

15 juin 2012 -14:11

Appartient à [Conseil des ministres du 15 juin 2012](#)

Loi santé : trois nouvelles mesures pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé

Sur proposition de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Laurette Onkelinx, le Conseil des ministres a approuvé trois mesures importantes qui diminueront à terme la facture de soins en cas d'hospitalisation, celle des malades chroniques et des personnes disposant de faibles revenus.

Diminution de la facture des patients dans les hôpitaux : plus aucun supplément d'honoraire ne pourra être demandé pour les séjours en chambres communes et à deux lits

Une mesure importante avait déjà été prise en 2010 : l'interdiction, pour tous, des suppléments de chambre pour les séjours en chambre à 2 lits, y compris en hospitalisation de jour.

Mais, dans certains hôpitaux, des suppléments d'honoraires – pouvant aller jusqu'à 400% des tarifs INAMI ! - peuvent encore être réclamés dans ces chambres doubles, par les médecins non conventionnés. Certains en réclament même en chambre commune !

Dans certains hôpitaux : sur les 129 hôpitaux généraux et les 67 hôpitaux psychiatriques, il y aurait application de suppléments d'honoraires par des médecins non conventionnés :

- 12 d'entre eux demandent des suppléments en chambre commune : (10 hôpitaux généraux et 2 hôpitaux psychiatriques)
- 20 d'entre eux demandent des suppléments en chambre à deux lits (18 hôpitaux généraux et 2 hôpitaux psychiatriques).

Plus aucun médecin – qu'il soit conventionné ou non - ne puisse désormais réclamer de suppléments d'honoraires en chambre commune ou à deux lits. Cette mesure s'appliquera également aux hospitalisations de jour.

Les suppléments d'honoraires concernés sont les suppléments médicaux, en ce compris en biologie clinique et en imagerie médicale. Cette mesure est importante lorsque l'on sait que la proportion de médecins conventionnés est très faible dans certaines spécialités : 68% des dermatologues ne sont pas conventionnés, de même que 50% des gynécologues, 36% des orthopédistes ou 34% des radiologues. Cette interdiction entrera en vigueur le 1er janvier 2013.

Une base légale pour créer le statut de malade chronique

La création d'un statut de personne atteinte d'affection chronique est une mesure phare du Programme "Priorité aux Malades Chroniques !". En effet, le premier besoin qui avait été pointé de façon très claire par

les organisations de patients, c'est que la situation des personnes atteintes d'une affection chronique soit reconnue en tant que telle, avec ses spécificités. L'enjeu de ce statut n'est donc pas de "poser une étiquette" mais d'intégrer une fois pour toutes une réalité : les personnes atteintes d'une affection chronique ont des besoins spécifiques auquel il faut pouvoir répondre, de manière simple, rapide et efficace.

Qu'apportera ce nouveau statut ? Il permettra à ces patients de bénéficier automatiquement de certains droits, notamment pour les aider à faire face à leurs frais de soins de santé. Le modèle élaboré par l'INAMI - en collaboration avec les associations de patients, les organismes assureurs, et des services des SPF Santé Publique et Sécurité sociale - se base sur les dépenses en soins de santé répétées et ce, quelle que soit la pathologie chronique spécifique dont elles souffrent.

Ce modèle permettra donc de reconnaître les « personnes atteinte d'une maladie chronique », lorsqu'elles sont confrontées à des soins et à des dépenses répétées et importants.

Sur base du modèle proposé, les futurs bénéficiaires du statut seront :

- les patients ayant présenté des dépenses totales, couvertes partiellement ou intégralement par l'AMI, d'au moins 300 euros par trimestre, sur une période de 8 trimestres consécutifs ;
- les bénéficiaires du forfait malade chronique ;
- et les patients souffrant d'une maladie rare ou orpheline.

Actuellement, 250.000 ménages bénéficient du forfait malades chroniques et du MàF chronique. On s'attend à ce que 750.000 personnes puissent bénéficier de ce statut malade chronique.

L'INAMI travaille actuellement sur les conditions d'ouverture, de maintien et de retrait du statut. Ce statut devrait être mis en place en 2013.

Un premier droit pour les malades chroniques : ils ne devront plus avancer l'intégralité des frais médicaux

On applique donc ce que l'on appelle le système de tiers-payant. Cela signifie concrètement pour le malade chronique qu'il ne devra plus payer l'intégralité des frais de consultation chez son médecin par exemple, pour ensuite se les faire rembourser par sa mutuelle. L'attestation de soins sera directement envoyée à la mutuelle du patient qui lui, ne devra payer que sa quote-part personnelle.

L'INAMI travaille actuellement sur d'autres droits qui pourraient découler du statut malade chronique tels que par exemple l'intégration du MàF malades chroniques dans le statut, l'intégration de prestations spécifiques, de matériel médical ou encore de certains suppléments hospitaliers et médicaments non remboursés (ex. médicaments anti-douleur (s'il faut donner un exemple Dafalgan) dans les compteurs du MàF. Mais cette nouvelle disposition « tiers-payant obligatoire » ne concerne pas que les malades chroniques ! Comme prévu dans l'Accord de gouvernement "Le tiers payant sera également généralisé pour les groupes de patients les plus vulnérables". Ce système de tiers-payant obligatoire s'appliquera donc également aux bénéficiaires de l'intervention majorée : cela concerne 1,8 million de patients en Belgique, qui bénéficient du statut BIM.

Très concrètement :

- Chez le médecin, un patient BIM avec DMG paiera 1€ à son médecin pour la consultation en tiers-payant (et la mutualité 22,32€) tandis qu'un bénéficiaire ordinaire avec DMG paiera 23,32€ pour sa consultation et se fera rembourser 19,32€ par sa mutualité (=> coût personnel 4€) ;
- Chez le dentiste : un patient BIM paiera 0€ pour sa consultation en tiers-payant (et la mutualité 20,73€) tandis qu'un bénéficiaire ordinaire paiera 20,73€ pour se faire ensuite rembourser 15,72€ (=> cout personnel 5,01€).

L'INAMI travaille actuellement sur l'AR tiers-payant, ce qui permettrait, comme c'est prévu par la disposition d'avancer la date d'entrée en vigueur qui est actuellement prévue pour le 1er janvier 2014.

En ce qui concerne le tiers-payant, un projet d'arrêté royal a aussi été approuvé par le Conseil des ministres qui permettra toujours son application dans le coût des tensiomètres cliniquement validés et des prestations de diététique et de podologie.

Publié par SPF Chancellerie du Premier Ministre - Direction générale Communication externe

Service de presse de Mme Laurette Onkelinx, Vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales
Rue du Commerce 78-80
1040 Bruxelles
Belgique
+32 2 233 51 11
<http://www.laurette-onkelinx.be/>