

Le Comité de la protection sociale

PRELIMINARY NATIONAL REPORT ON  
HEALTH CARE & LONG-TERM CARE

**BELGIQUE**

## PRELIMINARY NATIONAL REPORT ON HEALTH CARE & LONG-TERM CARE

### I. ASSURER L'ACCES AUX SOINS DE SANTE : UNIVERSALITE, EQUITE, SOLIDARITE

*Assurer un accès à des soins de qualité qui soit fondé sur les principes d'universalité, d'équité et de solidarité. Prévenir le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale lié à la maladie, à l'accident, au handicap ou aux soins rendus nécessaires par le grand âge, à la fois pour les bénéficiaires des soins et pour leurs familles..*

*I.1. offrir à l'ensemble de la population des soins de qualité adaptés aux besoins. Une attention particulière devra être apportée aux personnes nécessitant des soins longs ou coûteux, aux personnes et aux groupes rencontrant des difficultés particulières d'accès - tels que les minorités ethniques et les migrants - ainsi qu'aux personnes à faible revenu.*

#### A) L'universalité du système

Le système de santé belge se distingue par le fait qu'il conjugue une assurance soins de santé publique obligatoire, complète et couvrant quasi intégralement l'ensemble de la population<sup>1</sup>, alliée à la liberté de choix des malades et à l'expertise d'une médecine libérale. Ainsi, on peut affirmer qu'en théorie, l'ensemble des personnes résidant en Belgique a accès aux prestations de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire. En pratique celle-ci revêt donc un caractère « universel » quant à sa couverture même si, du point de vue terminologique, il ne s'agit pas d'un « système universel ».

Notons également qu'une distinction est opérée entre la couverture des salariés (régime général) et celle des travailleurs indépendants. Dans le cadre du régime général, la couverture comprend 23 catégories de prestations de santé qui peuvent donner lieu à un remboursement : les soins médicaux courants (visites et consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes, les soins donnés par des kinésithérapeutes, les soins dentaires) ; les accouchements ; la fourniture de médicaments ; l'hospitalisation ; les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle. Pour les travailleurs indépendants, seuls les gros risques (principalement l'hospitalisation) sont prévus dans la couverture obligatoire. Cependant, récemment le gouvernement a décidé l'extension de la couverture au niveau des petits risques aux indépendants à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, complétant ainsi une couverture substantielle pour tous ces assurés.

---

<sup>1</sup> En considérant le taux de couverture en soins de santé comme le nombre de personnes assurées pour les soins de santé par rapport à la population totale (enfants compris), on obtient 99% de taux de couverture en Belgique pour les années 1995 à 2003 (données de l'OCDE : Health Data 2003).

### B) Le « Principe de solidarité »

Le régime d'assurance soins de santé obligatoire fait partie intégrante du système de sécurité sociale belge. Il repose sur le « *principe de solidarité* » puisque, d'une manière générale, les cotisations sont proportionnelles aux revenus des affiliés, quel que soit le risque sur le plan de la santé, tandis que les remboursements sont les mêmes pour tous, sauf pour les groupes sociaux les plus vulnérables pour lesquels il existe diverses conditions plus favorables (voir le point C).

L'assurance soins de santé ne fournit pas les prestations de santé, elle accorde uniquement une intervention financière dans le coût des soins. Le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé varie principalement en fonction de la nature de la prestation et du statut (indépendant, salarié...) du bénéficiaire.

En fait, les dépenses privées (c'est-à-dire la part des prestations à charge du patient) en matière de soins de santé sont constituées de différents éléments :

- d'une part, il y a l'ensemble des prestations non remboursées : principalement des médicaments non essentiels, suppléments d'honoraires de médecin s'ajoutant aux tarifs légaux et suppléments pour matériel divers, ainsi que les dépenses concernant les "petits risques" pour les indépendants. Ces dépenses peuvent faire l'objet d'une assurance supplémentaire (privée) ;
- d'autre part, pour les prestations remboursées, une quote-part personnelle est à charge de l'assuré. Cette quote-part appelée « *ticket modérateur* », varie selon le type de prestation.

Une attention particulière a été accordée à l'accessibilité financière aux soins de santé que ce soit pour les personnes économiquement faibles ou celles qui du fait de leur état de santé ont un besoin important en soins (dont les malades de longue durée et les personnes âgées requerrant beaucoup de soins). Ainsi, en 2001, **le principe du Maximum à facturer** (MàF) a été instauré. Le MàF fixe une limite absolue à ce qu'un ménage dépense par an en tickets modérateurs pour des soins remboursables indispensables. Cette limite varie en fonction du revenu du ménage. De cette manière, le MàF ajoute une protection sélective supplémentaire à l'assurance soins de santé. En effet, le choix d'une protection basée sur le revenu familial implique qu'une sécurité quant à l'accessibilité financière des soins de santé est offerte à chaque famille, quel que soit son statut social.

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.

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.

Les dépenses privées en matière de soins de santé ne sont donc pas tant déterminées par les "co-paiements" au niveau des prestations couvertes que par les dépenses liées à des prestations non remboursées.

### C) Mesures complémentaires pour certains groupes cibles : Solidarité renforcée

A côté du MàF coexistent, pour certains groupes particuliers de personnes, des mesures, spécifiques ou plus générales. Il s'agit par exemple :

- d'un régime de remboursement plus élevé («régime préférentiel» ou «*régime BIM*»<sup>2</sup>) des prestations de santé pour certaines catégories de personnes limitativement énumérées par la loi (personnes se trouvant dans une situation sociale spécifique et dont les revenus n'excèdent pas un certain montant). Cette intervention majorée de l'assurance joue tant au niveau des prestations de santé qu'au niveau des médicaments<sup>3</sup> ;
- de multiples dispositions en faveur des malades chroniques (les patients gravement incontinents, les diabétiques...). En effet, face au constat que l'état de santé précaire ou déficient de ces personnes induisait des surcoûts importants, diverses mesures ont été adoptées afin de leur garantir une prise en charge adéquate des soins. A titre d'exemple, mentionnons que l'assurance obligatoire intervient en faveur des personnes diabétiques notamment via la gratuité de l'insuline et des antidiabétiques oraux de même que via une intervention dans la moitié du prix pour les seringues à insuline ainsi que dans des prestations de podologie.

#### D) Mesures complémentaires pour les minorités ethniques

Aucune discrimination n'est faite suivant la nationalité, l'origine ethnique, l'état de santé ou l'âge du bénéficiaire. Par contre, l'Etat finance, dans une cinquantaine d'hôpitaux belges, des médiateurs interculturels et des coordinateurs en médiation interculturelle. L'objectif est d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins pour les allochtones. En 2004, les 58 médiateurs interculturels ont traité plus de 60000 interventions dans 19 langues.

#### ***1.2. assurer l'accessibilité, financière et physique, des systèmes de soins pour les personnes handicapées.***

Les personnes handicapées font partie des catégories de personnes bénéficiant du régime de remboursement préférentiel (BIM, voir le point C de la question I.1.). En outre, parallèlement à ce régime, un « guichet unique » instaurant une procédure simplifiée en matière d'octroi de remboursement ou d'intervention d'aides dans le cadre des chaises roulantes est mis en place.

#### ***1.3. offrir une prise en charge adaptée des personnes âgées, en particulier grâce à une coordination renforcée entre les services d'aide sociale, les soins primaires, les services hospitaliers et les institutions spécialisées.***

Début 2003 les différentes autorités ont défini les objectifs pour l'avenir des soins aux personnes âgées. Le fil rouge de la stratégie poursuivie est la garantie d'une continuité dans les soins et dans l'hébergement en encourageant une collaboration à tous les niveaux entre tous les acteurs.

---

<sup>2</sup> BIM = Bénéficiaire de l'intervention Majorée. Ce régime particulier est encore appelé «régime VIPO» parce qu'initialement limité aux veuves, invalides, pensionnés et orphelins.

<sup>3</sup> Outre un remboursement plus élevé des spécialités pharmaceutiques, l'intervention majorée de l'assurance induit un remboursement plus important de toutes les prestations de santé : ainsi, pour les bénéficiaires de ce régime, les soins courants sont en principe remboursés à concurrence de 90%, à l'exception des consultations des médecins spécialistes, remboursées à concurrence de 85%, et des prestations de kinésithérapie, remboursées à concurrence de 80%. L'intervention personnelle des patients est également moindre en cas de séjour dans un hôpital, qu'il s'agisse d'un hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique.

Les mesures suivantes sont envisagées :

- La modification du mode de financement des soins à domicile, notamment pour les prestations relatives aux trajets de soins inhérents à l'éducation et à l'accompagnement des patients diabétiques.
- Le financement approprié des Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD). Le service intégré a comme mission d'assurer l'évaluation de l'autonomie du patient, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins, la répartition des tâches entre les dispensateurs de soins et la concertation multidisciplinaire y afférente.
- La mise en place des structures intermédiaires se situant entre les soins à domicile et les soins institutionnels comme les centres de soins de jours et le recours au « court séjour ».
- Une programmation adéquate et une évaluation continue de la capacité d'accueil des structures d'accueil. Cette programmation tient compte de l'évolution démographique différente de la population âgée dans les Communautés et les Régions et le besoin d'unités de soins supplémentaires qui en résulte.
- Le financement des maisons de repos et des maisons de repos et de soins sur la base d'un budget prospectif en tenant compte du profil de la personne âgée et de sa dépendance en soins.
- Le développement du concept de « fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins » permettant de développer un modèle de soins interdisciplinaire (c'est-à-dire une collaboration formelle entre les travailleurs hospitaliers et les prestataires de soins et de services à domiciles), centré sur le patient, qui vise la préparation systématique, structurée et précoce de la sortie de patients à haut risque, de l'hôpital vers le domicile dans le but d'éviter une ré-hospitalisation et/ou une institutionnalisation.

Par ailleurs, mentionnons que des initiatives complémentaires, couvrant les soins spécifiques pour les personnes âgées et principalement la collaboration entre les différents services de soins, sont également prises au niveau des Régions et Communautés. Celles-ci mettent le plus souvent l'accent sur la participation des personnes âgées afin d'aboutir à une autonomie et indépendance médicale la plus élevée possible.

#### ***1.4. promouvoir des dispositifs de soins palliatifs et d'accompagnement des personnes en fin de vie.***

En matière de soins palliatifs et d'accompagnement des personnes en fin de vie, la nouvelle politique belge a pour ambition première de renforcer la mission palliative du milieu hospitalier.

Mais, en dehors de l'hôpital, toute une série de mesures ont également été prise concernant les soins palliatifs. A cet égard on doit mentionner :

- La création de 28 équipes d'accompagnement multidisciplinaires, ayant pour mission de :
  - Fournir une contribution complémentaire au soutien et aux soins palliatifs des patients en phase terminale qui veulent passer la dernière période de leur vie à domicile;

- Prodiguer des soins avec les mêmes garanties de qualité qu'en cas d'hospitalisation. Les équipes doivent disposer d'une expertise sur le plan médical, socio relationnel, infirmier et psychologique.
- Des interventions financières appropriées, comme le forfait palliatif accordé aux patients, sont prévues. Concernant le « forfait palliatif », il s'agit d'une intervention forfaitaire dans le coût des médicaments, des dispositifs et du matériel de soins nécessaires dans le cadre des soins à domicile aux patients palliatifs. Pour pouvoir bénéficier de cette aide, le médecin traitant doit compléter le formulaire de demande et l'envoyer au médecin-conseil de la mutuelle. L'indemnité se monte à 483,39 EUROS pour un mois. Actuellement, elle peut être accordée deux fois. Du côté des dispensateurs, des honoraires spécifiques ont été instaurés.
- Enfin, des structures appropriées ont été créées. A cet égard, on peut mentionner la création d'une fonction palliative spécifique au sein des maisons de repos et des maisons de repos et de soins ainsi que les centres de jour de soins palliatifs sur base expérimentale.

### ***1.5. réduire, là où c'est nécessaire, les inégalités régionales dans l'offre de soins.***

Sur le plan général, la Belgique n'est pas confrontée à des inégalités dans l'offre de soins, bien qu'il y ait des différences entre les milieux ruraux et urbains.

Néanmoins, le gouvernement fédéral a décidé fin 2004 de revoir les normes de programmation hospitalière ainsi que les normes d'agrément structurels en fonction de l'offre nécessaire par bassin de soins.

Ceci s'effectuera en concertation avec les entités fédérées dans le respect des compétences de chacun, ainsi qu'avec les acteurs concernés.

Un bassin de soins peut se définir comme une zone géographique d'un seul tenant, au sein de laquelle tous les professionnels de santé, infrastructures de soins et équipements médico-techniques nécessaires à satisfaire les besoins objectifs de la population sont réunis. Entre tous les acteurs du système de soins de santé d'un même bassin de soins, une coordination et une collaboration efficaces entre dispensateurs de soins, au chevet du patient, doivent exister. Suivant la nature des besoins de soins à satisfaire, des bassins de soins plus ou moins étendus peuvent co-exister au même endroit.

La notion de bassin ou de zone de soins peut aussi se définir comme une structuration et une programmation de l'offre de soins, variables en fonction :

- des réalités socio-géographiques et socio-sanitaires des populations concernées
- des pathologies à prendre en charge
- du degré éventuel de spécialisation requise des équipements et programmes de soins pour assurer la prise en charge globale

Une attention particulière sera donnée aux services de pédiatrie.

En ce qui concerne la cardiologie invasive, on relève qu'il existe un rapport inversement proportionnel entre le nombre d'actes et le ratio de complications. La programmation de ces services en fonction d'une stricte logique des bassins de soins y est, dès lors, indispensable.

Un troisième exemple concerne l'oncologie, où une stratification plus grande du degré de spécialisation des services en fonction de la prise en charge de certains types de cancers s'impose et où une rationalisation des offres de radiothérapie sera envisagée.

Une autre manière de faire face aux inégalités régionales dans l'offre de soins est de recourir à des coopérations locales en zone transfrontalière. Plusieurs accords locaux de complémentarité interrégionale ont été conclus que ce soit pour le transport des malades (un exemple parmi d'autres est la « convention Benelux »), pour la prise en charge de certaines pathologies dans des centres hospitaliers ou pour simplifier les procédures de prise en charge financière de soins transfrontaliers (Transcard). Signalons également qu'un accord cadre de coopération sanitaire avec la France vient d'être signé.

Enfin, on peut encore citer comme autres mesures visant à réduire les inégalités régionales, certains assouplissements des normes d'agrément pour les hôpitaux (ex : maternités, services de radiothérapie et de soins pédiatriques). Ces assouplissements concernent les établissements qui se situent dans certaines zones géographiques déterminées.

***1.6. Lorsque c'est nécessaire, de développer des structures adaptées, doté de personnel qualifié, afin d'accroître l'offre et de réduire les délais d'accès aux traitements, en particulier quand ces délais entraînent des inconvénients pour la santé et la qualité de vie des patients. Dans le cadre de la politique de cohésion économique et sociale, un soutien peut être apporté au développement des infrastructures, notamment hospitalières : les instances compétentes pour les fonds structurels, en particulier le FEDER et le Fonds de cohésion, devront examiner comment ce soutien peut être pleinement utilisé dans les régions éligibles.***

La Belgique ne connaît pas de phénomène de pénurie des hôpitaux, ni celui des listes d'attente, dans le sens où celui-ci peut-être observé dans d'autres Etats membres. Toutefois, dans certaines unités ou certains prestataires de soins, il peut parfois y avoir un délai pour se faire soigner ou obtenir un rendez-vous.

De même, pour certains « cas particuliers », des mesures spécifiques sont prises pour résoudre les problèmes de ces « patients particuliers ».

Un exemple est celui de la mise au point d'une politique de santé pour les patients comateux, en adaptant certains lits de maisons de repos et de soins en lits pour ces patients (160 lits actuellement). L'objectif est de proposer à ces patients l'offre de soins la plus cohérente et la plus accessible dans une optique multidisciplinaire.

***I.7. promouvoir une gestion des ressources humaines permettant de faire face aux conséquences du vieillissement démographique dans le secteur des soins de santé et des soins de longue durée, notamment de prévenir ou de résorber les pénuries de certains personnels, grâce à un investissement suffisant dans la formation initiale et continue et à l'amélioration de la qualité des emplois, y compris celle de la santé et de la sécurité au travail. La contribution du Fonds social européen doit être pleinement utilisée dans ce cadre. La communication sur la mobilité des patients complète aussi cet objectif en proposant de promouvoir la mobilité transfrontalière des professionnels de santé et d'améliorer notre connaissance des flux concernés.***

*et*

***I.8. prendre en compte, dans l'ensemble de ces mesures, les problèmes spécifiques que peuvent rencontrer les hommes et les femmes, notamment dans les politiques de gestion des ressources humaines et de promotion de la qualité des emplois.***

Un accord pluriannuel a été conclu en mars 2000 entre le gouvernement fédéral et les représentants du secteur du non marchand. Cet accord comporte 3 volets importants : a) une harmonisation des barèmes, b) une augmentation salariale générale et c) un aménagement du temps de travail en fin de carrière.

a) Harmonisation des barèmes : « à travail égal, salaire égal »

Tous ceux qui travaillent dans une maison de repos ou une maison de repos et de soins, dans les soins à domicile ou dans les services de transfusion de sang ... obtiendront le même salaire que leurs collègues travaillant dans un hôpital.

b) Augmentation salariale générale

Depuis octobre 2001, les salaires ont été majorés pour tous les secteurs concernés.

c) Aménagement du temps de travail en fin de carrière

Un bonus est octroyé au personnel infirmier, soignant et assimilé lorsque le travailleur atteint l'âge de 45 ans. Il a le choix entre davantage de temps libre tout en gardant le même salaire ou une prime venant s'ajouter au salaire normal.

En outre, les points suivants ont encore fait l'objet d'un accord :

- une intervention financière pour l'embauche d'un travailleur supplémentaire dans chaque hôpital, de sorte qu'un membre du personnel expérimenté puisse être libéré pour l'accompagnement de stagiaires et de ceux qui intègrent la profession ;
- une formation de trois ans en vue d'une reconversion à la pratique de l'art infirmier avec maintien de salaire. Cette mesure connaît un important succès.

Début 2005, des mesures complémentaires sont en négociation, notamment l'introduction d'une pension complémentaire et d'une prime d'attractivité.

Parallèlement à ces mesures, des efforts au niveau de la création d'emplois dans le secteur non marchand ont été fournis.

## II. PROMOUVOIR LA QUALITE DES SOINS

### ***Promouvoir des soins de qualité afin d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes.***

#### ***II.1. Promouvoir des pratiques et des traitements qui ont un bénéfice effectif pour la santé et la qualité de vie, sur la base d'une évaluation scientifique appropriée. Les coûts et les bénéfices des médicaments, des matériels et des traitements doivent être évalués, selon des procédures propres aux systèmes nationaux concernés, et en développant une coopération européenne dans ce domaine.***

Ces dernières années, l'évaluation des médicaments (INAMI) a été réformée en Belgique. Une partie de l'évaluation consiste en un bref aperçu des constatations disponibles concernant l'efficacité. Les évaluations pharmaco-économiques sont progressivement introduites dans le système.

L'évaluation officielle de la technologie de la santé pour le matériel et la technologie a démarré en 2004, après la création du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, KCE. Le Centre d'expertise effectue actuellement différentes évaluations sur le plan du diagnostic, des prothèses, des matériels et des traitements. On espère qu'une éventuelle future collaboration dans un réseau HTA européen (Health Technology Assessment – Evaluation de la technologie de la santé) permettra d'évaluer plus de sujets.

Différentes initiatives s'efforcent de promouvoir les bonnes pratiques des dispensateurs de soins. Ainsi, un certain nombre de conseils de programmes de soins pour hôpitaux ont été créés afin d'évaluer l'activité de l'hôpital et de donner un feedback. La Commission belge de coordination de la politique antibiotique veille à la promotion d'une utilisation plus justifiée des antibiotiques. Cette Commission coordonne les campagnes médiatiques et met au point des directives pratiques. Deux fois par an, l'INAMI organise une conférence de consensus sur un thème relatif aux médicaments délivrés sur prescription. En 2002, le Conseil national de promotion de la qualité a été créé; il est composé de représentants des médecins, des mutuelles, des associations scientifiques et du Gouvernement. Ce Conseil a envoyé à tous les généralistes et à certains spécialistes un feedback individuel sur leur comportement de prescription sur le plan des antibiotiques et des antihypertenseurs, basé sur les données des mutuelles. Dans un proche avenir, il y aura également un feedback relatif aux tests préopératoires, au dépistage du cancer du sein, ainsi qu'aux avis du KCE. Une coordination plus intensive et une collaboration entre ces initiatives fragmentées sont envisagées.

Enfin, en 2002, la législation a été adaptée afin de mieux pouvoir évaluer et sanctionner les médecins qui font un usage excessif des services ou qui ont un comportement de prescription anormal sans raisons apparentes.

Par ailleurs, une équipe de recherche universitaire réalise actuellement une étude ayant pour objectif la mise à disposition de l'ensemble du secteur des soins aux personnes âgées d'un instrument d'évaluation globale des besoins des personnes âgées et l'élaboration d'un plan de soins interdisciplinaire dirigé sur la demande et les besoins évalués.

## ***II.2. Intégrer la dimension de genre dans la définition des politiques de prévention et de santé, afin de mieux prendre en compte les problèmes spécifiques des hommes et des femmes et d'améliorer l'efficacité de leur prise en charge.***

Parmi les politiques qui intègrent une dimension de genre, citons comme exemple, les programmes visant à détecter le cancer du sein ainsi que de la prostate et le cancer de l'utérus, de même que les politiques de remboursements des pilules contraceptives.

- Un programme officiel de dépistage du cancer du sein a été lancé en collaboration avec les Communautés et le niveau fédéral (2001-2002). Ces programmes sont actuellement évalués.
- Le dépistage du cancer de la prostate et le dépistage du cancer de l'utérus/HPV sont évalués par le KCE. En 2005, on effectuera également une étude pour une application plus efficace de la prévention cardiovasculaire. Il faudra évidemment qu'elle tienne compte de la différenciation hommes/femmes.
- En ce qui concerne les pilules contraceptives, fin 2004, différentes firmes pharmaceutiques avaient contraint l'Etat belge, par le biais d'une procédure en justice, à retirer du remboursement des pilules contraceptives qu'elles commercialisent. Un accord vient d'être conclu assurant que toutes les pilules qui étaient sorties du remboursement vont être à nouveau remboursées à partir du 1er janvier 2006<sup>4</sup>.

## ***II.3. Assurer un haut niveau de formation initiale et continue des professionnels, dans le cadre d'une formation tout au long de la vie.***

En ce qui concerne la formation initiale des professionnels dans le secteur des soins de santé, elle est organisée en conformité avec les normes européennes (en matière d'équivalence des diplômes par exemple).

Pour ce qui est de la formation continue, le CMD (Continuing Medical Development) est basé en Belgique sur un système volontaire d'accréditation par un système de points qui sont obtenus par la participation à des sessions didactiques et à des discussions locales. Des propositions sont actuellement formulées pour faire davantage usage de l'étude individuelle guidée par l'internet.

Un projet pilote financé par l'INAMI donne à quelques milliers de médecins un accès gratuit à des sources empiriques comme la Cochrane Library and Clinical Evidence.

Depuis 10 ans, un système d'accréditation des médecins est développé. L'accréditation est constituée de 2 piliers :

- Un système de formation continue. Les prestataires peuvent suivre au minimum 20 heures de formation sur une période de trois ans afin d'obtenir l'accréditation. Trois heures doivent concerner les thèmes de l'économie et l'éthique.
- Un contrôle de la qualité exercé par les pairs ('peer review'). A cette fin, des « Groupes Locaux d'Evaluation Médicale » (GLEM) ont été créés. Le médecin doit

---

<sup>4</sup> Notons qu'en outre, pour ce qui est des jeunes femmes de moins de 21 ans, la mesure d'accès initiée en mai 2004, réduisant la part payée par la patiente de 3 € par mois, quel que soit son choix de contraception (remboursée ou non), est évidemment toujours en vigueur. De fait, pour les moins de 21 ans, certaines pilules restent donc gratuites (les 2ème générations) ou coûtent moins d'1 euro par mois.

participer 2 fois par an à la réunion du GLEM au sein duquel il est inscrit. Les GLEMs doivent aborder des thèmes spécifiques et envoyer un rapport annuel.

Ce système d'examen critique de la qualité des prestations est géré par le Conseil national de la promotion de la qualité. Ce conseil a notamment comme mission de formuler des recommandations de bonne pratique médicale, de définir des indicateurs et de procurer un feedback aux médecins des données relatives à leurs pratiques.

Enfin, notons qu'il existe d'autres mesures d'incitation à la formation complémentaire et continue. C'est par exemple le cas pour les dentistes ainsi que pour les médecins et les infirmiers gradués travaillant dans les soins intensifs et les services d'urgence.

***II.4. Développer des politiques de santé et de sécurité au travail fondées sur la prévention des risques et permettant d'assurer des emplois de meilleure qualité à tous les travailleurs, et en particulier aux travailleurs vieillissants, afin de contribuer à la réduction de la mortalité prématurée (avant 65 ans) et à la hausse de la durée de vie sans incapacités majeures.***

En 2002, la Belgique a enregistré 3.056 accidents de travail par 100.000 travailleurs contre 4.021 dans l'UE-15. De 1998 à 2001, le nombre d'accidents du travail a diminué de 17% en Belgique, contre une baisse de 6% dans l'Union européenne.

Les questions de sécurité et de santé au travail sont couvertes par la législation du travail<sup>5</sup> et une politique générale en matière de prévention a été définie. Chaque employeur est tenu de s'affilier à un service pour la sécurité et à un service pour la santé ainsi que de prévoir un dispositif interne en ces matières. L'employeur doit effectuer une analyse des risques sur les lieux de travail et organiser sur cette base un suivi médical régulier. L'approche doit couvrir tant les aspects physiques que psychiques. Les entreprises occupant plus de 50 travailleurs disposent en outre d'un organe de concertation spécifique avec les partenaires sociaux en matière de sécurité<sup>6</sup>. Sont également prévus les services d'inspection correspondants. L'autorité fédérale et les Régions et Communautés organisent également des campagnes de prévention et les formations nécessaires. Les conditions de travail dans la construction restent problématiques: en 2002, 22% de tous les accidents s'y sont produits.

Dans le cadre du plan PhARAon (plan fédéral d'action pour la réduction des accidents du travail), des projets ont été lancés permettant de récompenser financièrement les employeurs qui consentent des efforts particuliers en matière de prévention..

En ce qui concerne les règles relatives aux maladies professionnelles, elles ont été assouplies afin de permettre à des personnes victimes d'une affection liée à leur activité professionnelle, comme les lombalgies par exemple, d'être indemnisées. Ainsi, le FMP (Fonds des Maladies Professionnelles) a lancé un projet-pilote qui doit permettre de déceler et éviter les problèmes de dos pour le personnel qui travaille par exemple en hôpitaux ou en maisons de repos et qui est très exposé à ce type de problèmes. De nouvelles mesures ont également été prises pour les aider à retrouver du travail via un recyclage.

Enfin, en matière de lutte contre les méfaits du tabac, notons qu'à partir du 1er janvier 2006, il sera interdit à tout travailleur de fumer dans tous les espaces où il est occupé dans le cadre de son travail.

---

<sup>5</sup> Surtout dans le Code sur le bien-être au travail

<sup>6</sup> Le Comité pour la prévention et la protection au travail

***II.5. Affecter les ressources financières et humaines aux régions, aux services et aux différents types de soins en fonction des besoins effectifs, de manière à obtenir le meilleur impact possible sur la santé et la qualité de vie des bénéficiaires. La communication sur la mobilité des patients complète cet objectif en proposant d'identifier des « centres de référence » et de promouvoir leur mise en réseau.***

Le nombre croissant des affections chroniques accentue le besoin des soins intégrés. Ceci nécessite des approches novatrices. Des efforts spécifiques ont été fournis pour les pathologies suivantes : diabète de type 2, démence, syndrome de la fatigue chronique, douleur chronique, troubles du spectre autistique, mucoviscidose, infirmité motrice d'origine cérébrale, spina bifida, patients comateux. A cette fin, des conventions spécifiques ont été conclues avec des centres de référence.

***II.6. Promouvoir une gouvernance qui favorise la capacité d'adaptation des systèmes aux besoins, en particulier grâce à une coordination efficace entre les acteurs concernés (budgets publics, assureurs, professions de santé, hôpitaux, institutions et organismes de prévention, y compris les établissements d'enseignement, autorités régionales et locales impliqués dans les systèmes de santé, patients et citoyens).***

La Belgique est un état fédéral. L'assurance maladie-invalidité est une compétence fédérale. En matière de santé publique (offre de soins, protection de la santé publique...) le cadre légal est fixé au niveau fédéral mais ce sont les communautés et les régions qui sont responsables de son application. Ces entités sont aussi chargées de la politique des personnes âgées. En vue d'assurer une coordination optimale, des accords de collaboration ont été conclus dans de multiples domaines. Des conférences interministérielles de la santé et des personnes âgées ont été mises en place à cet égard.

En deuxième lieu, l'assurance maladie est basée sur le principe de la concertation sociale. Les prestataires, les financeurs et les assureurs mutualistes sont présents dans différents organes d'assurance maladie et interviennent donc directement dans la gestion et l'exécution de celle-ci.

***II.7. Définir les droits des patients et de leur famille, ainsi que les modalités d'implication de la société civile organisée. La communication sur la mobilité des patients complète cet objectif en proposant de rassembler et d'améliorer l'information disponible en matière de droits des individus et de règles européennes et nationales de prise en charge des soins.***

**A) Le Droit des patients et implication de la société civile**

La législation belge prévoit une série de droits individuels du patient comme : le droit à des soins de santé de qualité, le droit au libre choix du fournisseur de soins, le droit à l'information. Ces droits sont garantis par l'accès du patient à un service de médiation auprès duquel il peut déposer une plainte. Ce service rédige un rapport annuel mentionnant, entre autres, des recommandations afin que des manquements constatés ne se reproduisent plus. Une Commission fédérale "Droit des patients" a en outre été créée afin d'évaluer l'application de cette loi.

## B) La mobilité des patients

L'information concernant les droits des patients en matière de prise en charge de soins médicaux reçus à l'étranger relève principalement des mutualités.

Les mesures prises à l'égard des arrêts Kohll, Decker et suivants<sup>7</sup>, mettant notamment en place une procédure d'octroi d'un remboursement pour des soins intentionnels non préalablement autorisés reçus hors du territoire belge, ont fait l'objet d'une rédaction de circulaires à l'égard des organismes assureurs, dont la dernière en date est la circulaire O.A. de l'INAMI n° 2005/48 du 22 février 2005. Les règles reprises dans les circulaires ainsi que les adaptations relatives aux conditions de remboursement de certaines prestations, sont répercutées par les mutualités auprès de leurs membres, via leurs bulletins d'informations internes.

Le lancement de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), le 1er juin 2004, a été l'occasion d'améliorer les droits de l'assuré en situation de séjour temporaire dans un autre Etat membre, grâce à la modification du règlement de coordination.

Parallèlement à l'information diffusée par les caisses de maladie sur la CEAM, une réflexion approfondie est actuellement en cours pour mettre à la disposition du citoyen, dans un premier temps via site le portail de la sécurité sociale, une information permanente exposant de façon exhaustive les différentes voies d'accès aux soins à l'étranger et les différentes modalités de prise en charge.

---

<sup>7</sup> Voir notamment les arrêts CJCE Kohll, affaire C-155/96 du 28.04.98; Smits et Peerbooms, affaire C-157/99 du 12.07.01; Vanbraekel, affaire C-368/98 du 12.07.01, Inizan, affaire C-56/01 du 23.10.03, Muller-Fauré, C-385/99, du 23 octobre 2003.

### III. GARANTIR LA VIABILITE FINANCIERE DE SOINS ACCESSIBLES ET DE QUALITE

*Assurer la viabilité financière à long terme de soins accessibles à tous et de qualité.*

*III.1. Développer des politiques de prévention et d'orientation à l'entrée des filières de soins permettant de réduire le recours à une prise en charge lourde, en particulier les soins hospitaliers et les soins intensifs, et renforcer dans ce but la coordination entre les différents prestataires de soins (soins primaires, hôpitaux, services sociaux locaux). Cet objectif complète ainsi l'action entreprise dans le cadre du programme d'action communautaire pour la santé<sup>8</sup>, qui soutient les démarches de prévention dans le but d'améliorer l'état de santé et de réduire les dépenses futures en soins de santé.*

Il existe en Belgique de nombreuses politiques qui promeuvent une coordination efficace entre tous les acteurs concernés afin de réduire le recours à une prise en charge lourde.

Voici quelques exemples.

#### A) Le DMG (Dossier Médical Global)

Un important outil de prévention et d'orientation est le Dossier Médical Global (DMG). Le DMG est un ensemble fonctionnel et sélectif de données médicales, sociales et administratives pertinentes relatives à un patient, qui font l'objet d'un traitement manuel ou informatisé ; le but est d'optimiser la qualité des soins dispensés et d'éviter les doubles emplois en ce qui concerne les actes. Ce dossier est accessible à tous, permet d'avoir une vue globale des soins et des problèmes de santé et améliore la coordination des soins médicaux et la collaboration entre les prestataires de soins. L'objectif est de pousser le patient à consulter en priorité le médecin généraliste et à favoriser la communication entre les médecins. En échange de son engagement à recourir en premier lieu au généraliste, le patient bénéficiera d'une réduction de 30% sur le ticket modérateur à chaque consultation chez son généraliste.

#### B) Le « Passeport-diabète »

Le traitement du patient diabétique suppose l'intervention de différents prestataires de soins : médecin généraliste, interniste-diabétologue, diététicien, ophtalmologue, pharmacien, etc, c'est pourquoi une bonne collaboration entre ces prestataires de soins est essentielle. Le « *passport-diabète* » permet cette collaboration. Il se présente sous la forme d'un carnet dans lequel le médecin peut consigner les résultats des examens subis par le patient diabétique tels que : l'évolution du poids, les taux de glycémie et de cholestérol, la tension artérielle, etc. Le passeport du diabète stimule les médecins de famille à suivre les directives les plus récentes en matière de soins aux patients diabétiques et leur donne un point de repère dans le traitement et le suivi des diabètes de type 2 ou diabète de vieillesse. Il les aide aussi à superviser le traitement médicamenteux souvent complexe.

---

<sup>8</sup> Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) - Déclarations de la Commission JO n° L 271 du 09.10.2002.

### C) Le “Breast Cancer Screening program”

Le dépistage du cancer du sein par examen radiologique (mammographie) a pour objectif de prévenir les décès, plus fréquents lorsque le cancer a eu le temps de se propager. Comme toute intervention médicale, cet examen comporte aussi des inconvénients. Paradoxalement, le dépistage est d’autant plus difficile qu’il s’adresse à des femmes en bonne santé. C’est pourquoi l’examen doit être réalisé dans le cadre d’un dépistage systématique, par des radiologues particulièrement formés et expérimentés dans ce domaine, avec une double lecture. Les Communautés organisent ce dépistage suivant les normes de qualité européennes. Les frais des examens techniques sont couverts à 100 % par l’assurance maladie. Seule cette mammographie de dépistage est par ailleurs recommandée, les autres examens n’apportant rien dans le cadre du dépistage. Un dépistage réalisé dans des conditions non optimales peut causer plus de tort que de bien : raison pour laquelle il est important que le praticien informe correctement ses patientes et les suive après le dépistage. A cet effet, le KCE a publié un rapport scientifique récemment.

### D) Les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD)

Le service intégré de soins à domicile, déjà évoqué à la question I.3., constitue également un très bon exemple de coordination entre différents prestataires de soins. Les services intégrés de soins à domicile sont des institutions de soins de santé qui, dans une zone de soins, soutiennent l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines<sup>9</sup>. La mission du service intégré de soins à domicile est de présenter une offre de soins cohérente, accessible et adaptée au patient, de veiller au suivi de l'information et de l'encadrement tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire de soins, qu'à l'égard du patient.

### E) Initiatives régionales et communautaires

Enfin, il est important de préciser qu’à coté de ces initiatives fédérales, il existe également des initiatives communautaires et régionales. Celles-ci renforcent le plus souvent les mesures fédérales.

***III.2. Atteindre un rythme viable d'évolution des dépenses, au moyen de mesures adaptées à la situation et aux spécificités de chaque système, par exemple des mesures incitatives appropriées pour les prestataires et pour les patients, ou des mesures de promotion de nouveaux traitements ou de nouveaux produits qui réduisent les coûts en rendant le même service.***

Comme déjà mentionné à la question II.3., le Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ) est compétent pour la gestion du système d’examen de la qualité des prestataires de soins. Il est également responsable de « Plate-formes pour la promotion de la qualité »

---

<sup>9</sup> Le service intégré de soins à domicile se compose de représentants de tous praticiens professionnels visés par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, ainsi qu'un psychologue, mais au moins de représentants des médecins généralistes, des infirmier(è)r(e)s et accoucheuses, qui exercent leur activité professionnelle principale dans la zone de soins, ainsi que de représentants des types de structures de coordination, à indiquer par l'autorité compétente de la communauté ou de la région concernée, qui sont agréées et actives à l'intérieur d'une zone de soins.

qui ont pour mission, afin d'obtenir une meilleure qualité globale des prestations médicales, de mettre en place des « campagnes de feedback ».

A titre d'exemple, et comme déjà mentionné à la question II.1., l'INAMI a organisé une « campagne de feedback en matière de prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes et certains groupes de spécialistes », et ce, en vue d'une utilisation plus rationnelle des antibiotiques

En matière de dialyse, on a constaté que le fait que le financement diffère selon les techniques utilisées influence parfois les choix offerts aux patients de façon inappropriée. Pour ces raisons, le financement a été adapté afin de tenir compte du degré de 'substitution' des techniques les plus chères par des techniques alternatives et moins onéreuses.

D'autres mesures incitant les prestataires à dispenser les soins les plus appropriés ont été lancées. A cet effet, on peut mentionner l'introduction des montants de référence dans les hôpitaux. Ce système s'applique actuellement à 16 prestations chirurgicales courantes. Le système implique la comparaison à un coût moyen inter-hospitalier des séjours hospitaliers par institution et impose des sanctions financières en cas de dépassement de la moyenne de plus de 10%.

Enfin, en ce qui concerne des mesures incitatives de promotion de nouveaux traitements ou de nouveaux produits qui réduisent les coûts en rendant le même service, citons en exemple le système de « *remboursement de référence* ». Ce système, qui a débuté le 1er juin 2001, vise à encourager la prescription de médicaments moins coûteux en diminuant la base de remboursement d'une spécialité originale pour laquelle il existe une spécialité moins onéreuse (souvent un médicament générique ou une « copie »). Pour ces cas-là, la diminution de la base du remboursement de la spécialité originale est passée ces dernières années de 16% à 30%. Indirectement, ce système de remboursement de référence a également comme objectif de faire baisser les prix des médicaments « originaux » puisqu'il génère une concurrence plus forte.

Les économies escomptées pourront servir à accélérer et améliorer le remboursement des médicaments offrant de nouvelles possibilités thérapeutiques, ce qui profitera indirectement à la recherche de nouveaux médicaments.

### ***III.3. Assurer un financement adéquat du système, afin de répondre aux besoins nouveaux liés au vieillissement, aux changements de la société, et au progrès technique.***

Le financement de la sécurité sociale belge est axé sur un système de « gestion financière globale » (Loi de 1994) qui implique un regroupement de l'essentiel des ressources financières de la Sécurité Sociale. Le partage de ces ressources entre les différentes branches (chômage, pensions, assurance maladie-invalidité, allocations familiales, ...) s'effectue en fonction de leurs besoins respectifs. Un financement adéquat de l'assurance maladie-invalidité – qui absorbe l'essentiel des dépenses publiques de soins de santé - suppose donc un financement viable de l'ensemble du système de sécurité sociale et ne peut être envisagé isolément.

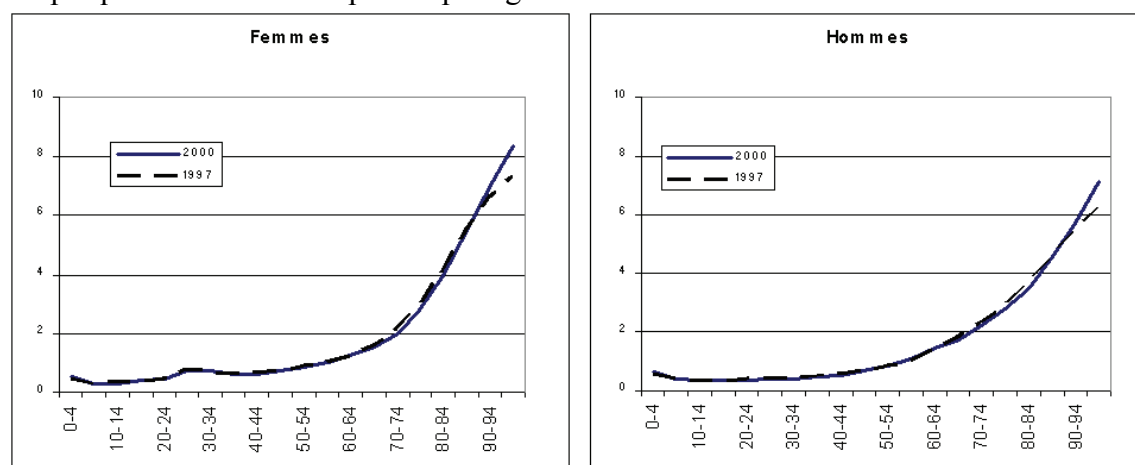
En vue de financer les accroissements futurs de dépenses publiques de pensions dus au vieillissement démographique, un dispositif budgétaire a été mis en place par la loi du 5 septembre 2001: le Fonds de vieillissement. Ce Fonds est alimenté par les surplus budgétaires du pouvoir fédéral, des excédents de la sécurité sociale, des recettes non

fiscales non récurrentes, et des produits de placement; il pourra être utilisé pour couvrir les dépenses supplémentaires des différents régimes légaux des pensions attendues pour la période 2010 - 2030, à condition que le taux d'endettement de l'ensemble des administrations publiques soit descendu sous le niveau de 60% du PIB. Un processus de monitoring annuel a été simultanément mis en place, centré non seulement sur une évaluation des dépenses futures de pension, mais également sur les perspectives en matière de soutenabilité financière globale de la Sécurité sociale, compte tenu précisément de la nécessité d'envisager la soutenabilité de la sécurité sociale dans sa globalité. C'est dans ce cadre que sont étudiés des scénarios possibles d'évolution à long terme des dépenses de soins de santé<sup>10</sup>.

La méthodologie de projection des dépenses de santé utilisée comporte deux éléments principaux<sup>11</sup>: le premier prend en compte l'impact des évolutions démographiques (effet volume de la population et effet du vieillissement); le second s'efforce de capter l'effet de la dite « tendance lourde », soit la partie de l'évolution des dépenses de santé qui résulte de l'évolution de la demande, de l'offre, de la technologie et des prix, indépendamment des évolutions démographiques.

L'impact des évolutions démographiques est évalué sur base d'un profil de dépenses publiques par âge et sexe d'une année de référence (cf. graphique 1)

Graphique 1 : Profils de dépenses par âge et sexe en 1997 et 2000



Source : BfP, [CEV \(mai 2005\)](#), d'après des données d'échantillon

L'impact de la "tendance lourde" est projeté sur base d'une approche économétrique axée sur une élasticité variable des dépenses de soins de santé à la croissance économique.

Par ailleurs, une désagrégation des dépenses de soins de santé selon deux types de soins a été opérée : les soins de long terme<sup>12</sup> (essentiellement des soins liés à l'état de

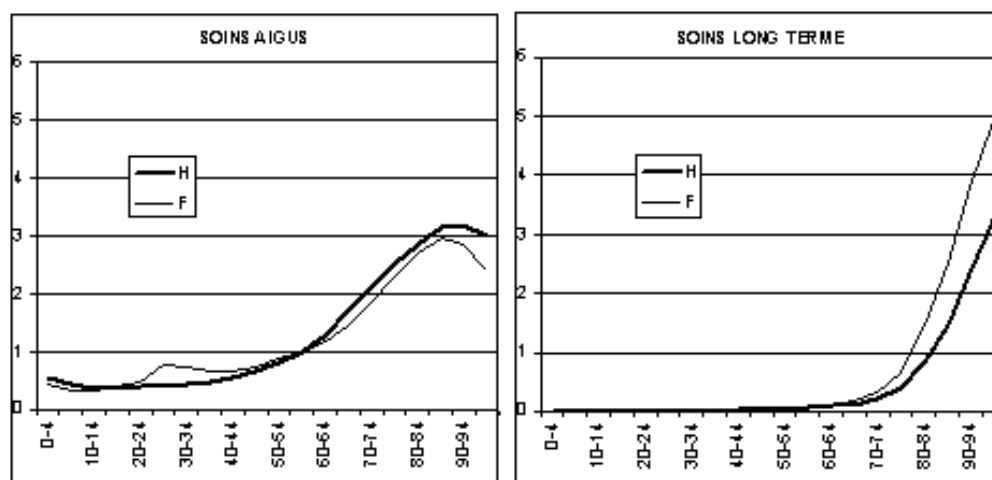
<sup>10</sup> Cf. Comité d'Etude sur le Vieillissement, Rapport annuel, avril 2004. Une synthèse de la partie consacrée aux soins de santé de ce rapport est reprise à l'Annexe 2 (point 2).

<sup>11</sup> Pour une présentation détaillée de la méthode, cf. Comité d'Etude sur le Vieillissement, Rapport annuel, avril 2004, pages 149-151.

<sup>12</sup> Les dépenses de type long terme comprennent les dépenses afférentes aux soins infirmiers à domicile, aux séjours en maisons de repos pour personnes âgées, en maisons de repos et de soins, en maisons de soins psychiatriques, ainsi que dans des habitations protégées cf. Comité d'Etude sur le Vieillissement, Rapport annuel, [mai 2005](#).

dépendance à long terme des bénéficiaires) et les autres (soins aigus). Ces deux types de dépenses ont des profils par âge et sexe significativement différents.

Graphique 2 : Profils de dépenses par âge et sexe des dépenses de santé en 1997



Source : BfP, [CEV \(mai 2005\)](#), d'après des données d'échantillon

Il apparaît que l'impact du vieillissement sur les dépenses liées aux soins de long terme est beaucoup plus important que sur les dépenses liées aux soins aigus. De plus, les profils par âge et sexe de dépenses de long terme semblent se relever au cours de la période 1996-2003 alors qu'ils semblent plus stables pour les dépenses de soins aigus. Le relèvement des profils de long terme reflète surtout les mesures budgétaires de revalorisation adoptées au cours de cette période et dans une moindre mesure certains changements sociaux tels que l'institutionnalisation croissante de la prise en charge de la dépendance.

Le tableau 1 présente les résultats de la projection des dépenses de santé (en % du PIB) en longue période, avec une mise en perspective par rapport aux dernières décennies (1970-2030). La période de moyen terme (2004-2009) tient compte également pour une période de 3 années, à savoir la période 2004-2007, des mesures nouvelles et des dispositions budgétaires récentes.

Tableau 1 : Dépenses de santé (en pour cent du PIB)<sup>13</sup>

	1970	1980	1990	2000	2004	2010	2020	2030	2030-2004
Dépenses totales (publiques et privées) de santé	4.7	6.4	7.0	8.4	9.7	10.5	11.6	12.8	+3.2
Dépenses publiques totales de santé	3.1	4.8	5.3	6.2	7.2	7.9	8.7	9.5	+2.3
Prestations de sécurité sociale	2.5	3.8	4.4	5.2	6.5	7.1	7.8	8.7	+2.2
Autres dépenses publiques de santé	0.7	1.0	1.0	1.0	0.8	0.8	0.8	0.8	+0.1

Source : Rapport annuel du CEV, mai 2005

Sur l'ensemble de la période de projection (2004-2030), les dépenses totales de santé passent de 9,7% du PIB en 2004 à 12,8% du PIB en 2030, soit un accroissement de 3,2%

<sup>13</sup> A l'annexe 1 se trouvent les dépenses totales, en taux de croissance, sur les mêmes périodes.

du PIB. Les dépenses publiques totales de santé passent de 7,2% du PIB en 2004 à 9,5% du PIB en 2030, soit un accroissement de 2,3% du PIB.

Ce coût budgétaire du vieillissement en termes de dépenses publiques de soins de santé sur la période 2004-2030 (2,3% du PIB) contribue à la formation du coût budgétaire global du vieillissement (3,6% du PIB), conjointement aux dépenses de pensions (3,1% du PIB) et déduction faite des dépenses sociales qui seraient en baisse (-1,7% du PIB)<sup>14</sup>. Compte tenu de la baisse attendue des charges d'intérêt à l'horizon 2030 et dans un scénario où les surplus budgétaires programmés pour le moyen terme seraient atteints (1,5% du PIB au début de la prochaine décennie), le financement des accroissements de dépenses publiques de soins de santé projetés serait assuré sans recourir à un relèvement des prélèvements obligatoires.

***III.4. Offrir des soins au meilleur rapport coûts-bénéfices possible, grâce, en particulier, à une évaluation de l'apport effectif pour la santé des médicaments, procédures ou modes de prise en charge, et à un financement fondé sur l'activité et les besoins réels.***

Le rendement n'est pas un critère qui est systématiquement utilisé en Belgique pour les décisions sur le plan des soins de santé. Jusqu'à présent, des évaluations du rendement sont utilisées dans l'évaluation des médicaments et la technologie de la santé.

Dans les années écoulées, le financement des hôpitaux, à l'exception des honoraires des médecins, a été réformé vers davantage de financement basé sur le DRG. D'autres réformes vers un financement plus prospectif sont prévues: financement prospectif des médicaments hospitaliers et enveloppes prospectives pour honoraires de médecins pour procédures standard (chirurgicales).

Certains systèmes de financement pour par ex. des prothèses dentaires, matériel stoma, sang, appareils auditifs, centres de réhabilitation, ... sont actuellement évalués.

***III.5. Améliorer l'efficacité du système, grâce, notamment, à la décentralisation, à la responsabilisation et à l'implication des différents acteurs (autorités publiques locales et régionales, institutions de sécurité sociale et autres financeurs, professions de santé et hôpitaux, patients) dans la gestion des ressources et de l'offre de soins.***

En vue d'assurer la viabilité financière, une norme de croissance des dépenses en matière de soins de santé a été fixée. Elle s'élève en 2005 à 4,5% hors inflation.

En matière de responsabilisation, nous distinguons :

a) La responsabilisation des dispensateurs de soins

En 2003, une réforme a introduit le principe selon lequel des prestations de santé doivent être évalués sur la base d'indicateurs. Les dispensateurs qui s'écartent des normes de bonne pratique sans justification probante feront l'objet d'un monitoring et le cas échéant de sanctions. La même année, un mécanisme a été prévu selon

---

<sup>14</sup> Comité d'Etude sur le Vieillissement, Rapport annuel, mai 2005

lequel une augmentation globale des honoraires des médecins est assurée s'il est constaté que les objectifs sont atteints (prescription judicieuse des médicaments).

b) La responsabilisation des organismes assureurs

Un mécanisme de responsabilité financière des organismes assureurs a été instauré. Il s'articule autour des deux principes suivants :

- 1°) Le profil de risque des affiliés est pris en compte dans la répartition d'une partie (30 %) des ressources financières des organismes assureurs.
- 2°) Pour inciter les mutuelles à mieux contrôler les dépenses de leurs affiliés, une partie (25%) de leur quotité budgétaire est responsabilisée : en cas de mali, les mutuelles doivent puiser dans leur Fonds spécial de réserve les moyens financiers nécessaires ; à l'inverse, les bonis éventuels alimentent ce Fonds spécial de réserve. Une loi prévoit que ce Fonds spécial de réserve doit être maintenu à un niveau suffisant par chaque organisme assureur (en demandant si nécessaire à leurs membres des cotisations supplémentaires).

c) La responsabilisation des patients

L'efficience du système doit passer également par une responsabilisation accrue des patients qui vise à les inciter à suivre des « trajets de soins préférentiels » dans lesquels le médecin généraliste joue un rôle central. Le gouvernement a décidé d'introduire une modulation des tickets modérateurs pour la consultation chez certains spécialistes, selon que le patient respecte ou non le trajet de soins le plus approprié.

Il est tout aussi important de veiller au développement d'une prévention et d'une sensibilisation accrue des patients à l'égard des enjeux économiques et sanitaires et de l'évolution de notre système de soins de santé.

## **ANNEXE 1 : Dépenses de santé en taux de croissance**

Tableau 1 : Dépenses *totales* (publiques et privées) de santé (en taux de croissance annuel moyen)

	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2003	2004-2009	2010-2030	2004-2030
Dépenses totales	7.0	3.1	4.1	4.7	4.0	2.9	3.1
- dont tendance lourde	6.3	2.5	3.3	3.7	-	2.0	-
- dont effet démographique	0.6	0.6	0.8	0.9	-	0.8	-
- vieillissement	0.4	0.5	0.5	0.5	-	0.7	-
- volume population	0.2	0.1	0.3	0.4	-	0.2	-

Le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales sur cette période (2004-2030) est de 3,1%. Sur la période de projection de long terme (2010-2030), le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales de santé est de 2,9%; le taux de croissance annuel moyen de ces dépenses dû à la “tendance lourde” est de 2,0% et celui dû aux facteurs démographiques est de 0,8% (0,7% dû au facteur “vieillissement” et 0,2% dû au facteur “volume de la population”). L’effet de la tendance lourde, qui comprend notamment le progrès technique, est donc le facteur explicatif dominant de l’accroissement des dépenses sur la période de projection.

Tableau 2 : Dépenses *publiques* de santé (en taux de croissance annuel moyen)

	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2003	2004-2009	2010-2030	2004-2030
Dépenses publiques totales	8.2	3.3	3.9	4.7	4.3	2.8	3.1
Prestations de sécurité sociale	8.2	3.6	4.2	4.5	5.7	2.9	3.5
Autres dépenses publiques de santé	8.2	2.3	3.0	5.4	-2.7	1.8	0.8

Le taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques totales sur l’ensemble de la période de projection (2004-2030) est de 3,1% pour un taux de croissance économique annuel moyen de 1,9%. Sur la période 2004-2009 (qui comprend la période prenant en compte les décisions politiques concrètes récentes), le taux de croissance annuel moyen est de 4,3% pour un taux de croissance économique annuel moyen de 2,3%. Sur la période 2010-2030, le taux de croissance annuel moyen des dépenses est de 2,8% pour un taux de croissance économique annuel moyen de 1,8%.

## **ANNEXE 2 : Les Indicateurs en matière de santé en Belgique**

Un grand nombre d'indicateurs et de données statistiques et financières co-existent en Belgique pour le monitoring de la santé publique et des soins de santé. Ces indicateurs et données diverses fournissent de très nombreux et variés éléments d'informations qui contribuent à éclairer les discussions politiques belges en matière de politiques de santé.

### **1) Les Sources primaires**

Nous reprenons ci-dessous les principales sources contenant de nombreux indicateurs et données statistiques sur la santé. Insistons sur le fait que cette liste n'est pas exhaustive.

- L'Enquête santé

L'Enquête santé (ou « Health Interview Survey 2004 ») est réalisée par l'IPH (Institute of Public Health, Institut scientifique de Santé Publique).

Cette enquête belge distingue des indicateurs sur les thèmes suivants : Health status, Health behaviours, Prevention, Health consumption, Health and Society, health of the elderly ;

- L'ECHP / EU-SILC

L'ECHP (The European Community Household Panel) est une enquête européenne basée sur un questionnaire harmonisé, qui interroge annuellement un panel représentatif de ménages et d'individus dans chaque pays sur un large éventail de sujet. Cette enquête a été constituée de 8 vagues s'étalant sur la période 1994-2001.

Depuis 2003, ECHP est remplacée par EU-SILC ( Community Statistics on Income and Living Conditions).

- Diverses données administratives :

- sur l'offre de soins : nombre de lits, de maisons de repos, nombre de médecins, d'infirmiers, etc... ;
- sur les dépenses et sur l'utilisation des infrastructures : dépenses par catégorie de soins, par établissement, nombre de consultations, etc... ;
- sur le comportement des prestataires de soins.

Parmi ce genre de données, citons par exemple :

- En matière de consommation de médicaments, *Pharmanet* est un système automatisé de collecte de données. Les données collectées ne se rapportent qu'aux médicaments remboursables prescrits en ambulatoire aux patients non hospitalisés. En outre, ne sont pris en compte que les médicaments effectivement délivrés par un pharmacien d'officine et qui ont bénéficié d'un remboursement.

- En matière de comparaisons hospitalières, le concept du "minimum basic data set" est largement utilisé. Citons, entre autre, des indicateurs tels que le **RCM** (résumé clinique minimum) et le **RFM** (résumé financier minimum).
  - Enfin, les données de L'Agence Intermutualiste (AIM). L'AIM regroupe les unions nationales des organismes assureurs. Ces derniers lui fournissent diverses données relatives à leurs membres, dans le cadre de l'exécution de leur mission légale en rapport avec l'assurance maladie obligatoire. Citons, entre autre, des données relatives aux remboursements des frais médicaux et à l'incapacité de travail ou à l'invalidité ainsi qu'aux indemnités pour cause de maternité. L'AIM a pour objectif de rassembler et d'analyser ces données en provenance des différentes unions nationales, sous leur propre initiative et dans le cadre de missions spécifiques commanditées entre autres par l'Etat.
- Autres sources :

Des études plus ponctuelles peuvent compléter ces sources : études épidémiologiques, études sur les méthodes et traitements utilisés (efficacité, coût), etc...

Rappelons également, comme déjà mentionné dans les réponses II.1. et III.2., qu'un « *Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé* » (KCE) a été créé en 2002. Ce centre a pour mission de produire des rapports d'étude aidant les responsables à prendre les décisions qui conduisent à l'allocation la plus efficace des moyens disponibles dans la dispensation des soins de façon à garantir la plus grande accessibilité à tous les usagers et à préserver le plus haut niveau de santé. Le KCE a plusieurs projets dans le domaine des bonnes pratiques médicales (good medical practices), dont le développement de directives pratiques "evidence-based", dans le domaine de l'évaluation de la technologie médicale (health technology assessment), dans le domaine de la recherche en services de santé (health services research) et dans le domaine de l'équité (equity), où sont évalués, entre autres, les conséquences de la demande de 'suppléments' dans les hôpitaux et le fonctionnement du 'MàF'. Le KCE a également de premiers projets en cours pour le développement d'indicateurs de la qualité des soins sur la base des données enregistrées dans les hôpitaux.

## **2) Deux exemples d'analyse secondaire : le CEV et le PAN inclusion sociale**

Parmi les documents qui contiennent des indicateurs en matière de soins de santé, figurent notamment : le rapport annuel du Comité d'Etude sur le Vieillissement (CEV) et le PAN inclusion sociale. Nous présentons ci-dessous quelques-unes des principales informations contenues dans les derniers rapports du CEV (rapport annuel d'avril 2004) et du PAN inclusion sociale (rapport 2003-2005).

### **2.1. Le Rapport annuel 2004 du Comité d'Etude sur le Vieillissement (CEV)**

Vu le poids des dépenses de soins de santé sur le coût futur du vieillissement, le CEV a pris l'initiative de consacrer une large part de ses travaux à l'évolution, passée et future, des dépenses de santé.

### A) L'évolution des dépenses de santé sur le passé

Au cours des cinquante dernières années, les dépenses totales de soins de santé ont augmenté plus rapidement que le PIB tant en Belgique que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Cette progression est attribuable d'une part à des évolutions sociologiques: l'aspiration des populations à un mieux-être physique et la banalisation progressive du recours aux actes médicaux, et d'autre part à des évolutions techniques: le progrès des techniques médicales. Ces évolutions se traduisent par et interagissent avec une politique de développement d'une assurance sociale correspondante qui garantisse un accès équitable aux soins de santé.

Les comparaisons internationales indiquent une bonne corrélation entre le niveau de vie général (mesuré par le PIB/tête) et les dépenses totales publiques et privées de soins de santé par tête, malgré la diversité du degré d'intervention publique dans ces dépenses. Cette corrélation semble confirmer l'existence d'un lien très fort entre la progression du niveau de vie et la place des soins de santé dans les dépenses de consommation (publiques et privées): le développement économique semble conférer progressivement aux soins de santé un statut de "bien" (ou service) de base. La corrélation, établie sur base d'une comparaison internationale, est en général confirmée lorsque l'on examine l'évolution dans le temps de ces mêmes variables dans chaque économie séparément. C'est notamment le cas de la Belgique.

A noter que la comparaison internationale montre que la consommation totale de soins de santé en Belgique apparaît comme "normale" compte tenu du niveau de vie atteint dans notre pays. Sur base des quelques indicateurs disponibles, cette comparaison suggère également que le système belge de soins de santé présente un très bon rapport "qualité/prix", bien meilleur qu'aux Etats-Unis par exemple. Les dépenses totales de soins de santé de la Belgique sont passées de 4,7 % à 8,8 % du PIB entre 1970 et 2001, ce qui correspond presque exactement à la moyenne européenne. Sur cette période, la moyenne à l'échelle internationale montre une évolution de ces dépenses dans le PIB légèrement plus rapide et un niveau plus important : elles sont passées de 5,9 % à 10,9 %; ce niveau est toutefois fortement influencé par la part très supérieure des Etats-Unis.

Dans l'après-guerre, la croissance du poids des dépenses de soins de santé dans le PIB s'est accompagnée, dans le cas de la Belgique comme dans beaucoup d'autres économies, d'une croissance de la part publique de ces dépenses. En Belgique, les dépenses publiques de soins de santé sont passées de 3,1 % du PIB à 6,6 % du PIB entre 1970 et 2001. L'évolution et le niveau de ces dépenses sont comparables à ceux de la moyenne européenne (4 % à 6,7 % du PIB) et à ceux de la moyenne internationale (3,1 % à 6,4 % du PIB).

Cette évolution est le résultat de la mise en place d'une assurance-maladie obligatoire, puis de son extension pratiquement continue en termes de population assurée, de l'éventail des actes couverts et du pourcentage de dépenses pris en charge, notamment pour certains actes particulièrement importants et pour certaines catégories de bénéficiaires à faible revenu. Cette évolution est encore très perceptible entre 1970 et 1980: en Belgique, alors que les dépenses totales de santé passent de 4,7 % à 6,4 % du PIB, la part des dépenses publiques passe de 66,1 à 73,1 % des dépenses totales.

Depuis 1980, cette tendance s'est fortement ralentie. Ainsi, en Belgique, bien que le poids des dépenses totales progresse encore fortement, passant de 6,4 % à 8,9 % du PIB en 2002 - la part des dépenses publiques passe de 73,1 % à 74,6 %.

Ce ralentissement ne s'explique pas seulement par un effet de saturation. A partir des années 80, le gouvernement a dû réagir face au problème des déficits publics et de la dette publique croissante. Le gouvernement a ainsi entamé une politique d'assainissement budgétaire des dépenses publiques auquel le secteur des soins de santé n'a pas échappé. Des mesures restrictives ont ainsi été prises au niveau des honoraires, des médicaments et des hôpitaux. Au niveau des hôpitaux par exemple, le gouvernement a entamé une politique d'envergure de réduction du nombre de lits. Cette politique d'assainissement budgétaire se poursuit dans les années 90, notamment en vue de respecter les critères de Maastricht et ensuite du Pacte de stabilité. Elle prend notamment la forme de normes de croissance budgétaire, qui cependant ne sont pas censées brider les dépenses exceptionnelles ou les nouvelles initiatives.

Cette politique d'assainissement budgétaire a contribué à freiner la croissance de la part publique des dépenses de soins de santé. Son impact sur la dynamique de la consommation totale de soins de santé est plus incertain. Il semble bien que les mesures d'assainissement n'ont la plupart du temps pas d'effet de court terme sur les dépenses totales de soins de santé, dans la mesure où les fluctuations de court terme des dépenses publiques de soins de santé sont compensées par des fluctuations en sens inverse des dépenses privées.

Par contre, ces politiques d'assainissement budgétaire constituent sans doute un des canaux par lesquels les fluctuations de la croissance économique se transmettent, à moyen-long terme, sur cette dynamique de consommation totale de soins de santé.

Si une sorte d'effet de saturation ne peut être ignoré - une croissance indéfinie du poids des dépenses totales de soins de santé dans le PIB étant impossible - les fluctuations de la croissance économique se répercutent bien - avec retard - sur la croissance des dépenses totales de soins de santé.

Bien évidemment, l'état de santé de la population constitue un autre facteur qui influence la demande de soins de santé. On constate notamment, grâce à des données d'échantillon au niveau belge comme au niveau international, que les dépenses de santé augmentent avec l'âge. Autrement dit, les dépenses moyennes de santé des classes d'âges supérieures sont relativement plus élevées que les dépenses moyennes des autres classes d'âges.

#### B) L'évolution des dépenses de santé sur le futur

Le Bureau fédéral du plan a développé pour le CEV un modèle de projections à long terme des dépenses de santé. Ce modèle prend en compte les effets démographiques qui sont la taille de la population et le vieillissement de celle-ci.

En effet, le vieillissement démographique en cours - qui s'accroîtra au cours des deux prochaines décennies - est un élément que toute projection des dépenses futures de soins de santé doit prendre en compte. Cela dit, la corrélation entre âge et niveau de dépenses est sans doute appelée à évoluer dans le temps, notamment compte tenu de l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé. Cependant, vu la fragilité des hypothèses que l'on

pourrait formuler à cet égard, les projections réalisées ici supposent que le profil des dépenses en fonction de l'âge reste inchangé.

Par ailleurs, le modèle de long terme (les dernières sont pour la période 2009-2030) prend en compte - par une approche économétrique - l'impact de l'évolution du niveau de vie, captée par la croissance du PIB par tête - dont les fluctuations interviennent avec retard.

Le modèle des projections à moyen terme (2003-2008) considère les mêmes déterminants de croissance mais il tient également compte pour une période de 4 années, à savoir la période 2003-2007, des mesures politiques concrètes récentes. Les dépenses totales de santé passent de 4,7 % du PIB en 1970 à 8,9 % en 2002 à 12,5 % en 2030. Les dépenses publiques de santé passent de 3,1 % du PIB en 1970 à 6,6 % en 2002 et à 9,3 % en 2030.

Les dépenses de santé, notamment publiques, ont une spécificité par rapport à la plupart des autres dépenses sociales : elles génèrent directement de l'activité économique. D'une part, elles correspondent en effet à des dépenses de consommation qui constituent une composante importante du PIB; d'autre part, ces dépenses ont un très haut contenu en valeur ajoutée et en emploi, qui se concentrent dans la branche d'activité "santé et action sociale".

En effet, la production de la branche d'activité "santé et action sociale" est quasi exclusivement articulée sur la demande intérieure et est peu ouverte au commerce extérieur: les exportations et les importations sont négligeables. De plus, cette branche consomme relativement peu d'inputs intermédiaires et livre peu d'inputs intermédiaires aux autres branches.

Le poids économique de la branche d'activité "santé et action sociale" est en progression depuis plusieurs décennies. La part de cette branche dans le PIB est passée de 4,1 % en 1975 à 7,3 % en 2002 et atteindrait 8 % du PIB en 2008.

En termes d'emploi, le poids de la branche d'activité "santé et action sociale" s'est accru encore plus nettement. Entre 1975 et 2002, la part de l'emploi de la branche "santé et action sociale" dans l'emploi total de l'ensemble de l'économie est passée de 3,6 % à 9,8 %, soit plus d'un doublement. La création nette d'emplois dans cette branche d'activité (270 000 unités) représente plus de 74,5 % de la création totale d'emplois dans l'économie pendant la même période (361 000 unités). A l'horizon 2008, l'emploi dans cette branche atteindrait 11,4 % de l'emploi total.

## **2.2. Le PAN inclusion sociale 2003-2005**

Les indicateurs présentés dans le PAN inclusion sociale 2003-2005 en matière de santé sont regroupés en 3 catégories : les indicateurs sur l'état de santé, les indicateurs sur les facteurs de risque et les indicateurs sur l'accès aux soins.

Pour chacune de ces catégories, nous mentionnons ci-dessous les principaux indicateurs et leurs résultats marquants.

### a) Les indicateurs sur l'Etat de santé :

Divers indicateurs révèlent que les personnes ayant une faible position sociale (niveau de formation, condition professionnelle, niveau des revenus) sont souvent en plus mauvaise santé que les personnes qui occupent une position plus élevée sur l'échelle sociale.

Un nouvel indicateur important à ce sujet est celui concernant l'espérance de vie et l'espérance en matière de santé selon le niveau de formation. Une analyse de diverses données recueillies entre 1991 et 1997 permet de conclure qu'en Belgique, les personnes ayant un faible niveau de formation (pas de diplôme ou uniquement de l'enseignement primaire) non seulement vivent moins longtemps (femmes: 2,8 ans; hommes 5,2 ans) mais vivent également moins longtemps en ce qu'elles considèrent une bonne santé (femmes 14,5 ans; hommes 15,5 ans) que les personnes hautement qualifiées (diplôme de l'enseignement supérieur).

Les chiffres en matière de mortalité infantile selon la catégorie socioprofessionnelle du père indiquent un lien inverse entre les deux variables: moins la catégorie socioprofessionnelle du père est élevée, plus la mortalité infantile est forte.

En 2001, le pourcentage de la population qui s'estimait en mauvaise ou en très mauvaise santé atteignait 3% dans le quintile de revenus supérieur, contre 9% dans le quintile inférieur.

En ce qui concerne la santé psychique, une dépression a été constatée lors de l'enquête de santé auprès de 9% de la population âgée de 15 ans et plus. Les dépressions sont sensiblement plus fréquentes dans le quintile de revenus inférieur: 12 % contre 5,5 % dans le quintile de revenus supérieur. Comparée à d'autres groupes, l'incidence est plus forte auprès des chômeurs (22%) et des personnes malades et invalides (40%).

Parmi la population belge âgée de 16 ans et plus, 6% sont fortement gênés dans leurs activités quotidiennes en raison d'une maladie, d'affections ou d'un handicap. Une nette différence peut être constatée selon le niveau de revenus: 10% de la population ayant un risque de pauvreté est confrontée à une telle gêne, contre 5% dans le reste de la population.

Il existe une relation bien établie entre la pauvreté et l'incidence de la tuberculose. Le risque d'être contaminé par la tuberculose et de développer la tuberculose active est effectivement lié à la sous-alimentation, au surpeuplement des habitations, au renouvellement insuffisant de l'air et aux mauvais équipements sanitaires. La pauvreté peut également entraver un traitement effectif efficace de la maladie (manque d'accès à l'information et au traitement.). Sur le plan de l'espace, il existe également une corrélation avec l'urbanisation. L'incidence se concentre dans les groupes à risques spécifiques, notamment les demandeurs d'asile et les sans-abri. En 2002, on a constaté en Belgique 12,7 cas de tuberculose pour 100.000 habitants. Si cette proportion n'est que de 6,8 cas sur 100.000 parmi les Belges, elle est de 78,1 pour 100.000 parmi les non-Belges. L'incidence est surtout concentrée dans les grandes villes telles que Bruxelles, Liège et Anvers.

### b) Les indicateurs sur les facteurs de risque

Les différences de styles de vie et d'habitudes alimentaires permettent d'expliquer en partie les différences constatées au niveau de l'état de santé selon la position socioéconomique. Des études épidémiologiques montrent que l'obésité accroît la

morbidité et la mortalité. *L'enquête santé* (2001) révèle un lien entre l'obésité (Indice de Masse Corporelle égal ou supérieur à 30) auprès de la population âgée de 18 ans et plus et le niveau de formation (18% de la population à faible niveau de formation est obèse contre 6% de la population ayant un niveau de formation élevé). Le tabac est également un important facteur à risques. La même enquête santé fait apparaître que le pourcentage de gros fumeurs (20 cigarettes ou plus par jour) est également différent selon le niveau de formation (11% pour les personnes peu ou faiblement qualifiées contre 7% pour les personnes hautement qualifiées).

### c) Les indicateurs sur l'accès aux soins de santé

Un autre facteur permettant d'expliquer les différences en matière de santé est l'accès inégal aux soins.

D'autres chiffres de l'enquête santé montrent clairement que le dépistage du cancer chez les femmes (mammographie, dépistage du cancer du col de l'utérus) suit un gradient socioéconomique. A l'époque de l'enquête santé en 2001, 56% des femmes ayant un faible niveau de formation n'avaient pas subi au cours des trois dernières années un frottis du col de l'utérus, contre 27% dans la catégorie d'un niveau de formation supérieur (les frottis sont considérés comme un test efficace et la fréquence recommandée est de les effectuer tous les trois ans).

En Belgique, presque tout le monde est assuré pour les soins de santé (taux de couverture supérieur à 99 %) et des efforts particuliers ont été consentis pour améliorer le remboursement en faveur des groupes défavorisés, entre autres par le système de l'intervention majorée et du maximum à facturer en matière de santé. Nous devons toutefois constater que 10% de la population vit en 2001 dans des ménages où, durant l'année écoulée, une ou plusieurs personnes ont dû reporter ou annuler les soins de santé pour des raisons financières. Les différences en fonction des revenus sont relativement grandes: le pourcentage s'élève à 28% auprès de la population exposée au risque de pauvreté contre 3% auprès de la population du quintile de revenus supérieur. Les chômeurs (20%) et les personnes malades et handicapées (33%) sont également des catégories à risque.

### Remarque :

Que ce soit pour les indicateurs sur l'état de santé, sur les facteurs de risque ou sur l'accès aux soins, ceux-ci n'intègrent naturellement pas encore les mesures récentes en matière de soins de santé (par exemple, les diverses mesures récentes mentionnées à la réponse I.1). On peut espérer que ces mesures influenceront de manière favorable l'évolution de ces indicateurs.