
Volume 2 - Numéro 2 / 2009 - Gros Plan Sur Un Pays : La Radiologie En Belgique

Le Système De Santé Belge

Auteur

Kristof Eeckloo

Centre des sciences hospitalières et infirmières

Université catholique de Louvain

Louvain, Belgique

kristof.eeckloo@med.kuleuven.be

La Belgique est un état fédéral, avec trois niveaux de gouvernement

: fédéral, régional et local (provinces et communes). Les régions sont au nombre de trois : la Wallonie, la Flandre et Bruxelles-Capitale, et comptent trois communautés

: les Communautés française, flamande et germanophone. Le système de santé belge est principalement organisé au niveau fédéral et au niveau régional.

Le gouvernement fédéral régit l'assurance maladie obligatoire, détermine les critères d'autorisation et de financement des établissements de santé, régule la qualification des professionnels de santé, ainsi que l'enregistrement et le contrôle du prix des médicaments. Les gouvernements régionaux sont responsables de la prévention et de la promotion de la santé, de la politique mère-enfant, des différents aspects des soins aux personnes âgées, de l'application des critères d'autorisation aux établissements de santé et du financement de l'infrastructure - dans le cadre des règles de base déterminées au niveau fédéral. En 2005, les dépenses totales de santé représentaient 9,7 % du produit intérieur brut. Le financement du secteur public s'élève à environ 70 % du total des dépenses de santé.

Les caractéristiques principales du système belge de santé sont :

- une assurance maladie obligatoire, gérée conjointement par les principaux acteurs du secteur (assureurs, prestataires de soins et autorités publiques) ;
- une conception libérale de la médecine (la majorité des prestataires sont indépendants et principalement payés à l'acte) ;
- une liberté pour les patients de choisir leur prestataire de soins et leur hôpital.

Dépenses De Santé et Financement

L'assurance maladie obligatoire est financée par les contributions des employeurs et des employés, ainsi que par la fiscalité. Elle s'adresse à toute la population et offre de nombreux avantages. Un organisme public, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI/RIZIV), est chargé de l'implémentation et du contrôle du programme d'assurance maladie obligatoire.

Tous les individus qui peuvent bénéficier d'une assurance maladie doivent s'enregistrer auprès d'un organisme de prise en charge : soit à l'une des six mutuelles privées sans but lucratif, soit au service régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI). Depuis 1995, les mutuelles belges sont financièrement responsables d'une petite proportion de la différence entre leurs dépenses effectives et les dépenses de santé dites normatives, à savoir celles ajustées au risque.

Les patients participent au financement des soins au travers d'une contribution personnelle à la fois fixe et variable, en pourcentage des frais globaux, la « co-assurance ». Pour les soins ambulatoires, les patients s'acquittent du coût total des prestations aux prestataires et sont ensuite remboursés par leur organisme de prise en charge. Pour les soins hospitaliers et les médicaments, il y a un système de tiers payant - l'organisme paie directement le prestataire, le patient n'ayant à sa charge que sa contribution personnelle.

Prestataires Et Soins

Au milieu des années 90, un système de planification de l'offre a été établi pour les prestataires de soins. Un mécanisme de quotas est appliqué à l'issue de la formation initiale, au moment de la demande de qualification pour les dentistes et les kinésithérapeutes, et au moment de la candidature à une certification pour les médecins, généralistes ou spécialistes.

Afin d'atteindre ces objectifs, les Communautés – responsables de l'enseignement - ont été invitées à limiter le nombre d'étudiants en médecine et en dentisterie. En 1997, la Communauté flamande a introduit un examen d'entrée pour limiter le nombre d'étudiants intégrant ses facultés de médecine. La Communauté française a choisi de limiter le nombre d'étudiants en médecine après la troisième année en se référant aux résultats des trois premières années.

Les soins ambulatoires belges sont surtout privés et la plupart des médecins travaillent en indépendants. Les spécialistes peuvent travailler en établissement (hôpitaux surtout) et/ou, pour les patients ambulatoires, dans des cabinets privés. Les généralistes travaillent en général dans des cabinets. Puisqu'il n'y a pas de passage obligatoire par le généraliste, chaque citoyen jouit d'un accès libre aux spécialistes et aux hôpitaux, y compris en tant que premier point de contact avec le système de santé.

Les soins hospitaliers sont prodigués par des hôpitaux publics ou privés sans but lucratif. La législation hospitalière et les mécanismes de financement sont les mêmes pour les deux secteurs. En 2005, il y avait en Belgique 215 hôpitaux dont 69 établissements psychiatriques. La caractéristique principale du financement hospitalier belge est la structure hybride de rémunération selon le type de service offert : les services d'hébergement (unités infirmières), les admissions en urgence (services d'urgences et de traumatologie), et les soins infirmiers dans les services de chirurgie sont financés par un système de budget prospectif en référence à des groupes homogènes de patients (Diagnosis related groups, DRGs). En revanche, les services médicaux et médico-techniques (consultations, laboratoires, imagerie médicale) et les activités paramédicales (kinésithérapie) sont financés en grande partie par un paiement à l'acte.

Les médicaments sont distribués exclusivement par les officines et les pharmacies hospitalières. Seuls les médecins, les dentistes et les sages-femmes peuvent les prescrire. À peu près 2500 produits pharmaceutiques figurent sur une liste ouvrant droit à un remboursement partiel ou total, le pourcentage de remboursement variant selon le service rendu du médicament.

Forces et Faiblesses, Réformes Récentes

La force globale du système de santé belge réside dans son accessibilité et sa prise en compte du patient. Ses inconvénients sont son coût et sa complexité. Bien que le système n'ait pas subi de réformes structurelles majeures depuis les années 80, différentes mesures ont été prises pour améliorer ses performances :

- la réforme du financement hospitalier ;
- le renforcement des soins primaires ;
- la restriction de l'offre médicale ;
- une plus grande responsabilisation des prestataires de soins et des organismes assurant la prise en charge ;
- une baisse des tarifs ;
- un poids accru de la qualité des soins, de l'équité, de la médecine basée sur la preuve, des technologies de santé, et du benchmarking avec ses évaluations économiques et ses conséquences financières.

Perspectives

Il convient de mentionner trois initiatives récentes : Jusqu'il y a peu, on différenciait un programme général d'assurance maladie et un programme spécifique pour les indépendants, ces derniers étant uniquement assurés pour les risques majeurs, et donc grosso modo pour les soins hospitaliers. Depuis janvier 2008, cette distinction a été abolie. La situation professionnelle n'est plus discriminante.

Une seconde réforme concerne l'introduction de la « facture maximale ». En Belgique, 5 % des patients consomment 61% des dépenses totales d'assurance maladie. Ces mêmes 5 % se voient aussi assumer 35 % du montant total des contributions personnelles. En cas de longue maladie ou de pathologie grave la charge financière peut être lourde. Il y a quelques années, un système de plafond de cotisation a été introduit pour résoudre ce problème. La réforme vise à limiter le coût de santé pour chaque famille à une somme maximum par an, variable avec les revenus de la famille. Presque 10 % des foyers sont concernés par cette réforme.

Une troisième réforme porte sur la politique du médicament. Pour promouvoir l'utilisation de médicaments génériques, des prix de référence ont été instaurés pour les produits possédant un équivalent générique. De plus, on a créé un remboursement forfaitaire des médicaments pour les patients hospitalisés. Enfin, le budget annuel brut les concernant est maintenant établi à l'issue de consultations avec l'industrie. Si le budget est dépassé, un mécanisme de compensation est déclenché et l'industrie pharmaceutique se doit de financer une partie du dépassement.

Deux jours de formation CNEH-SFR
pour améliorer
la **qualité, l'efficacité, et la sécurité**
de votre service d'imagerie



Formation **IMPACT** Un pacte pour l'imagerie



Published on : Sat, 1 Jan 2005