

# Soins de santé en Belgique

Charleville-Mézières 15-03-2012



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Nelly AUDISTERE - MCPL

# La Sécurité sociale en Belgique

- **Un régime : le régime général**  
(jusqu'en 2008, une distinction était faite entre le régime général (pour les salariés, pensionnés salariés...) et le régime des indépendants.
- Les mutualités s'occupent de l'inscription des personnes pour la prise en charge par l'AO de leurs soins, paiement indemnités...



- Les organismes assureurs (mutualités) remboursent les prestations de santé pour le compte de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité) – paient les indemnités en cas de maladie des travailleurs : mission pour l'assurance obligatoire.



- Les organismes assureurs proposent, moyennant paiement d'une cotisation, des interventions en assurance complémentaire (remboursement total ou partiel de soins non pris en charge par l'assurance obligatoire, interventions supplémentaires pour des soins déjà pris en charge en partie par l'AO....)
- D'autres missions leur sont confiées comme l'information des membres sur des thèmes de santé...



# L'intervention majorée

- **Qu'est-ce que l'IM?**

Octroi d'une intervention plus importante dans le coût des prestations de santé.

Attribution d'avantages complémentaires liés au statut des bénéficiaires concernés



- Remboursement plus élevé pour certaines prestations.
- Quote-part personnelle réduite
  - en cas d'hospitalisation,
  - pour les médicaments remboursables



## Autres avantages

- Le droit au MAF social (sauf 2 exceptions)
- Le droit à l'application du tiers-payant
- Carte de réduction sur les transports en commun
- Droit au tarif téléphonique social
- Divers avantages locaux en fonction du domicile



# Deux Catégories !

1. Sur base d'un **avantage social**
2. Sur base d'une «**qualité**» ou «**indicateur**»

 3ème catégorie : OMNIO depuis le 1er avril 2007





- **DROIT PERSONNEL**

- ↪ **Droit acquis personnellement**

- **DROIT DERIVE**

- ↪ **Droit acquis en qualité de personne à charge (PAC)**

- **DROIT ETENDU**

- ↪ **Droit acquis en qualité de conjoint ou partenaire de vie, non repris comme PAC**



# Quelques notions : ménage IM

**Demandeur**

+

**ses PAC**

**+**

**Conjoint ou  
partenaire de  
vie**

+

**ses PAC**



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

## Bénéfice de l'IM sur base d'un «avantage» (= droit absolu)

- bénéficiaire du revenu d'intégration sociale ou de l'aide équivalente au revenu d'intégration sociale, (**sous condition de durée d'octroi RIS suffisantes !**)
- bénéficiaire de la garantie de revenus aux personnes âgées et/ou du revenu garanti aux personnes âgées,
- bénéficiaire d'une **allocation** aux personnes handicapées,
- enfant handicapé ayant une reconnaissance d'incapacité physique ou mentale de minimum 66% dans le cadre de la réglementation sur les allocations familiales majorées,
- mineur étranger non accompagné (MENA).



- l'IM est accordée:

- au **bénéficiaire** de l'avantage concerné,  
(titulaire ou personne à charge)
- à son **conjoint** ou **partenaire de vie**,
- et à leurs **personnes à charge** respectives.

**(c'est-à-dire : le ménage IM)**



**IM sur base d'un  
avantage social**



**Pas  
d'enquête/Revenus  
(= droit absolu)**



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

## Bénéfice de l'IM sur base d'une «qualité» ou d'un «indicateur»

- **V**eufs/veuves,
- **I**nvalides,
- **P**ensionnés,
- **O**rphelins (de père **et** de mère),
- Handicapés (reconnaissance mais pas allocation),
- Résidents âgés 65 ans minimum,
- Chômeurs de longue durée,  
**1 an minimum de chômage complet**
- Agents des services publics mis en disponibilité,
- Ménages monoparentaux,
- Bénéficiaires du fonds "Mazout".



IM sur base d'une qualité ou  
indicateur



Déclaration sur l'honneur IM

« **Enquête sur les revenus** »



# Récapitulatif

Deux possibilités pour obtenir l'IM :

## Sur base d'un avantage:

- GRAPA – RG
- RIS et équivalent
- Allocation Handicapé
- Reconnaissance AF+
- MENA

## Sur base d'une qualité:

- Veuf/veuve
- Invalide
- Pensionné
- Orphelin (père/mère)
- Fonctionnaire en disponibilité
- Handicapé
- Résident min. 65 ans
- Chômeur de longue durée
- Ménage monoparental
- Fonds "Mazout"





# Forfait Maladies chroniques

- Deux conditions :
  1. Tickets modérateurs (différence entre honoraire légal et remboursement AMI), plafond à atteindre deux années consécutives (année d'ouverture du droit et l'année précédente) :
    - 365 € pour les BIM
    - 450 € pour les non BIM
  2. Répondre à une situation de dépendance



# Forfait Maladies chroniques

- Les situations de dépendances :
  - Pathologie lourde en kinésithérapie reconnue depuis au moins 6 mois par le médecin-conseil de la mutualité
  - Bénéficiaire d'un forfait de soins pour des patients lourdement dépendant (fft B ou C) dans le cadre des soins infirmiers pendant au moins 3 mois
  - Être admis durant l'année en cours et l'année précédente, au moins 6 fois ou 120 j en hôpital général ou psychiatrique



# Forfait Maladies chroniques

- Bénéficiaire d'allocations familiales majorées pour enfants handicapés (reconnaissance selon une échelle officielle de diminution des capacités corporelles ou mentales soit selon une affection reprise dans une liste limitative)
- Obtenir 12 points sur l'échelle de dépendance du Service public fédéral de la SS pour l'attribution de l'intervention d'intégration aux personnes handicapées
- Obtenir 12 points sur l'échelle de dépendance du Service public fédéral de la SS pour l'attribution d'une aide aux personnes âgées handicapées
- Bénéficiaire d'une indemnité forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne



# Forfait Maladies chroniques

- Bénéficiaire d'une indemnité pour l'aide d'une tierce personne aux invalides avec charge de famille
- Bénéficiaire d'une majoration d'indemnités de maladie pour l'aide d'une tierce personne qui assimile le taux des indemnités des personnes isolées ou cohabitantes au taux des indemnités des personnes avec charge de famille



# Forfait Maladies chroniques

Le montant du forfait dépend du critère « médical »

## Forfaits de soins 2012

<b>Libellé</b>	<b>Montant (EUR)</b>
• Forfait soins à domicile B ou C	<b>576,10</b>
• Traitement de kinésithérapie pathologie lourde	<b>288,05</b>
• Allocations familiales majorées	<b>288,05</b>
• Allocation d'intégration pour handicapés catégorie III ou IV	<b>432,08</b>
• Aide aux personnes âgées II ou III ou IV	<b>432,08</b>
• Aide d'une tierce personne	<b>432,08</b>
• Aide d'une tierce personne Incapacité de travail/Invalidité	<b>432,08</b>
• Aide de tiers	<b>432,08</b>
• Hospitalisation de 120 jours (à partir du 19-12-2000)	<b>288,05</b>
• Six admissions en hôpital (à partir du 19-12-2000)	<b>288,05</b>



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

# Patients atteints de maladies chroniques

## Douleurs chroniques

- **Affections chroniques reconnues :**
  - cancers;
  - arthrose/arthrite chronique;
  - douleurs neurogènes ou neuropathiques, d'origine centrale ou périphérique (y compris sclérose en plaque);
  - douleurs vasculaires périphériques, douleurs post-chirurgicales (y compris membres fantômes);
  - fibromyalgie.



- L'intervention (reconnue gros risques) s'élève à 20 % du prix des analgésiques à base de paracétamol ou à base de l'association de paracétamol et codéine. (ex : dafalgan, algostase, panadol...)
- Le ticket modérateur (prix public – remboursement) que le patient paye directement au pharmacien est repris entièrement dans le compteur MAF.



## **Plaie chronique :**

- Ulcère artériel;
- Ulcère veineux;
- Ulcère diabétique;
- Ulcère de pression de stade II, III ou IV;
- Ulcère neuropathique (chez des patients non-diabétique);
- Ulcère des vascularites;
- Hydradénite suppurée;
- Plaie oncologique;
- Plaie post-chirurgicale;
- Plaie par brûlure;





- Intervention dans le coût des pansements actifs (liste officielle) + forfait de 21,05 euros/mois payé trimestriellement
- Tm repris dans le MAF



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

# Le diabète

- **convention de rééducation** : le patient est suivi par une équipe médicale dans un centre agréé pour l'autosurveillance du diabète à domicile. Le patient bénéficie du tiers payant pour les prestations de l'équipe médicale du centre et de matériel fourni par le centre.
- **trajet de soins diabète** : un contrat de suivi est passé entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Le patient bénéficie de remboursements pour certaines prestations et pour du matériel.
- **programme restreint éducation** : le suivi et l'éducation du patient sont pris en charge par le médecin généraliste seul. Le patient bénéficie de remboursement pour du matériel.
- **passport diabète** : un carnet de liaison pour un suivi avec le médecin généraliste et les autres intervenants. Le patient bénéficie de remboursements pour certaines prestations.



# Alimentation pour personne présentant une maladie monogénique héréditaire rare du métabolisme.

- Ces produits sont destinés à la consommation au domicile des bénéficiaires qui sont en rééducation pour leur maladie métabolique dans un centre spécialisé qui a conclu une convention avec l'INAMI
- Remboursement total de la facture mais **montant d'intervention limité par année civile**

**Montant maximum : année 2012 = 1.932,96 EUR**



# Le Maximum à Facturer (MAF)

- Permet de limiter le montant des TM à charge d'une personne et de sa famille.
- Deux types de situations MAF :
  - MAF selon le revenu de la famille
  - MAF selon la catégorie sociale (BIM)
- Pour obtenir un remboursement des TM, il faut tenir compte :
  - De la composition du ménage (officielle) au 1<sup>er</sup> janvier de l'année concernée (X)
  - Des revenus imposables du ménage (X-3 ans)
  - De la présence dans le ménage d'une personne qui est BIM



# MAF

La protection de base pour un ménage dans le maximum à facturer est le MAF revenus par lequel un plafond maximum de tickets modérateurs est déterminé en fonction des revenus du ménage.

## MAF SOCIAL :

- Au sein du ménage, certaines personnes avec IM (sauf exceptions) bénéficient d'une protection particulière, à savoir le maximum à facturer social. Cette protection se cumule avec le droit de base au MAF revenus.
- Pour ces personnes, le plafond de tickets modérateurs commun est fixé à 450 euros ou depuis le MAF 2009, à 350 euros si un des membres du ménage est considéré comme ayant des dépenses de soins chroniques.



# MAF

## Ménage MAF social

Ainsi, au sein du ménage MAF de fait, on peut rencontrer 3 situations :

- ménage MAF entièrement social (tous les membres du ménage bénéficient de l'IM) ;
- ménage MAF partiellement social (au moins un membre du ménage bénéficie de l'IM mais pas tous) ;
- ménage non social (aucun membre du ménage ne bénéficie de l'IM).

## Période de référence

- A noter : un seul jour de droit (effectif, maintien de droit, dérivé) à l'IM / Omnio pendant l'année MAF suffit.



# MAF

## MAF REVENUS :

- Après que la composition du ménage de fait soit réalisée, les tickets modérateurs des différents membres du ménage sont additionnés pour former le compteur familial.
- Une fois que le compteur familial atteint 450 euros (droit MAF potentiel) ou, à partir du MAF 2009, 350 euros si un des membres du ménage est considéré comme ayant des dépenses chroniques, une enquête sur les revenus est lancée afin de déterminer le droit MAF effectif du ménage.
- Les revenus pris en compte : année X-3



# MAF

- Tranches de revenus :

Revenus	Plafond de TM
Entre 0 et 17.039,73 EUR	450 EUR
Entre 17.039,74 et 26.195,40 EUR	650 EUR
Entre 26.195,41 et 35.351,10 EUR	1000 EUR
Entre 35.351,11 et 44.125,29 EUR	1400 EUR
Supérieurs à 44.125,30 EUR	1800 EUR





# MAF

- Les dépenses chroniques

A partir du MAF 2009, une protection complémentaire a été prévue dans la réglementation maximum à facturer pour les personnes avec des dépenses chroniques en soins de santé.

Cette protection consiste en une diminution du plafond des tickets modérateurs pour ces personnes et / ou leur ménage MAF.



# MAF

Une diminution du plafond des tickets modérateurs peut être appliquée à raison de 100 euros. Ceci vaut si un membre du ménage a des tickets modérateurs d'au moins 450 euros au cours des deux années MAF N-1 et N-2.

En conséquence, un plafond MAF de 450 euros devient 350; 650 devient 550 euros...



# MAF

- Les TM pris en compte :
  - Les Tm des consultations chez les médecins, dentiste et les prestations techniques, les prestations de soins infirmiers, kinésithérapeutes, soins dentaires...
  - L'imagerie médicale; radio et radiumthérapie
  - La physiothérapie, la biologie clinique, les prestations interventionnelles
  - La quote-part en cas d'hospitalisation (jusque 365 j en hôpital psychiatrique)
  - La quote-part pour les médicaments A, B, C et les préparations magistrales



# MAF

- La fourniture de corsets, lombostats, semelles, implants, prothèses, voiturettes, d'optique, ...
- La logopédie, la rééducation fonctionnelle
- Les soins de podologie et de diététicien
- La marge de délivrance et de sécurité pour les implants

NB : deux autres types MAF existent. Il s'agit de la protection des enfants de – 19 ans (Maf ind) et des enfants avec allocations familiales majorées.



# Le Forfait Incontinence

Quelles sont les conditions auxquelles un bénéficiaire doit répondre pour avoir droit aux forfaits pour matériel d'incontinence?



# Le Forfait Incontinence

1. Pour avoir droit à une intervention pour le matériel d'incontinence, le bénéficiaire doit, au cours des 12 mois qui précèdent la décision d'octroi de cette intervention:

- \* durant au moins quatre mois
- \* pouvoir prétendre à une prise en charge des soins infirmiers donnant lieu au paiement des forfaits B ou C;
- \* avoir un degré de 3 ou 4 pour le critère "incontinence";
- \* être à domicile



# Le Forfait Incontinence

2. Aucune intervention pour incontinence n'est accordée au bénéficiaire qui séjourne dans un établissement de soins le dernier jour de la période de quatre mois dont il est question dans la fiche précédente.
3. Pour avoir droit à ce forfait, l'intéressé doit être en vie le dernier jour de la période de référence (12 mois).



# Le Forfait Incontinence

## Forfait incontinence 2012

Forfait matériel d'incontinence	<b>473,33€</b>
---------------------------------	----------------



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



# Forfait incontinence urinaire incurable

Une nouvelle intervention forfaitaire est prévue pour les personnes qui souffrent d'une forme d'incontinence qui ne peut être traitée, mais qui ne rentreraient pas en ligne de compte pour le forfait incontinence pré-existant du point de vue du critère de dépendance (forfait B ou C).

## Les conditions d'octroi :

- Une attestation du médecin traitant accompagnée d'un formulaire officiel doivent être envoyés au médecin-conseil de la mutualité pour accord.



# Forfait incontinence urinaire incurable

- Lorsque le bénéficiaire séjourne dans une maison de repos, il ne peut bénéficier de ce forfait.
- Le bénéficiaire ne peut avoir bénéficié d'une intervention pour autosondage ou matériel d'incontinence visée à l'art. 27 de la nomenclature des prestations de santé.



# Forfait incontinence urinaire incurable

Montant octroyé :

- Le forfait est annuel et s'élève à 150 EUR (tarif au 28-11-2011, tarif indexable) – 154.49 euros en 2012.



# Coût de l'incontinence en maison de repos

- Il n'y a pas de forfait payable pour les patients incontinents qui résident en MR
- A partir du 01-01-2011 un premier avanant à la convention MRPA/MRS/CSJ – OA est entré en vigueur. Une ristourne de 0,30 euros sur le coût du matériel d'incontinence non remboursable est appliquée à la facture d'hébergement adressée aux bénéficiaires.
- Le principe : cette ristourne est déduite de la facture individuelle des résidents, et est facturée aux organismes assureurs en même temps que les forfaits de séjour.

Dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins où le coût du matériel d'incontinence est compris solidairement dans le prix de la journée d'hébergement



# Les soins palliatifs

- Une intervention forfaitaire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires est instaurée pour les patients palliatifs à domicile.

Remarque : cette intervention forfaitaire n'exclut pas l'intervention de l'assurance dans le remboursement des médicaments, du matériel de soins et des auxiliaires, quand celle-ci est prévue.



# Les soins palliatifs

L'instauration de cette intervention forfaitaire pour les patients palliatifs à domicile permet de réduire le désavantage financier pour les patients qui souhaitent finir leur vie à domicile par rapport aux patients qui sont pris en charge à l'hôpital.

Pour pouvoir prétendre au remboursement de l'intervention forfaitaire pour patients palliatifs à domicile des conditions sont à remplir :

- dans le chef du bénéficiaire de l'intervention
- sous la forme d'une procédure de notification au médecin-conseil à respecter par le médecin de famille



# Les soins palliatifs

Au sens de l'AR du 02-12-1999, pour répondre à la notion de « patients palliatifs » il faut répondre aux 7 conditions suivantes :

- souffrir d'une ou plusieurs affections irréversibles
- dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique
- chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable
- pour qui le pronostic de(s) affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 h et de moins de trois mois)
- ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long ; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés
- ayant l'intention de mourir à domicile
- répondant aux conditions reprises au formulaire intitulé « Avis médical pour l'intervention financière pour un patient bénéficiant de soins palliatifs à domicile »



# Les soins palliatifs

Sur le formulaire « Avis médical pour l'intervention financière pour un patient bénéficiant de soins palliatifs à domicile » 3 sous-conditions (assorties de sous –sous-conditions) sont prévues

- l'assistance et surveillance permanentes
- le besoin de médicaments, matériels, auxiliaires ou de soins psychosociaux
- surveillance ou soins quotidiens par un praticien de l'art infirmier

**Pour obtenir l'intervention forfaitaire il faut satisfaire à 2 de ces 3 sous- conditions**

**Montant** : 621,15 euros en 2012

possibilité d'octroyer deux fois le forfait à minimum 30 jours d'intervalle





# Les soins palliatifs

## Suppression du ticket modérateur

Les patients qui bénéficient du statut palliatif reçoivent aussi une dispense du ticket modérateur :

- pour les visites chez un médecin généraliste
- pour certaines prestations dans le secteur des soins à domicile
- et pour certaines prestations de kinésithérapie.



# Les soins palliatifs

- En maison de repos, la procédure de reconnaissance de l'état palliatif du résident est identique à celle prévue pour un patient à domicile : envoi d'un document complété par le médecin traitant
- Pas de forfait payé mais le ticket modérateur pour les visites du médecin traitant est supprimé
- Financement de personnel compétent en matière de soins palliatifs par l'INAMI pour le soutien aux soins des patients en phase terminale



# Soins palliatifs

- **Equipe d'accompagnement**

- Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins dispensés aux patients terminaux dont la maladie fatale ne réagit plus aux thérapies curatives.
- Ces patients ne doivent pas nécessairement résider à leur domicile, mais peuvent être hébergés dans la famille ou chez des amis, voire résider en M.R.P.A., M.R.S., M.S.P. ou I. H.P. Ils ne peuvent en aucun cas être hospitalisés
- Les équipes d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs sont constituées d'un médecin généraliste, de deux infirmiers et d'un employé administratif
- Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ont pour missions principales :
  - la concertation avec les dispensateurs de soins et les conseils sur tous les aspects des soins palliatifs
  - l'organisation et la coordination des soins palliatifs dans le cadre familial
  - le soutien psychologique et moral aux dispensateurs de soins
  - la dispensation de certains aspects des soins palliatifs



# Soins palliatifs

- Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs doivent communiquer régulièrement des données statistiques au service des soins de santé de l'INAMI.
- Elles sont tenues notamment de transmettre annuellement un rapport d'activité qui reprend pour sa partie statistique des données relatives aux bénéficiaires répondant aux conditions pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance.
- L'intervention de l'assurance consiste au remboursement d'un montant forfaitaire unique par bénéficiaire, propre à chaque équipe multidisciplinaire d'accompagnement de soins palliatifs.
- Ce montant forfaitaire peut être facturé par l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs au plus tard deux mois après le décès du bénéficiaire.
- Le montant forfaitaire unique couvre :
  - les interventions directes ou indirectes de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.
  - les frais de fonctionnement de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs.



# Le Dossier Médical Global (DMG)

- **Qu'est-ce qu'un dossier médical global ?**

Le DMG rassemble toutes les informations médicales concernant un patient. Le médecin désigné par le patient est responsable de la gestion de son dossier.

Le médecin de famille connaît bien ses patients , il est donc le mieux placé pour tenir à jour leur DMG et les conseiller si un suivi chez un spécialiste est nécessaire



# DMG

- Le DMG contribue à une meilleure organisation et à une meilleure qualité des soins de santé.

La communication entre les prestataires est améliorée et peut éviter de faire deux fois les mêmes examens sans nécessité.

Le patient a, tout comme son médecin de famille, une vision globale de tout ce qui a trait à sa santé



# DMG

- Pour confier la gestion du DMG à un médecin de famille, le patient doit le lui demander explicitement lors d'une consultation à son cabinet ou d'une visite à domicile.
- Le médecin note la demande et cette consultation dans le dossier.
- Pour la prestation "DMG", le patient paie **un montant unique de 28,57 euros par an** (montant au 1er janvier 2011). Ce montant est destiné à couvrir les frais administratifs de votre dossier. Le médecin indique cette prestation supplémentaire sur l'attestation qu'il remet à la fin de la consultation ou de la visite.



# DMG

- La mutualité **rembourse entièrement les 28,57 euros.** Une fois par an. Cette règle est également valable si le patient confie ensuite la gestion de son DMG à un autre médecin de famille.
- Dès l'instant où le médecin de famille accepte de gérer le DMG de son patient, celui-ci a droit à une **diminution de 30% sur le ticket modérateur** (quote-part) de ses consultations et/ou visites chez ce médecin de famille. Cette diminution vaut aussi pour d'autres médecins de famille ayant accès au dossier de ce patient.





# DMG

- Ces réductions du ticket modérateur valent jusqu'à la fin de la 2e année suivant la prestation d'ouverture du DMG (si vous ouvrez votre DMG en mai 2011, le droit à la réduction vaut jusqu'au 31 décembre 2013).
- La mutualité **enregistre la date de la demande** qui se trouve sur l'attestation de soins donnés.
- Si un patient a déjà un DMG, une prolongation administrative est possible pour autant qu'une consultation ou une visite du médecin gérant le DMG ait eu lieu cette année.  
Il est aussi possible que le médecin gérant le DMG atteste l'honoraire pour la gestion dossier une fois par année civile.
- Pour la prestation d'ouverture du DMG, le tiers payant est possible à la demande du patient.

