites des Unions nationales de mutualités :

<http://www.mc.be/>

<http://www.mutualites-neutres.be/>

<http://www.mutsoc.be/>

<http://www.mut400.be/>

<http://www.mloz.be/>

Les mutualités compétentes en ce qui concerne l'assurance soins de santé et indemnités sont réunies dans ces unions nationales. Les mutualités appliquent la législation sur l'assurance soins de santé et indemnités sur le plan pratique et entretiennent des contacts directs avec les assurés.

Il existe également le site de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité : <http://www.caami-hziv.fgov.be/>. Cette Caisse est un établissement public, qui a la même fonction que les mutualités et qui octroie les mêmes prestations obligatoires.