

L'assurance soins de santé et les barrières conduisant au non-accès aux droits

Prof. Daniel DUMONT
Université libre de Bruxelles
Centre de droit public

INTRODUCTION

Présentation de l'assurance soins de santé, à la recherche des barrières conduisant au non-accès aux droits

Hypothèses à vérifier

Limite importante : impasse sur l'aide médicale urgente en CPAS à destination des étrangers en séjour irrégulier

* * *

- I. Eléments de contextualisation générale
- II. Les bénéficiaires
- III. Les conditions d'octroi
- IV. Les prestations

I. VUE D'ENSEMBLE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE

Dépenses de santé en Belgique = 10,5 % du PIB (dont les 8/10^{ème} sont pris en charge par les pouvoirs publics)

Un système unique englobant toute la population, sans distinction entre les catégories socio-professionnelles

Les organismes compétents

Une institution publique de sécurité sociale en charge de la supervision du secteur : l'INAMI

Des organismes assureurs en charge du remboursement des dépenses médicales : cinq mutualités privées + une caisse publique, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI)

Le caractère libéral de l'organisation des soins de santé en Belgique : libre choix du prestataire de soins et liberté d'appréciation des prestataires de soins

II. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Une couverture quasi-universelle (approximativement 99% de la population depuis la fin des années 1990)

1. *Les titulaires*

Principales catégories :

a) Les travailleurs

- Les travailleurs salariés
- Les agents des services publics
- Les travailleurs indépendants
Suppression de la distinction entre « gros risques » et « petits risques » en 2008

b) Les bénéficiaires d'un revenu de remplacement

c) Les personnes handicapées

(...)

d) Les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques

Refonte du régime des personnes « non encore protégées » en 1998 (quasi-universalisation)

Cotisation trimestrielle dégressive en fonction du niveau de revenu

2. Les personnes à charge d'un titulaire

Personnes à charge = conjoint ou partenaire de vie, descendants âgés de moins de 25 ans et ascendants

Conditions (sauf pour les descendants) : ne pas disposer de revenus propres et partager la même résidence

* * *

Qui passe encore entre les mailles du filet ?

→ Vers un champ d'application fondé sur une simple condition de séjour ?

III. LES CONDITIONS D'OCTROI DES PRESTATIONS

Des conditions d'octroi (délibérément) très lâches

Plus d'exigence de stage d'attente

1. Etre affilié à un organisme assureur

Les titulaires doivent être affiliés à une mutualité ou inscrits à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité

→ Affilier d'office à la CAAMI les titulaires qui n'effectuent aucun choix ?

2. Disposer d'un « document de cotisation »

En pratique, l'assurabilité est établie automatiquement pour la très grande majorité des titulaires

→ Vers une suppression des dernières conditions de cotisation ?

IV. L'INTERVENTION DANS LE COÛT DES DÉPENSES DE SANTÉ

Arbitrage permanent à réaliser entre garantir l'accès aux soins et maîtriser les dépenses

Trois questions clés : quoi ? (objet de l'intervention), combien ? (hauteur de l'intervention), quand et comment ? (modalités de l'intervention)

1. *L'objet de l'intervention (quoi ?)*

La nomenclature des prestations de santé : énumération exhaustive de tous les actes (para)médicaux donnant lieu à une intervention

Détermination de la valeur relative des actes

Modifications très fréquentes, sur la base des propositions faites par les conseils techniques institués au sein de l'INAMI

2. *La hauteur de l'intervention (combien ?)*

a) La détermination du tarif officiel des prestations de santé

Accessibilité des soins (sécurité tarifaire) vs médecine libérale

Dans chaque profession (para)médicale, système de co-détermination, au sein d'une commission paritaire, de la valeur réelle des prestations servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance

Exemple des médecins

Négociation tous les deux ans d'un accord médico-mutualiste au sein de la Commission nationale médico-mutualiste entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les organismes assureurs

Présomption d'adhésion aux accords

→ Le problème du déconventionnement chez certaines catégories de spécialistes : information déficiente des patients et suppléments d'honoraires

b) L'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations

Les soins de santé ne sont pas gratuits

1° Le régime général

Un remboursement partiel, toujours calculé sur le tarif conventionnel des prestations : une quote-part personnelle est laissée à charge du patient (= ticket modérateur), à laquelle s'ajoutent les éventuels suppléments d'honoraire

2° Premier correctif : l'intervention majorée

Taux de remboursement plus élevé pour les bénéficiaires du statut BIM
Statut accordé automatiquement pour les bénéficiaires d'une prestation d'aide sociale (BIM avantage), sur demande pour les personnes éligibles en raison de leur niveau de revenus (BIM revenus)

→ Automatiser également le BIM revenus ?

3° Deuxième correctif : le maximum à facturer (MàF)

Plafonnement du montant annuel des tickets modérateurs, à un niveau fonction des revenus imposables du ménage

Application automatique

3. Les modalités de l'intervention (quand et comment ?)

a) Le principe : un remboursement *a posteriori* et à l'acte

- *A posteriori*

- A l'acte

b) Exception au principe du remboursement *a posteriori* : le système du tiers payant

Facturation de la part remboursée par l'assurance soins de santé directement à l'organisme assureur (e.a. pour les BIM qui se rendent chez le médecin généraliste)

→ Généraliser le tiers payant ?

c) Exception au principe du remboursement à l'acte : les enveloppes forfaitaires

L'exemple des maisons médicales au forfait

→ Etendre l'offre en maison médicale ?

EN GUISE DE CONCLUSION

Quels sont les principaux « nœuds » de la réglementation qui induisent du non-recours aux droits en matière de soins de santé ?

Quelques hypothèses conclusives :

- champ d'application personnel : l'empilement des catégories de bénéficiaires ;
- conditions d'octroi : l'absence d'inscription d'office à la CAAMI des bénéficiaires non affiliés à un organisme assureur et la survivance de conditions de cotisations pour certaines catégories de titulaires ;
- prestations : le phénomène du déconventionnement et la sous-utilisation du statut BIM