

# SIMPLIFICATION DES TICKETS MODÉRATEURS

## APPLICATION AUX CONSULTATIONS ET VISITES À DOMICILE DES MÉDECINS

### SYNTHÈSE





# SIMPLIFICATION DES TICKETS MODÉRATEURS

## APPLICATION AUX CONSULTATIONS ET VISITES À DOMICILE DES MÉDECINS

### SYNTHÈSE

MARIA-ISABEL FARFAN-PORTET, CARL DEVOS, STEPHAN DEVRIESE, IRINA CLEEMPUT, CARINE VAN DE VOORDE





## ■ PRÉFACE

L'assurance maladie obligatoire aura bientôt 50 ans en Belgique puisqu'elle a été mise en place par une loi de 1963. Dès le départ, cette loi avait prévu des tickets modérateurs qui, comme leur nom l'indique, visaient à maintenir la consommation de soins de santé dans des limites raisonnables. Les craintes étaient grandes en effet à l'époque que, si les soins devenaient entièrement gratuits, on assiste à une véritable gabegie.

Au cours de ces 50 ans d'histoire, la loi et ses arrêtés d'application ont beaucoup évolué, notamment en matière de tickets modérateurs et cela pour rencontrer de nouveaux objectifs qui n'étaient pas apparus clairement au départ, ou qui se sont imposés suite à des modifications du contexte socio-économique. A la longue, ces nouvelles règles ont rendu la situation tellement touffue et peu transparente que l'INAMI a demandé au KCE d'examiner comment on pourrait les simplifier.

Bien sûr, on ne peut pas simplifier n'importe comment. Derrière toutes les nouvelles règles, il y a des objectifs que ces règles traduisent et il n'appartient pas au KCE de décider lesquels de ces objectifs peuvent aujourd'hui être négligés ou ont pris moins d'importance. Le parti a donc été pris de simuler différentes simplifications possibles et de laisser les décideurs choisir entre elles.

Il apparaît qu'en tout état de cause, la matière restera complexe tant elle peut avoir des conséquences sur la redistribution des revenus et sur l'orientation des moyens vers les soins les plus efficaces et de la meilleure qualité. Aussi louable que soit l'objectif de simplification, ces autres enjeux n'en méritent pas moins d'être pris en compte. Notre intention est dès lors de revenir bientôt sur la question dans un rapport qui abordera le problème dans un contexte plus large.

Jean-Pierre CLOSON  
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS  
Directeur Général



## ■ SYNTHÈSE

### TABLE OF CONTENTS

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
1.1.	LA FAÇON DONT SONT RÉGLÉES LES CONTRIBUTIONS PERSONNELLES DES PATIENTS DANS LE CADRE DES CONTACTS MÉDECINS-PATIENTS AMBULATOIRES EST COMPLEXE.....	3
1.2.	SIMPLIFICATION DANS LES LIMITES DU SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE ACTUEL .....	4
<b>2.</b>	<b>UNE SUCCESSION DE MESURES AD HOC DEPUIS 1963 .....</b>	<b>4</b>
2.1.	LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE DU 9 AOÛT 1963 CONSTITUE LA BASE DU SYSTÈME ACTUEL.....	4
2.2.	RÉFORMES BUDGÉTAIRES .....	5
2.3.	DES INCITANTS FINANCIERS DÉTERMINENT LE COMPORTEMENT.....	6
<b>3.</b>	<b>OPTIONS STRATÉGIQUES POUR SIMPLIFIER LA STRUCTURE ACTUELLE DES TICKETS MODÉRATEURS DANS LE CADRE DES CONTACTS MÉDECINS-PATIENTS.....</b>	<b>7</b>
3.1.	IMPACT FINANCIER GLOBAL DE CHAQUE MESURE POUR L'INAMI ET LES PATIENTS.....	10
3.1.1.	Consultations des médecins généralistes.....	10
3.1.2.	Visites à domicile des médecins généralistes.....	11
3.1.3.	Consultations des spécialistes .....	11
3.2.	IMPACT FINANCIER DES RÉFORMES SUR CERTAINS GROUPES DE PATIENTS.....	11
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>	<b>13</b>
4.1.	ABSENCE D'APPROCHE COORDONNÉE .....	13
4.2.	UNE AUTRE EXPLICATION POSSIBLE DE LA COMPLEXITÉ .....	13
4.3.	TICKETS MODÉRATEURS EN MONTANT FIXE VERSUS EXPRIMÉS EN POURCENTAGE.....	13
4.4.	TRANSPARENCE .....	14



## 1. INTRODUCTION

### 1.1. La façon dont sont réglées les contributions personnelles des patients dans le cadre des contacts médecins-patients ambulatoires est complexe

Les patients belges qui ont recours aux soins de santé paient eux-mêmes une partie des frais. Ces contributions personnelles caractérisent notre assurance maladie. En règle générale, les frais sont répartis entre l'assurance maladie et le patient. Mais il existe des exceptions pour certains services ou pour des médicaments essentiels comme l'insuline, pour lesquelles aucune intervention financière du patient n'est demandée.

Il existe grosso modo **trois formes directes de contributions personnelles**.

Une **première** option est un **ticket modérateur sous la forme d'un montant fixe** : le patient paie un montant fixe pour une prestation et l'assurance maladie paie le montant restant.

Une **deuxième** possibilité est un **ticket modérateur sous forme de pourcentage du prix total** : le patient paie un pourcentage déterminé du prix d'une prestation et l'assurance maladie paie la partie restante.

**Un exemple.** Le 1er décembre 2011, l'honoraire pour la consultation d'un radiologue s'élevait à 29,51 euros. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) de l'assurance paient un ticket modérateur fixe de 2,50 euros et les patients 'ordinaires' un ticket modérateur égal à 40% du prix de la consultation.

Ces deux formes de contributions personnelles sont très courantes dans les systèmes européens de soins de santé.

Une **troisième** possibilité est une **formule de franchise** où le patient paie lui-même les coûts des soins jusqu'à un montant limité. Dans le cadre de l'assurance maladie belge, le maximum à facturer (MAF) peut être interprété comme étant une forme de franchise. Le MAF permet de rembourser à un ménage les tickets modérateurs dépassant un certain plafond. Le montant exact du plafond dépend du revenu du ménage.

**En plus des formes directes** de contributions personnelles, **les patients peuvent aussi prendre indirectement à leur compte une partie des coûts des soins**. Et ce, sous la forme de 'suppléments' – ce que les Américains appellent le 'balance billing' et les Français les 'dépassements'. Un supplément équivaut à la différence de prix entre le tarif officiel et le tarif que le prestataire de soins peut fixer lui-même. D'autre part, le patient prend en charge le supplément si le prix d'un médicament prescrit est supérieur au prix de référence. Il en va de même pour les soins qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire.

**La réglementation actuelle est complexe.** Il existe une grande variété de pourcentages et de montants fixes qui font office de ticket modérateur, surtout pour les prestations ambulatoires des médecins. Ce niveau de complexité élevé a conduit, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), les organismes assureurs, les patients ainsi que les prestataires de soins à souhaiter un aperçu à la fois clair et complet de la situation.

L'INAMI a demandé au KCE **d'élaborer des pistes de réflexion visant à simplifier le système actuel des tickets modérateurs et donc à améliorer la transparence**. Vu que la complexité est la plus élevée dans le secteur ambulatoire, la portée de l'étude du KCE se limite aux visites à domicile et consultations des médecins généralistes ainsi qu'aux consultations des spécialistes dans leur cabinet privé.

**L'objectif final consiste à déterminer l'impact financier d'une structure de tickets modérateurs simplifiée et ce, à la fois pour l'INAMI et pour les patients.**



## 1.2. Simplification dans les limites du système d'assurance maladie actuel

Pour garantir une certaine clarté et parce que la complexité se situe principalement au niveau des soins de santé ambulatoires, le rapport du KCE se limite aux consultations et visites à domicile des médecins généralistes ainsi qu'aux consultations des spécialistes dans leur cabinet privé.

La simplification est limitée. L'**analyse** ne part pas d'une feuille blanche mais est basée sur **quatre principes de base** du système belge d'assurance maladie, à savoir:

- ne pas remettre en question le système des tickets modérateurs ;
- maintenir les systèmes comme l'intervention majorée de l'assurance, qui limite les frais pour le patient lors de chaque contact avec le médecin ;
- ne pas remettre en question la nomenclature, le paiement des prestations et, de façon plus générale, du mode de rémunération des médecins ;
- prendre comme point de départ la réglementation en matière de tickets modérateurs de décembre 2011.

Les formes indirectes de répartition des coûts et la minorité de médecins généralistes payés per capita ne tombent pas sous le champ d'application de cette étude.

## 2. UNE SUCCESSION DE MESURES AD HOC DEPUIS 1963

### 2.1. La loi sur l'assurance maladie du 9 août 1963 constitue la base du système actuel

**Les fondements de la structure actuelle** des contributions personnelles des patients remontent à la **loi sur l'assurance maladie du 9 août 1963**. Cette loi de base a apporté plusieurs changements substantiels dans le système des soins de santé.

**Trois modifications sont particulièrement pertinentes** pour cette étude. Fondamentalement, ces modifications sont encore d'application aujourd'hui.

- **Tout d'abord**, la loi a prévu l'établissement d'une liste des procédures diagnostiques et thérapeutiques remboursables. Il s'agit de la '**nomenclature**'.
- **Ensuite**, des **commissions d'accords** ont été mises sur pied. Les **prestataires de soins et les organismes assureurs** fixent par ce biais des honoraires et des prix. Pour les médecins, la Commission nationale médico-mutualiste de l'INAMI négocie ces honoraires au niveau national. Ces honoraires s'appliquent aux médecins traitants, spécialistes hospitaliers et spécialistes qui disposent d'un cabinet privé. Les médecins peuvent choisir individuellement d'adhérer ou non à la convention. Ceux qui le font, et qui sont donc conventionnés, s'engagent à appliquer les accords tarifaires fixés dans la nomenclature. Dès lors, les patients de ces médecins bénéficient d'une sécurité tarifaire. Les médecins non conventionnés peuvent fixer librement leurs honoraires.





- **Enfin**, le législateur a créé en 1963 **une catégorie d'assurés qui profitent de l'intervention majorée**. Cette catégorie donne droit à un remboursement accru des soins de santé. En 1963, l'assurance maladie remboursait intégralement les frais de ces patients, alors qu'en principe les autres patients n'avaient droit qu'à un remboursement de 75%. Un segment vulnérable de la population a ainsi été exempté de contributions personnelles. **En 1965**, la loi sur l'assurance maladie **a toutefois prévu la possibilité de limiter la contribution personnelle du patient pour la population générale également**. Concrètement, cela signifie qu'en cas de hausse substantielle des tarifs, la transition d'un ticket modérateur exprimé en pourcentage vers un ticket modérateur fixe est possible. Cette possibilité a été exploitée pour la première fois en 2010. Cette année-là, l'assurance maladie a introduit un plafond de 15,50 euros pour les consultations des spécialistes.

## 2.2. Réformes budgétaires

**Jusqu'au début des années 1980**, peu de mesures ont été adoptées en vue de limiter l'utilisation des soins de santé au niveau de la demande. Suite à la crise économique et à l'augmentation des coûts liés aux soins de santé, la générosité de l'assurance maladie a diminué. Deux arrêtés royaux publiés le même jour au Moniteur (**AR du 23 mars 1982**) **ont étendu le ticket modérateur exprimé en pourcentage à la population vulnérable** :

- Tout d'abord, cette population vulnérable a été financièrement responsabilisée jusqu'à un maximum de 10% des honoraires pour les consultations et visites à domicile des médecins généralistes et de 15% des honoraires pour les consultations des spécialistes.
- Ensuite, la possibilité qui était offerte depuis 1965 de prélever un montant de ticket modérateur fixe par prestation pour la population générale, a été étendue au groupe vulnérable.

**Au début des années 1990**, un glissement d'environ **2% du budget des soins de santé vers les patients** s'est produit en raison d'une augmentation des tickets modérateurs :

- L'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI du 14 juillet 1994) a fixé le pourcentage du ticket modérateur pour la population générale à 25%, comme stipulé dans la loi de 1963, et pour les bénéficiaires de l'intervention majorée à 10% pour les consultations et visites à domicile des médecins généralistes et à 15% pour les consultations des spécialistes, comme stipulé dans l'AR du 23 mars 1982.
- L'article 37bis, par contre, a augmenté les tickets modérateurs exprimés en pourcentage pour la population générale. Un ticket modérateur de respectivement 30% et 35% a été appliqué aux consultations et visites à domicile des médecins généralistes. Un ticket modérateur de 40% a été appliqué aux consultations des spécialistes. Les patients qui bénéficient de l'intervention majorée ne sont pas concernés par l'article 37bis.

**En résumé**, nous pouvons affirmer que la législation prévoit pour les deux groupes de population la possibilité d'un ticket modérateur fixe et d'un ticket modérateur exprimé en pourcentage. Dans la pratique, la règle veut cependant que la population générale paie un ticket modérateur exprimé en pourcentage et que les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance paient un ticket modérateur sous la forme d'un montant fixe.



**Pour les patients** qui ont droit à un **remboursement préférentiel** des tickets modérateurs, l'article 37 de la loi SSI du 14 juillet 1994 détermine les pourcentages de ticket modérateur et l'AR du 23 mars 1982 le montant fixe du ticket modérateur. Dans la pratique, un montant fixe du ticket modérateur est d'application.

**Pour la population générale**, l'article 37bis de la loi SSI du 14 juillet 1994 détermine les pourcentages de ticket modérateur et l'article 37 le montant fixe maximum du ticket modérateur. Dans la pratique, les parts personnelles se présentent sous la forme de pourcentages de ticket modérateur.

### 2.3. Des incitants financiers déterminent le comportement

**Ces dix dernières années**, les pouvoirs politiques utilisent de plus en plus souvent des tickets modérateurs pour **influencer le comportement de consommation médicale**.

- Ainsi, des mesures ont explicitement été adoptées durant la période 2000-2011 pour décourager les visites à domicile et stimuler l'utilisation du dossier médical global (DMG). Les patients qui disposent d'un DMG paient un ticket modérateur fixe ou exprimé en pourcentage inférieur lorsqu'ils consultent le médecin généraliste qui détient leur DMG.
  - Les patients ont directement accès au spécialiste. Les autorités veulent aussi les encourager à consulter d'abord un médecin généraliste avant de s'adresser à un spécialiste. Pour cette raison, la loi prévoit **depuis 2007 une contribution personnelle inférieure** pour les personnes **qui s'adressent à un spécialiste sur recommandation du médecin traitant**. La portée de cette mesure est limitée, car la diminution ne vaut que pour la première consultation par année calendrier et par spécialité.
  - **Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2011**, l'INAMI rembourse intégralement pour tous les patients l'honoraire complémentaire pour les consultations (urgentes) des médecins généralistes. L'objectif consiste ainsi à **réduire l'utilisation inutile des services d'urgence dans les hôpitaux**.
- Le **système des contributions personnelles pour les consultations des médecins généralistes a également été simplifié le 1<sup>er</sup> décembre 2001**. Les nombreux tickets modérateurs fixes et exprimés en pourcentage ont été remplacés par quatre montants fixes distincts. L'objectif consistait à simplifier l'application **du tiers payant social**.



### **3. OPTIONS STRATÉGIQUES POUR SIMPLIFIER LA STRUCTURE ACTUELLE DES TICKETS MODÉRATEURS DANS LE CADRE DES CONTACTS MÉDECINS-PATIENTS**

Différentes possibilités sont offertes pour simplifier la structure actuelle des tickets modérateurs pour les contacts médecins-patients.

À l'extrême, il est par exemple possible de supprimer tous les tarifs de tickets modérateurs fixes et exprimés en pourcentage pour ne conserver qu'un seul montant de ticket modérateur fixe. Cette démarche signifierait une simplification drastique pour toutes les parties. Mais en fonction du niveau de ce tarif uniforme, l'impact sur le budget de l'INAMI ou sur la part personnelle du patient – et donc sur l'accessibilité financière pour les groupes vulnérables – peut être irréaliste. L'impact financier pour l'INAMI et pour les différents sous-groupes de la population a donc été calculé pour toutes les propositions de réforme.

Le tableau 1 résume la situation actuelle (décembre 2011) des différents types de tickets modérateurs fixes et exprimés en pourcentage pour les consultations et les visites à domicile des médecins et pour les consultations des spécialistes.



**Tableau 1: Facteurs qui déterminent le niveau de la contribution personnelle pour les consultations et les visites à domicile des médecins généralistes et pour les consultations des spécialistes**

	Consultations des médecins généralistes	Visites à domicile des médecins généralistes	Consultations des spécialistes
<b>Statut du patient (avec ou sans intervention majorée)</b>	Un ticket modérateur sous la forme d'un montant fixe pour tous les patients. Ce montant varie entre la population générale et les BIM*	Un ticket modérateur exprimé en pourcentage pour la population générale et un ticket modérateur sous la forme d'un montant fixe pour les BIM	Un ticket modérateur exprimé en pourcentage avec un plafond pour la population générale et ticket modérateur sous la forme d'un montant fixe pour les BIM
<b>Heures de bureau/en dehors des heures de bureau**</b>	L'INAMI rembourse intégralement l'honoraire complémentaire pour les consultations en dehors des heures de bureau	Durant les heures de bureau, la contribution personnelle est calculée sur base d'un seul honoraire, en dehors des heures de bureau sur base de deux honoraires	Un ticket modérateur exprimé en pourcentage sur l'honoraire complémentaire pour les consultations en dehors des heures de bureau, différencié en fonction du régime préférentiel. Un plafond s'applique pour la population générale
<b>Dossier médical global</b>	Diminution de 33% du ticket modérateur	La contribution personnelle des patients diminue de 30% en fonction du régime préférentiel, pour les malades chroniques, les personnes âgées (75 ans ou plus) ainsi que pour les enfants (moins de 10 ans)	Réduction de la contribution personnelle pour la première consultation chez certains spécialistes (une fois par année calendrier et par spécialité) après avoir y été envoyés par le médecin généraliste
<b>Lieu de séjour du patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Domicile</li> <li>• Institution avec séjours communs ou soins résidentiels pour personnes âgées</li> </ul>	-	La contribution personnelle est calculée sur base d'un seul honoraire pour les visites au domicile personnel du patient et sur base de deux honoraires pour les visites dans une résidence commune	-
<b>Âge du patient</b>	-	La contribution personnelle des patients est réduite pour les personnes âgées (plus de 75 ans) avec un DMG durant les heures de bureau et pour les enfants de moins de dix ans	-
<b>Malade chronique</b>	-	La contribution personnelle des patients est réduite pour les malades chroniques avec un DMG durant les heures de bureau	-
<b>Qualification du médecin</b>	-	Détermine à la fois le montant et la forme du ticket modérateur (montant fixe ou exprimé en pourcentage)	Pour les BIM, le ticket modérateur sous forme d'un montant fixe varie en fonction de la spécialité. Pour la population générale, le ticket modérateur exprimé en pourcentage varie en



fonction de la spécialité

<b>Nombre de patients durant la visite à domicile ou la consultation</b>	-	Détermine le montant, la forme et le calcul (un tarif versus deux tarifs) de la contribution personnelle	-
--	---	--	---

\* Bénéficiaires de l'intervention majorée \*\*Après 18 heures, le weekend et les jours fériés

Les **réformes proposées** tiennent compte des **principes de simplification** suivants :

- Une **structure simple d'utilisation** des contributions personnelles. Si les décideurs politiques veulent encourager le système de tiers payant (social), des montants arrondis peuvent faciliter son application.
- Une **structure cohérente** des contributions personnelles. Une différenciation au niveau des contributions personnelles en fonction de la qualification du médecin généraliste peut être difficilement justifiée vu que les patients ne sont bien souvent pas informés de la qualification de leur médecin. De même, nous considérons une différenciation des contributions personnelles basées sur le lieu de séjour du patient (à domicile ou dans une institution avec des séjours communs) comme étant injustifiée. Les patients ont en effet droit aux mêmes soins quel que soit l'endroit où ils habitent, toutes choses égales par ailleurs. Suivant le même raisonnement, nous considérons aussi comme incohérente les différences de ticket modérateur en fonction du nombre de patients que le médecin généraliste voit par contact.
- Plus de **transparence**. Si des contributions personnelles sont destinées à orienter les patients vers des soins déterminés, les signaux doivent être transparents. Par conséquent, la forme de la contribution personnelle (montant fixe ou exprimé en pourcentage) ne peut pas dépendre des caractéristiques des patients. Les deux formes offrent leurs avantages, mais ces avantages ne sont pas déterminés par les caractéristiques propres des patients comme l'intervention majorée de l'assurance.

- Une détermination des tickets modérateurs selon des principes **indépendants des principes de détermination du niveau des honoraires**. Les facteurs qui déterminent les honoraires des médecins généralistes et des spécialistes et les choix qui sont à la base du niveau du ticket modérateur sont fondamentalement différents et indépendants les uns des autres.

En outre, les réformes proposées se basent également sur certains **principes qui peuvent nécessiter des différences de ticket modérateur** :

- Le maintien de certains choix en matière d'**accessibilité/équité**. Les mesures actuelles qui réduisent le ticket modérateur pour chaque contact avec les soins de santé, comme l'intervention préférentielle, n'ont pas été modifiées.
- L'encouragement de **services de qualité**. Une utilisation efficace des soins de santé est un choix stratégique évident. Si les décideurs politiques sont convaincus, comme c'est le cas aujourd'hui, qu'un DMG peut exercer un impact positif sur les coûts de la santé et/ou sur la santé des patients, une diminution du ticket modérateur pour les patients qui disposent d'un DMG peut être justifiée. Une condition est toutefois que le patient prenne lui-même la décision d'ouvrir un DMG.
- Dans la plupart des simulations, les **dispositions légales actuelles restent applicables**. En outre, nous avons essayé de **limiter l'impact financier** surtout pour les groupes de patients vulnérables.

**Il incombe aux pouvoirs politiques d'évaluer si ces principes sont acceptables.**



### 3.1. Impact financier global de chaque mesure pour l'INAMI et les patients

#### Micro-simulations

L'impact financier des propositions de réforme sur les contributions personnelles et sur le budget de l'INAMI a été calculé à l'aide de micro-simulations. Toutes les analyses se basent sur l'Échantillon Permanent d'assurés sociaux, année 2009. Il s'agit de résultats pondérés qui reflètent l'impact financier au niveau national.

Tout d'abord, **une simulation de base reproduit la situation actuelle (2011)**. Il s'agit de la référence. Les autres simulations de l'impact financier de différentes mesures lui sont comparées. Un calcul de l'impact financier des différentes mesures a également été réalisé pour des sous-populations à l'aide de caractéristiques comme l'âge, le sexe, l'invalidité, être malade chronique ou non, avec ou sans DMG, au chômage ou non, bénéficiaire ordinaire ou bénéficiaire de l'intervention majorée ainsi qu'en fonction des dépenses individuelles totales en soins de soins de santé. Des données relatives à l'élasticité des prix font cependant défaut. Il a donc été impossible de calculer la façon dont les patients et les prestataires de soins allaient réagir aux mesures stratégiques. **Les résultats reproduisent ainsi des effets à court terme.**

#### Impact financier et remboursement par le maximum à facturer

Le tableau 2 indique les dépenses pour l'INAMI et pour les patients de la simulation de base et des simulations de l'impact de toutes les réformes relatives aux consultations et aux visites à domicile des médecins généralistes et relatives aux consultations des spécialistes. Dans la simulation de base on n'a pas tenu compte des remboursements liés au maximum à facturer (MAF). Pour les simulations qui examinent les réformes proposées, nous fournissons l'impact financier avec et sans les remboursements MAF. Suite à une réforme, une augmentation du ticket modérateur a été complètement attribué à l'INAMI pour les patient ayant atteint le plafond du MAF en 2009. L'impact financier d'une réforme a été calculé sans tenir compte du MAF pour les patients n'ayant atteint le plafond du MAF en 2009 ainsi que pour les patient ayant atteint le plafond MAF mais pour qui la réforme a entraîné une diminution du ticket modérateur.

L'hypothèse sous-jacente est qu'une augmentation ou une diminution des contributions personnelles n'entraîne pas le patient à passer au dessus ni en dessous du plafond MAF actuellement atteint. L'impact financier pour les patients est identique à celui de l'INAMI, mais avec le signe contraire.

#### 3.1.1. Consultations des médecins généralistes

- Il est clair que la **simplification des tickets modérateurs initiée en décembre 2011** n'a pas engendré un surcoût exagéré pour le budget de l'INAMI : environ 1,9 million d'euros (C1). Ce surcoût diminue pour atteindre 1,4 million d'euros en tenant compte de la réduction des dépenses du MAF.
- Le remplacement des tickets modérateurs actuels – basés sur des montants fixe et non indexés par des **tickets modérateurs exprimés en pourcentage** – respectivement **10% et 30%** pour les patients avec ou sans intervention majorée – est quasiment neutre en termes de budget. Un résultat étonnant de la comparaison établie entre C2 et C3 est que l'impact financier pour l'INAMI est très différent, mais que les remboursements par le MAF sont exactement identiques. L'explication est que, dans les deux simulations, des patients ne bénéficiant pas de l'intervention majorée de l'assurance paient des tickets modérateurs inférieurs à ceux de la situation actuelle, tandis que les BIM paient un peu plus. Un ticket modérateur exprimé en pourcentage de 10% dans C2 et C3 donne un montant supérieur aux montants fixes actuels. Dans C5 et C6, le paiement zéro pour le MAF peut être expliqué d'une façon identique.



### 3.1.2. Visites à domicile des médecins généralistes

- Lors du calcul de la part personnelle, **l'absence de prise en compte de l'endroit où le médecin généraliste se rend en visite et de sa qualification** est également une réforme qui engendre un changement budgétaire limité pour l'INAMI (V1). **En revanche, la combinaison de la simulation précédente et d'un scénario** avec des montants de ticket modérateur fixes pour tous les patients – dans un rapport de 1 à 4 en fonction de l'intervention préférentielle comme c'est le cas aujourd'hui pour les consultations des médecins généralistes – requiert un budget INAMI supplémentaire de 7,9 millions d'euros (V2). Les remboursements par le MAF sont très limités (0,1 million d'euros) vu que les tickets modérateurs actuels sont inférieurs à ceux repris sous V2 pour la plupart des patients.
- Si tous les patients payaient des **tickets modérateurs exprimés en pourcentage** (V3), les coûts pour l'INAMI diminueraient de 4,7 millions d'euros sans remboursements par le MAF et de 3,0 millions d'euros avec remboursements par le MAF. En effet, 10% de ticket modérateur pour les BIM donne un montant supérieur aux montants fixes actuels.
- L'impact financier de mesures de protection appliquées de façon uniforme pour les enfants, les personnes âgées et les malades chroniques dépend de la façon dont les mesures seraient concrétisées.

### 3.1.3. Consultations des spécialistes

- La différence d'impact financier entre S1 et S2 est considérable, mais les remboursements MAF sont parfaitement identiques. Ce résultat est comparable aux simulations C2 et C3 pour les consultations des médecins généralistes.
- Le remplacement des tickets modérateurs exprimés en pourcentage en vigueur actuellement par des montants absolus comme décrits dans S4-S7 a un impact financier substantiel.
- Si les pouvoirs politiques décident **d'imposer à tous les patients les mêmes montants de ticket modérateur fixes pour les consultations des médecins généralistes et pour les consultations des spécialistes**, cette situation requerra un budget supplémentaire de 76,2 millions d'euros (S4). S6 affiche l'impact financier le plus faible, dont la moitié se compose de remboursements dans le cadre du maximum à facturer.

### 3.2. Impact financier des réformes sur certains groupes de patients

La section 3.1. présente l'impact financier global des possibles réformes simulées. Cet impact n'est toutefois pas nécessairement réparti de façon proportionnelle entre tous les sous-groupes de patients. Dans le rapport scientifique, les graphiques 1-9 reproduisent l'impact financier des mesures sur ces sous-groupes, en fonction de l'âge et du sexe, du statut de santé, avec ou sans DMG et de caractéristiques socio-économiques. L'ampleur et la direction de l'impact financier dépendent largement de la méthode de détermination du ticket modérateur. Le résultat varie de façon considérable en fonction du sous-groupe de patients.



Tableau 2: Impact financier des simulations en différence avec la simulation de base, pour l'INAMI et pour les patients

Simulation	Patients	INAMI sans MAF*	INAMI avec MAF	Remboursement MAF
<b>Consultations du médecin généraliste</b>				
<b>Simulation de base</b>	€ 137 497 114	€ 605 274 730		
<b>C1: Situation avant décembre 2011</b>		€ -1 859 891	€ -1 448 681	€ 411 210
<b>C2: 10% BIM* - 25% non-BIM</b>		€ 21 788 295	€ 22 156 577	€ 368 282
<b>C3: 10% BIM - 30% non-BIM</b>		€ 800 972	€ 1 169 254	€ 368 282
<b>C4: 10% BIM - 40% non-BIM</b>		€ -41 173 675	€ -36 384 139	€ 4 789 536
<b>C5: €1,5 BIM - €3,75 non-BIM</b>		€ 48 232 681	€ 48 232 681	€ 0
<b>C6: €1,5 BIM- €4,5 non-BIM</b>		€ 32 155 120	€ 32 155 120	€ 0
<b>Visites du médecin généraliste</b>				
<b>Simulation de base</b>	€ 101 897 437	€ 403 295 589		
<b>V1: Tickets modérateurs actuels (pas de différence qualification du médecin et résidence du patient)</b>		€ -233 780	€ -165 396	€ 68 384
<b>V2: Montant fixe, ratio 1 BIM to 4 non-BIM (pas de différence qualification du médecin et résidence du patient)</b>		€ 7 876 675	€ 8 021 208	€ 144 533
<b>V3: 10% BIM - 35% non-BIM</b>		€ -4 659 175	€ -2 960 187	€ 1 698 988
<b>V4: Protection des personnes âgées et des malades chroniques appliquée aux enfants</b>		€ -1 738 873	€ -1 548 906	€ 189 968
<b>V4: Protection des enfants appliqué aux personnes âgées et aux malades chroniques</b>		€ 5 393 252	€ 6 043 615	€ 650 363
<b>Consultations du médecin spécialiste</b>				
<b>Simulation de base</b>	€ 209 313 946	€ 474 523 137		
<b>S1: 15% BIM - 25% non-BIM</b>		€ 64 912 414	€ 66 575 540	€ 1 663 126
<b>S2: 15% BIM- 40% avec plafond de €15,5 ; non-BIM</b>		€ -5 562 505	€ -3 899 379	€ 1 663 126
<b>S3: 15% BIM - 40% non-BIM</b>		€ -8 400 866	€ -6 116 824	€ 2 283 941
<b>S4: €1,5 BIM- €6 non-BIM</b>		€ 76 189 945	€ 76 247 496	€ 57 551
<b>S5: €2 BIM - €8 non-BIM</b>		€ 33 077 272	€ 33 715 749	€ 638 477
<b>S6: €2,5 BIM - €10 non-BIM</b>		€ -9 500 894	€ -4 983 829	€ 4 517 064
<b>S7: €3 BIM - €12 non-BIM</b>		€ -52 346 313	€ -42 957 636	€ 9 388 677

\*MAF : maximum à facturer ; \*\*BIM: bénéficiaire de l'intervention majorée





## 4. DISCUSSION ET CONCLUSION

### 4.1. Absence d'approche coordonnée

Des choix politiques successifs sont à la base de la structure actuelle complexe des tickets modérateurs avec des tickets modérateurs exprimés en pourcentage et en montant fixe pour les consultations et visites à domicile des médecins généralistes et pour les consultations des spécialistes. Il s'agit de choix budgétaires, mais aussi de choix visant à utiliser les tickets modérateurs pour encourager les patients à changer de comportement et à adopter une consommation médicale en lien avec leur besoin. Les pouvoirs politiques essaient également de garantir des soins de santé financièrement accessibles à des groupes de patients vulnérables par le biais des tickets modérateurs.

Tout système doit faire des choix complexes et des compromis. L'objectif final consiste à atteindre des objectifs sociaux comme l'efficacité, l'équité et une bonne qualité des soins avec des moyens limités. La conséquence logique mais implicite **est que la structure complexe des tickets modérateurs reflète les valeurs que les pouvoirs politiques accordent à chacun de ces objectifs. Une approche coordonnée basée sur des principes clairs fait défaut.**

Une **simplification structurelle des tickets modérateurs n'est pas nécessairement neutre**. La question est par exemple de savoir si une valeur sociale comme des soins de santé financièrement accessibles est respectée. Une structure moins complexe de tickets modérateurs en pourcentage et en montant fixe peut par exemple, compromettre l'accessibilité pour certains groupes vulnérables.

Il convient en outre de noter qu'il manque une **vue d'ensemble** – la mesure dans laquelle les coûts sont répartis et les soins sont ou restent accessibles. Pour obtenir un aperçu global, il faut aussi reprendre les formes indirectes de contributions personnelles (surtout les suppléments) dans la prestation de services assurée par les médecins généralistes et les spécialistes. Toutefois, les données nécessaires relatives à la facturation des suppléments par les médecins généralistes et par les spécialistes en ambulatoire manquent actuellement.

### 4.2. Une autre explication possible de la complexité

Une autre explication possible de la structure complexe est la façon dont les tarifs des médecins généralistes et spécialistes sont fixés en Belgique. La Commission nationale médico-mutualiste négocie le niveau de ces tarifs. **Lors des augmentations de tarif, les accords ne font toutefois que rarement mention des implications financières pour le patient.** Et le ticket modérateur exprimé en pourcentage suit systématiquement l'augmentation de tarif. Un plafond non indexé de 15,50 euros pour les consultations des spécialistes n'a été introduit qu'en 2010.

### 4.3. Tickets modérateurs en montant fixe versus exprimés en pourcentage

Des avantages et inconvénients sont liés aux tickets modérateurs à la fois lorsqu'il s'agit d'un montant fixe ou exprimés en pourcentage. **Le choix de la forme de ticket modérateur dépend des objectifs poursuivis par les pouvoirs politiques.**

Le 1<sup>er</sup> décembre 2011, la structure des tickets modérateurs pour les consultations des médecins généralistes a été simplifiée. Cette simplification a permis d'accroître la transparence pour les médecins généralistes et les patients. Les quatre tickets modérateurs restants ne sont pas indexés. Le montant que les médecins généralistes facturent à leurs patients est donc connu avec précision et reste identique durant une période de temps prolongée. Les patients connaissent aussi clairement le montant qu'ils paient. Des montants arrondis sont faciles, surtout dans un système de tiers payant (social).

D'autre part, les tickets modérateurs exprimés en pourcentage présentent un avantage majeur vis-à-vis des tickets modérateurs fixes. Vu la façon dont sont fixés les tarifs en Belgique, l'impact budgétaire d'une indexation des honoraires est partiellement réduit par les tickets modérateurs exprimés en pourcentage pour l'INAMI. L'obtention d'un résultat identique avec des montants de ticket modérateur fixes exige des modifications régulières de la loi. Bien entendu, il est également possible de laisser le montant inchangé durant plusieurs années et de n'augmenter substantiellement le montant de ticket modérateur fixe qu'après un certain nombre d'années. Un impact budgétaire identique à celui obtenu avec des tickets modérateurs exprimés en pourcentage pourrait ainsi être réalisé.



Le principe selon lequel les patients contribuent ainsi davantage pour des services plus coûteux plaide aussi en faveur des tickets modérateurs exprimés en pourcentage. Le revers de la médaille est que les patients subissent aussi les effets secondaires des négociations tarifaires. En effet, leurs arguments n'entrent pas en ligne de compte ou sont totalement hors sujet lors du processus de négociation qui mène à une augmentation des tarifs des médecins généralistes et des spécialistes. En outre, la contribution personnelle du patient augmente automatiquement via un système de tickets modérateurs exprimés en pourcentage et sans distinction du fait que les tarifs soient indexés ou augmentés.

**Une pondération des avantages et inconvénients offerts par les tickets modérateurs en montant fixe ou exprimés en pourcentage fait pencher la balance en faveur d'un système basé sur des montants fixes.** Ce système est plus facilement utilisable dans un système de tiers payant. Par ailleurs, il permet aux décideurs politiques de prendre des mesures explicites : la contribution personnelle du patient doit-elle suivre ou non une augmentation tarifaire ? Il est évident que la faisabilité et que l'acceptabilité par les médecins généralistes et par les spécialistes d'un système avec des montants de ticket modérateur fixes et/ou exprimés en pourcentage jouent également un rôle dans un processus de simplification. D'un point de vue historique, les tickets modérateurs exprimés en pourcentage sont surtout applicables à la population générale et les montants de ticket modérateur fixes aux groupes de population vulnérables. Un système basé sur des tickets modérateurs exprimés en pourcentage entraîne automatiquement une augmentation du montant que les patients doivent prendre en charge. En conséquence, le fossé entre les deux groupes s'est élargi au fil des années. Vu qu'une attention plus soutenue a été accordée aux groupes les plus faibles de la société, la sélectivité dans le système d'assurance maladie a également augmenté. Personne ne sait avec précision s'il s'agissait d'un choix stratégique.

#### 4.4. Transparence

Nous n'exagérons pas en affirmant que nous avons atteint un tournant. **La structure tarifaire et la méthode de répartition des coûts qui s'y rapporte sont devenues à ce point complexes que des démarches visant à accroître la transparence et la cohérence du système sont conseillées.** Fixer des principes explicites qui déterminent le niveau des contributions personnelles peut être une première étape utile. Des questions fondamentales sont en tous cas à l'ordre du jour pour pouvoir parvenir à un système transparent. Quels critères déterminent le niveau des contributions personnelles ? Une variation doit-elle être prévue en fonction du produit ou du service ? Les variations sont-elles justifiées en fonction du nombre d'années de formation du médecin ou en fonction de l'importance que la société accorde à la spécialité ?

Une diminution de la complexité et de la diversité au niveau de la structure des montants de tickets modérateurs fixes et exprimés en pourcentage est une façon d'accroître la transparence du système. Ceci peut être en soi un objectif. Des cas concrets et leur impact financier pour l'INAMI et pour les patients ont été présentés dans ce rapport.

Des tickets modérateurs en montant fixe et exprimés en pourcentage sont de plus en plus souvent utilisés pour influencer la consommation médicale. Si l'objectif consiste à orienter les patients vers certain type de soins par le biais des tickets modérateurs, une transparence doit être prévue en la matière. Un principe à considérer en ce sens est l'introduction du 'value-based insurance', bien que ceci ne mène pas nécessairement à une simplification. Ce modèle met l'accent sur ce qui fait la valeur d'un traitement d'un point de vue sociétal. Il est évident que les deux approches se chevauchent sur certains points.



Mais actuellement, la 'valeur' d'un honoraire n'est pas à l'ordre du jour. D'autres considérations priment. Par exemple, il est tenu compte lors des négociations tarifaires du pourcentage relatif de prestations techniques que les spécialistes peuvent facturer en comparaison des prestations intellectuelles. Cela n'a rien à voir avec la valeur proprement dite, bien que les conséquences de différences tarifaires entre des spécialistes ne soient pas minimales lorsqu'il est question de tickets modérateurs exprimés en pourcentage. Pour le patient, des soins fournis par un pédiatre sont par exemple plus coûteux que ceux fournis par un cardiologue. Alors que les deux formes de soins peuvent être aussi précieuses l'une que l'autre. Quant au fond, la question se pose de savoir pourquoi un patient doit prendre en charge un montant plus élevé – simplement parce que sa maladie requiert l'intervention d'un spécialiste pour lequel la nomenclature prévoit un tarif élevé ? Un prochain rapport du KCE abordera de façon approfondie les possibilités ainsi que les limites du 'value-based insurance' dans le cadre de notre assurance maladie.



## ■ RECOMMANDATIONS<sup>a</sup>

### *A l'attention de la Ministre après avis du Comité de l'assurance*

- Avant d'engager une réforme significative de la structure des tickets modérateurs dans le but de la simplifier, il conviendrait
  - de définir les principes qui doivent guider cette réforme ainsi que les objectifs qu'il convient d'atteindre ou de préserver ;
  - d'intégrer dans la réflexion politique la présence des suppléments qui obscurcit complètement le rôle des tickets modérateurs ;
  - de globaliser la réflexion sur la simplification des tickets modérateurs en y intégrant la problématique du maximum à facturer et celle du tiers payant ;
  - d'évaluer l'acceptabilité de la réforme par les groupes professionnels concernés et de sa faisabilité, notamment en matière de simplicité administrative.
- Parce que les principes qui doivent guider la structure des tickets modérateurs sont à distinguer de la logique de fixation du niveau des honoraires, il serait préférable d'utiliser des montants fixes et arrondis (plutôt que des tickets modérateurs procentuels). Le système en deviendrait plus transparent, plus cohérent et plus facile à gérer par les utilisateurs.
- Sans affecter la structure des tickets modérateurs de manière significative, il est déjà possible de recommander deux réformes de bon sens :
  - Les différences de tickets modérateurs basées sur les critères suivants devraient être supprimées :
    - qualification des médecins (agrés ou avec droits acquis) ;
    - lieu de résidence du patient (domicile ou institution) ;
    - nombre de patients par visite à domicile.
  - La même structure de tickets modérateurs (montant fixe ou pourcentage) devrait prévaloir pour les patients avec ou sans intervention majorée.

### *A l'attention du Conseil général de l'INAMI*

- Lorsqu'une réforme est présentée il conviendrait de toujours exiger que le dossier précise non seulement son impact budgétaire pour l'assurance maladie mais aussi ses conséquences financières et autres pour le patient.

<sup>a</sup> Le KCE reste seul responsable des recommandations adressées aux autorités publiques.





## COLOPHON

Titre :	Simplification des tickets modérateurs : application aux consultations et visites à domicile des médecins - Synthèse
Auteurs :	Maria-Isabel Farfan-Portet (KCE), Carl Devos (KCE), Stephan Devriese (KCE), Irina Cleemput (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Relecture :	Frank Hulstaert (KCE), Mattias Neyt (KCE)
Experts externes :	Hervé Avalosse (ANMC), Benjamin Carette (INAMI – RIZIV), Regina De Paepe (MLOZ)
Validateurs externes :	Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV), Erik Schokkaert (KU Leuven), Carl Vanwelde (UCL)
Conflits d'intérêt :	Vanessa Andries (RIZIV – INAMI), Alain Bourda (UNMS), Benjamin Carette (INAMI – RIZIV), Joeri Guillaume (IMA – AIM), Reinier Hueting (ASGB), Luc Hutsebaut (LCM), Bernard Lange (Cabinet Onkelinx), Lucio Scanu (LUSS), Ilse Vermeiren (HZIV)
Layout :	Ine Verhulst

### Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :	19 mars 2012 (2 <sup>nd</sup> print ; 1st print : 14 juin 2012)
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Financing, Personal; Financing, Government; Ambulatory Care; Health Care Reform; Health Services Accessibility
Classification NLM :	W74



Langue : français  
Format : Adobe® PDF™ (A4)  
Dépot légal : D/2012/10.273/40

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »  
[http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce.](http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce)



Comment citer ce rapport ?

Farfan-Portet M-I, Devos C, Devriese S, Cleemput I, Van de Voorde C. Simplification des tickets modérateurs : application aux consultations et visites à domicile des médecins - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Report 180Bs. D/2012/10.273/40  
Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.