



XXIII^{ème} législature

Les décrets

Décret visant à réformer les soins de santé
par la responsabilisation des bénéficiaires



Parlement

Jeunesse

Wallonie-Bruxelles

Wallonie-Bruxelles

JEUNESSE

PARLEMENT

Proposé par M. le Ministre Bastian Gonzalez Vanhespen

Ministère de la Santé

Exposé des motifs



« Existe-t-il pour l'homme un bien plus précieux que la santé ? », demandait Socrate, sur un ton rhétorique. Qu'en est-il des siècles plus tard ? Pour le savoir, je vous propose de nous pencher sur notre système de soins de santé tel qu'il existe aujourd'hui.

L'heure est donc au bilan, et hélas il n'est pas bon. En effet, notre système de soins de santé m'apparaît pour le moins inefficace et injuste.

Il est inefficace car il n'incite pas suffisamment nos concitoyen·ne·s à adopter un mode de vie sain. Notre système de soins de santé ne fait pas suffisamment la différence entre les cancers de poumons de fumeur·euse·s endurci·e·s et les cancers des autres, ni entre les problèmes de santé de péjigonien·ne·s aux habitudes alimentaires désastreuses et les problèmes de santé des autres. Cela n'a aucun sens.

Je vous propose donc un projet de décret qui, au contraire, a pour objectif principal de faire en sorte que nous vivions de façon saine, que nous abandonnions les habitudes néfastes pour notre santé et que nous évitions ainsi bon nombre de maladies qui peuvent être évitées.

Par ailleurs, notre système de soins de santé est injuste. Chacun·e de nous fait preuve de solidarité au travers de la sécurité sociale, c'est essentiel. Pourtant, certain·e·s ont une excellente hygiène de vie alors que d'autres « tirent le diable par la queue ». Comment exiger des premier·ère·s qu'ils/elles paient pour l'irresponsabilité des second·e·s ? Ou, pour le dire autrement, comment tolérer que les second·e·s bénéficient de la même couverture sociale que les premier·ère·s ? Il y a là une injustice et une incohérence qu'il faut corriger.

Comme Socrate le laissait entendre, nous devons prendre soin de notre santé, en être responsables. Ce projet de décret, loin des solutions paternalistes, en appelle donc à la responsabilité de chacun·e. Aussi, je vous propose, d'une part, de mieux récompenser ceux/celles qui se soucient de leur santé et, d'autre part, de demander à ceux/celles qui décident de nuire à la leur d'assumer leur choix, en étant prêt·e à en payer seul·e·s les conséquences.

Chère députation, il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique et de notre responsabilité vis-à-vis des Péjigonien·ne·s que de réformer notre système de soin de santé pour le rendre plus juste et plus efficace.

Bastian González Vanhespen

Ministre de la Santé

Mémoire de commission



Cher·ère·s député·e·s péjigonien·ne·s,

Ce mémoire de commission a pour objectif de vous aider à comprendre le projet de décret proposé par Monsieur le Ministre Gonzalez Vanhespen. Il fournit également quelques éléments factuels et de contexte permettant de mettre le projet de décret en perspective vis-à-vis de la situation actuelle en matière de soins de santé en Belgique. Ensuite, il développe le système de soins de santé tel que Monsieur le Ministre envisage de le réformer par son projet de décret.

Héloïse Baudhuin

Présidente de commission

LA SANTÉ EN BELGIQUE EN QUELQUES CHIFFRES

A. ESPÉRANCE DE VIE

En Belgique, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de plus de 3 ans depuis 2000, pour atteindre 81,1 ans en 2005, mais reste en dessous de celle de la plupart des pays d'Europe occidentale¹. Il existe un écart important entre l'espérance de vie des hommes et femmes : les hommes vivaient en moyenne 5 ans de moins que les femmes en 2015. En revanche, il n'y a pas de différence entre hommes et femmes concernant le nombre d'années vécues en bonne santé². Par ailleurs, à 50 ans, une femme belge qui a un faible niveau d'éducation³ peut s'attendre à vivre environ 5 ans de moins qu'une femme ayant atteint l'un des niveaux d'éducation les plus élevés. Chez les hommes, cet écart monte jusqu'à 6 années⁴.

¹ Eurostat, « L'espérance de vie en de pays de l'Union européenne - comparaison entre 2000 et 2015 ». En ligne, <https://ec.europa.eu/eurostat/>.

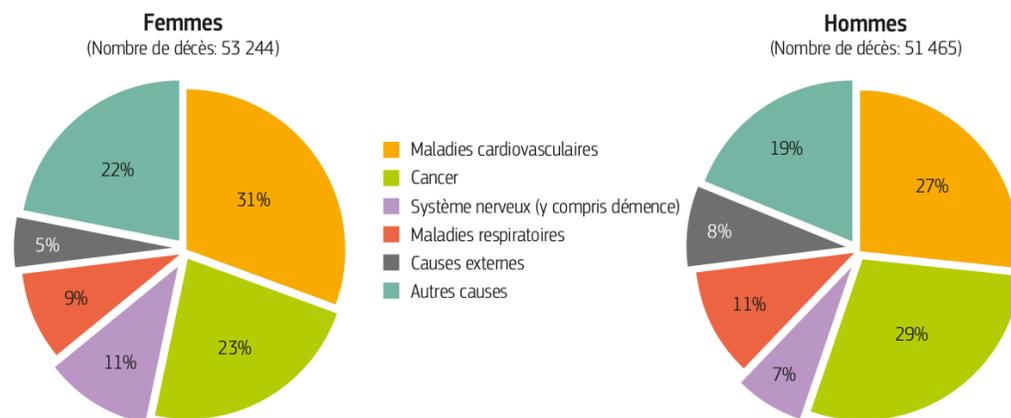
² Les « années en bonne santé » mesurent le nombre d'années qu'un homme ou une femme peut s'attendre à vivre sans incapacité à différents âges.

³ Un faible niveau d'éducation équivaut à l'absence de diplôme d'enseignement secondaire. Un haut niveau d'éducation équivaut à un diplôme d'enseignement supérieur.

⁴ Commission européenne, « The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060) ». En ligne, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf.

B. PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS

Les premières causes de décès en Belgique, pour les hommes, sont le cancer et les maladies cardiovasculaires. Chez les femmes, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès. En 2014, en Belgique, plus de 30 000 personnes sont décédées de maladies cardiovasculaires et plus de 27 000 sont décédées d'un cancer. Parmi les maladies cardiovasculaires, les maladies cardiaques et les AVC (accidents vasculaires cérébraux) sont les plus grands tueurs. Les maladies cardiaques ont causé 12% de tous les décès en 2014, et les AVC 7%⁵. Parmi les cancers, les principales causes de décès sont le cancer du poumon, constituant la cause de 6% des décès en 2014, suivi du cancer colorectal (3%) et du cancer du sein (2%).



Remarque: les données sont présentées par grands chapitres de la CIM. La démence a été ajoutée au chapitre sur les maladies du système nerveux afin de l'inclure dans le même chapitre que la maladie d'Alzheimer (la principale forme de démence).

Source: base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2014).

C. MAUVAISE SANTÉ ET PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ

La mauvaise santé n'est pas nécessairement mortelle en soi, mais peut avoir un impact très négatif sur la qualité de vie, voire mener à diverses incapacités. Les principaux coupables sont les troubles musculosquelettiques, le diabète et les troubles dépressifs majeurs. En 2013, en Belgique, une personne sur 14 souffrait de dépression chronique, une personne sur 23 d'asthme et plus d'une personne sur 20 de diabète⁶.

D. LIENS ENTRE SANTÉ, ÉDUCATION ET REVENUS

Le milieu socioéconomique a un grand impact sur la répartition de ces maladies dans la population. Par exemple, l'asthme et d'autres maladies respiratoires touchent deux fois plus de personnes du niveau d'éducation le plus bas que de personnes du niveau d'éducation le plus élevé.

⁵ Commission européenne, « State of Health in the EU - Belgium Country Health Profile 2017 ». En ligne, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_be_english.pdf.

⁶ ISP, « Enquête de santé 2013 - Résumé du Rapport 1: Santé et bien-être ». En ligne, https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2013.pdf.

De leur propre avis, 74% des Belges s'estiment en bonne santé. Cependant, seulement 60% des personnes appartenant au groupe des revenus les plus bas déclarent être en bonne santé, par rapport à 88% des personnes appartenant au groupe des personnes aux revenus les plus élevés⁷.

FACTEURS DE RISQUES POUR LA SANTÉ

Les principaux comportements impliquant des risques pour la santé sont le tabagisme, la consommation d'alcool, certains comportements alimentaires et l'absence d'activité physique. 28% de la charge totale de morbidité en Belgique (en 2015) peut être imputée à de tels comportements⁸.

Consommation d'alcool. Avec 12,6 litres de consommation moyenne, la Belgique est deuxième dans le classement européen en 2014. La consommation a augmenté depuis 2000 alors qu'elle a diminué dans la majorité des pays de l'Union européenne. Plus de 28% des adultes ont déclaré avoir régulièrement une consommation d'alcool excessive en 2013⁹. Il s'agit de 38% des hommes contre 18% des femmes¹⁰. Chez les jeunes, en revanche, l'âge de consommation de la première boisson alcoolisée semble remonter. En 2001-2002, 30% des jeunes de 15 ans déclaraient avoir déjà été ivres. En 2013-2014, ce pourcentage était descendu à 20%.

Tabagisme. Sur les quinze dernières années, le taux de tabagisme a diminué. Le pourcentage d'adultes qui fument quotidiennement est passé de 24% à 19% en 2013. Le tabagisme chez les jeunes est passé de 23% à 10% en 2013¹¹. La Belgique est le pays présentant le pourcentage de tabagisme juvénile le plus bas de l'Union européenne.

Obésité. Le taux d'obésité a augmenté d'un·e adulte sur huit en 2001 à un·e adulte sur sept en 2013. L'obésité concerne un·e adolescent·e sur six en 2013-2014 (contre un·e sur neuf en 2001-2002)¹². Cette statistique est corrélée avec celle de la baisse de l'activité physique chez les jeunes.

Corrélation entre comportements à risque et éducation. La proportion des personnes adoptant de tels comportements à risque est plus élevée dans les tranches les moins éduquées de la population. En 2014, parmi les personnes qui n'avaient pas terminé leurs études, près d'un quart fumaient et 20% étaient en surpoids

⁷ Données tirées de la base de données d'Eurostat et de l'EU-SILC, 2015. En ligne, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

⁸ Commission européenne, « State of Health in the EU - Belgium Country Health Profile 2017 ». En ligne, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_be_english.pdf.

⁹ Selon le standard de l'Union européenne, une consommation d'alcool excessive correspond à une consommation de six boissons alcoolisées au moins au cours d'un même événement, au moins une fois par mois durant l'année écoulée (Commission européenne, « State of Health in the EU - Belgium Country Health Profile 2017 ». En ligne, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_be_english.pdf).

¹⁰ Commission européenne, « State of Health in the EU - Belgium Country Health Profile 2017 ». En ligne, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_be_english.pdf.

¹¹ Commission européenne, « State of Health in the EU - Belgium Country Health Profile 2017 ». En ligne, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_be_english.pdf.

¹² Commission européenne, « State of Health in the EU - Belgium Country Health Profile 2017 ». En ligne, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_be_english.pdf. Statistiques collectées sur bases de données auto-déclarées. Il est important de souligner que les données auto-déclarées sous-estiment généralement la véritable prévalence de l'obésité.

(contre 10% qui fumaient et 10% qui étaient en surpoids chez les gens qui avaient terminé des études supérieures).

SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ ACTUEL

A. PRINCIPE

En Belgique, il est obligatoire de s'assurer en matière de soins de santé : c'est l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI). C'est principalement l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) qui est chargé de la gestion de cette assurance obligatoire. La quasi-totalité de la population en Belgique (plus de 99%) est couverte par l'ASSI.

Pour résumer, l'ASSI est basée sur le principe de la solidarité : tout le monde (ou presque) paie des cotisations en proportion de ses revenus, et tout le monde (ou presque) bénéficie des mêmes remboursements pour les mêmes soins de santé (sauf application de régimes spécifiques ou dérogatoires – voir ci-dessous).

Pour bénéficier de l'ASSI, il faut que son/sa titulaire s'affilie auprès d'un organisme assureur. Cet organisme assureur peut être, en général, soit une mutualité (privée), soit une « caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité » (publique). En principe, il est possible d'être affilié·e de deux manières : en tant que titulaire ou en tant que personne à charge. Pour faire simple, le/la titulaire est la personne qui paie des cotisations à son organisme assureur, et la personne « à charge » bénéficie de l'ASSI par le biais d'un·e titulaire dont il/elle est à charge (exemple : enfants de parents titulaires de l'ASSI).

Une fois affiliée, la personne concernée doit payer des cotisations à son organisme assureur. Ces cotisations s'ajoutent aux cotisations sociales qui servent à financer la sécurité sociale (et donc notamment l'ASSI).

B. QUEL EST LE RISQUE COUVERT PAR L'ASSI ?

L'ASSI rembourse partiellement (voire totalement, selon les cas) certaines prestations de soins de santé lorsque celles-ci sont reprises dans une liste appelée la « nomenclature ». La partie non remboursée des soins de santé est, en règle, à charge du/de la bénéficiaire des prestations de soins de santé. L'ASSI intervient pour plusieurs types de soins de santé, dont les principaux sont, entre autres, les visites et consultations des médecins généralistes et spécialistes, les soins de kinésithérapeutes, les soins donnés par des infirmier·ère·s en service ou à domicile, les soins dentaires, les accouchements, les prothèses, voiturettes, bandages et implants, les soins hospitaliers, les soins en maison de repos et les soins de rééducation fonctionnelle.

Par ailleurs, il existe certains régimes particuliers qui, lorsqu'ils sont applicables, permettent de faire augmenter la proportion dans laquelle les prestations de soins de santé sont remboursées dans le cadre de l'ASSI. Par exemple, un taux de remboursement plus élevé sera pratiqué pour certaines prestations de kinésithérapie suite à certains types d'interventions chirurgicales. En outre, un « *taux d'intervention majoré* » ou régime préférentiel (ce qui signifie un remboursement plus avantageux) est appliqué dans certains cas (pensionné·e·s, invalides,

handicapé·e·s, bénéficiaires d'allocations diverses telles que le revenu d'intégration sociale ou le revenu garanti aux personnes âgées, etc.). En pratique, les situations qui peuvent se présenter (et, par conséquent, la mesure des remboursements) sont tout à fait multiples et dépendent de nombreux facteurs.

Il convient de noter que les prix des prestations de soins de santé peuvent être standardisés par le biais de conventions passées entre, d'une part, les divers organismes assureurs et, d'autre part, les prestataires de soins de santé. De la sorte, un·e kinésithérapeute A et un·e kinésithérapeute B feront payer le même montant à leurs patient·e·s respectif·ve·s, pour la même prestation. Certain·e·s prestataires de soins choisissent néanmoins de se « déconventionner », ce qui signifie qu'ils/elles peuvent pratiquer des prix différents des prix « standards » visés dans les conventions. En général, cela ne change pas la mesure dans laquelle l'ASSI intervient mais, dans certains cas, il se peut que l'ASSI prévoit un remboursement moindre lorsque les soins ont été prestés par un·e prestataire déconventionné·e.

Prenons l'exemple de l'achat de verres de lunettes. Cet exemple est extrait de la documentation mise à disposition sur le site de l'INAMI. Ce site contient un moteur de recherche permettant de consulter – à titre indicatif – les honoraires et les montants remboursés en fonction des prestations reçues.

**Taux des prix et des remboursements en EUR pour les prestations
fournies par les opticiens à partir du 1^{er} janvier 2014**

Codes nomenclature	Coefficient	Honoraires	Remboursements	
			Prestataire conventionné	Prestataire non conventionné
			Bénéficiaires sans régime préférentiel/	Bénéficiaires avec régime préférentiel/
			Prestataire avec ou sans convention	Prestataire avec ou sans convention

Z = 1,000000

Article 30

A. Verres de lunettes

1° Tous les bénéficiaires, quel que soit l'âge

Groupe 1. Verres de lunettes unifocaux

sous-groupe 1. Verres de lunettes unifocaux minéraux à bas indice de réfraction et antireflet

1. Verres de lunettes sphériques

741016	Z	78	78,00	78,00	58,50
--------	---	----	-------	-------	-------

Par ailleurs, il est également possible, moyennant paiement de cotisations supplémentaires, de contracter une assurance complémentaire qui couvre totalement ou partiellement certaines prestations peu ou pas remboursées dans le cadre de l'ASSI. La plupart des mutualités proposent d'ailleurs une telle assurance complémentaire par défaut (mais les assurances complémentaires disponibles sont diverses).

Enfin, il faut mentionner le « maximum à facturer » (ou « MâF »). Il s'agit d'une garantie selon laquelle un ménage ne dépensera pas plus d'un certain montant maximum par an pour des soins de santé. Les MâF sont déterminés en fonction des revenus des ménages ainsi que d'autres facteurs.

Il existe encore d'autres règles spécifiques et cas particuliers qui ont une influence sur la proportion des remboursements, mais dans le cadre du présent mémoire, il ne s'agit pas de détailler de manière trop exhaustive la réglementation en matière de soins de santé.

SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PROPOSÉ PAR LE DÉCRET

A. LE PRINCIPE DIRECTEUR DU PROJET DE DÉCRET

Le projet de décret a pour objet de soumettre le remboursement des soins de santé à des conditions relatives au comportement de la population. Plus une personne adopte un comportement responsable vis-à-vis de sa propre santé, plus ses soins de santé sont remboursables. Très concrètement, le projet de décret instaure une échelle allant du remboursement total à l'absence de remboursement, en passant par le remboursement plus ou moins partiel, des soins de santé.

La question de savoir où se trouve le/la patient·e sur cette échelle dépend de la mesure dans laquelle ce·tte patient·e s'est montré·e responsable vis-à-vis de sa propre santé (Titre III du projet de décret). Afin d'évaluer la mesure dans laquelle un·e patient·e s'est comporté·e de manière responsable vis-à-vis de sa santé, le projet de décret prévoit que toute personne résidant en Pégionie doit se soumettre à un bilan de santé annuel gratuit (article 2). Ce bilan doit permettre de détecter les comportements « à risque » adoptés par le/la patient·e (tabagisme actif, toxicomanie, et autres comportements visés au Chapitre 2 du Titre I du projet de décret). Sur base des résultats du bilan de santé, des conseils sont également prodigués afin de permettre à la personne concernée d'améliorer son état de santé général.

B. LES MODALITÉS CONCRÈTES DU REMBOURSEMENT DES SOINS

En matière de remboursement, les cas qui peuvent se présenter sont les suivants.

1. LES SOINS DE SANTÉ SONT TOTALEMENT REMBOURSÉS

Pour les personnes ne se trouvant dans aucune des situations mentionnées sous les points (2) et (3) ci-dessous, tout soin de santé est totalement remboursé. En d'autres termes, les personnes qui effectuent leur bilan de santé annuel, qui n'adoptent aucun comportement à risque, et qui suivent les conseils qui leur sont prodigués par le CRSS en matière de santé, voient nécessairement leurs soins de santé totalement remboursés (article 12). Par ailleurs, même pour les personnes se trouvant dans l'une des situations visées ci-dessus sous les points (2) ou (3) ci-dessous, l'article 13 du projet de décret prévoit que les cures de désintoxication, les sevrages ainsi que le suivi psychologique dans le cadre de l'abandon d'un comportement à risque sont remboursés intégralement.

2. LES SOINS DE SANTÉ NE SONT PAS DU TOUT REMBOURSÉS

- Lorsque le/la patient·e refuse de se soumettre au bilan de santé annuel (article 14) ;

- Lorsque le remboursement demandé est relatif à des soins de santé prodigués pour des pathologies « significativement corrélées » à un comportement à risque. Le Comité de Remboursement des Soins de Santé (en abrégé, « CRSS ») est chargé de déterminer si le comportement à risque détecté dans les bilans de santé du/de la patient·e a effectivement contribué à la pathologie pour laquelle le remboursement des soins est demandé. Si tel est le cas, aucun remboursement ne sera accordé (article 15) ;
- Lorsque les soins dont le remboursement est demandé relèvent des médecines dites « alternatives », comme l'homéopathie (article 16).

3. LES SOINS DE SANTÉ SONT PARTIELLEMENT REMBOURSÉS

L'article 17 du projet de décret prévoit que, lorsque le/la patient·e a adopté un ou plusieurs comportements à risque dont le CRSS n'estime pas qu'ils ont contribué à la pathologie pour laquelle le remboursement des soins est demandé, ces soins sont remboursés partiellement. La mesure du remboursement dépend du nombre de comportements à risque adoptés par le/la patient·e, selon son dernier bilan de santé annuel. Concrètement, plus le/la patient·e a adopté de comportements à risque, moins ses soins seront remboursés.

Lorsqu'un bilan de santé ultérieur fait apparaître que le/la patient·e a cessé d'adopter tous les comportements à risque en raisons desquels les soins n'ont pas été totalement remboursés, la partie des soins qui n'avait initialement pas été remboursée le sera, petit à petit, à concurrence de 2,5% par an, jusqu'à complet remboursement. Ce remboursement graduel s'arrête lorsque le bilan du/de la patient·e fait à nouveau apparaître l'adoption d'un comportement à risque.

Par ailleurs, le remboursement de tout soin de santé sera diminué de 10% lorsque la/la patient·e refuse manifestement de suivre les conseils qui lui auront été prodigués par le CRSS sur base de son dernier bilan de santé (article 18).

C. AUTRES MESURES : ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES, VOIES DE RECOURS, SENSIBILISATION

Le projet de décret prévoit encore d'autres mesures, parmi lesquelles :

- Contracter une assurance complémentaire en vue de couvrir un soin non remboursable en vertu du projet de décret est interdit et punissable (article 19) ;
- Des voies de recours sont prévues contre toute décision de non-remboursement ou de remboursement partiel de soins de santé (article 20). La charge de la preuve de la réunion des conditions du remboursement incombe alors à la personne qui s'est vu refuser tout ou partie du remboursement de ses soins (article 21) ;
- Des mesures de sensibilisation en matière de santé sont prévues (articles 10 et 11).

Pour autant que de besoin, on rappellera que le projet de décret ne change rien à la matière des cotisations sociales : après l'entrée en vigueur du projet de décret, tout le monde paie les mêmes cotisations sociales qu'avant.

TITRE I – BILAN DE SANTÉ

CHAPITRE 1^{ER} – GÉNÉRALITÉS

Art. 1^{er} §1. Est créé le Comité de Remboursement des Soins de Santé (CRSS). Le CRSS est composé de docteur·e·s en médecine, sélectionné·e·s par la commission parlementaire en charge de la santé publique.

§2. Le CRSS a pour missions :

- d'organiser le Bilan de santé visé à l'article 2 ;
- de gérer la liste des comportements à risque visée à l'article 5 ;
- de prodiguer les conseils de santé visés à l'article 8 ;
- de prendre les décisions de remboursement total ou partiel ou de non-remboursement des soins de santé en application du Titre III.

Art. 2. §1. Une fois par an, tout·e citoyen·ne ou résident·e péjigonien·ne est tenu·e de se soumettre à un Bilan de santé complet, en ce compris un bilan sanguin et des radiographies.

§2. Le Bilan de santé vise notamment à déterminer la présence ou l'absence d'indicateurs de comportements à risque visés à l'article 5 du présent décret, ainsi qu'à élaborer les conseils de santé visés à l'article 8.

§3. Le Bilan de santé est gratuit.

Art. 3. Le CRSS a accès aux informations reprises dans les Bilans de santé annuels, à titre confidentiel et à condition de ne les utiliser que pour son propre usage. Les membres du CRSS sont soumis au secret professionnel.

CHAPITRE 2 – COMPORTEMENTS À RISQUE

Art. 4. Un comportement à risque est un comportement adopté délibérément par son auteur·e et ayant des conséquences néfastes sur sa santé.

Art. 5. Sont considérés comme des comportements à risque :

- La toxicomanie ;
- Le tabagisme actif ;

- La consommation excessive d'alcool (selon un taux défini par le CRSS) ;
- Une alimentation trop grasse, sucrée, ou salée (selon des taux définis par le CRSS) ;
- La sédentarité (selon des critères définis par le CRSS) ;
- Le refus de vaccination, à partir de la majorité.

Art. 6. Chaque année, le CRSS peut décider d'étendre la liste des comportements à risque.

Art. 7. Par dérogation aux articles 5 et 6, les comportements à risque adoptés avant l'entrée en vigueur du présent décret sont réputés ne pas être du fait de leur auteur-e. Ils ne peuvent être pris en compte dans le cadre du Titre III du présent décret.

TITRE II – PRÉVENTION EN SANTÉ

CHAPITRE 1^{ER} – CONSEILS DE SANTÉ

Art. 8. §1. Une fois par an, le CRSS prodigue à chaque personne, sur base de son Bilan de santé, un ensemble de conseils pratiques afin de lui permettre d'améliorer son état de santé global.

§2. Les conseils de santé visés au §1^{er} ne portent pas sur les comportements à risque.

Art. 9. Tous frais rendus objectivement nécessaires pour respecter les conseils de santé visés à l'article 8, §1^{er} sont considérés comme des frais relatifs à des soins de santé et sont remboursables dans la mesure prévue par le Titre III.

CHAPITRE 2 – SENSIBILISATION

Art. 10. Les établissements scolaires doivent sensibiliser leurs élèves aux dangers des comportements à risque.

Art. 11. Sont créés un site internet et une ligne téléphonique, afin de fournir toutes les informations relatives à une bonne hygiène de vie et aux dangers des comportements à risque, et afin de répondre aux questions de la population péjigonnienne à ce sujet.

TITRE III – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ

CHAPITRE 1^{ER} – REMBOURSEMENT INTÉGRAL

Art. 12. Tout-e citoyen-ne ou résident-e péjigonnien-ne bénéficie d'un remboursement intégral de ses soins de santé, sauf les exceptions prévues aux Chapitres 2 et 3 du présent Titre.

Art. 13. Les cures de désintoxication, les sevrages ainsi que le suivi psychologique dans le cadre de l'abandon d'un comportement à risque, sont remboursés intégralement.

CHAPITRE 2 – NON-REMBOURSEMENT

Art. 14. Toute personne contrevenant à l'article 2, §1^{er} est privée du remboursement de ses soins de santé jusqu'au respect de cette disposition. Après que la personne concernée s'est conformée à l'article 2, §1^{er}, aucun remboursement ne peut avoir lieu de manière rétroactive pour des soins de santé dont elle a bénéficié pendant la période infractionnelle.

Art. 15. §1. Nul·le ne peut bénéficier d'aucun remboursement, même partiel, de soins de santé pour des pathologies significativement corrélées à un comportement à risque.

§2. Au sens du présent décret, un comportement à risque est significativement corrélé à une pathologie lorsque les bilans de santé du patient indiquent qu'il a adopté le comportement à risque concerné, et que le CRSS estime que ce comportement à risque a effectivement contribué à l'existence de la pathologie.

Art. 16. §1. Nul·le ne peut bénéficier d'aucun remboursement, même partiel, pour des frais consentis en vue de bénéficier de médecine alternative.

§2. La médecine alternative s'entend de toute pratique à laquelle des vertus préventives ou curatives sont prêtées, sans que ces vertus ne soient scientifiquement démontrées.

CHAPITRE 3 – REMBOURSEMENT PARTIEL

Art. 17. §1^{er}. Si le/la patient·e a adopté un ou plusieurs comportement(s) à risque non-significativement corrélé(s) avec la pathologie à l'origine des soins de santé dont il/elle a bénéficié, ces soins de santé sont remboursés de manière inversement proportionnelle au nombre de comportements à risque que le/la patient·e a adoptés, d'après les informations de son dernier bilan de santé. La mesure dans laquelle les soins de santé sont remboursés est la suivante :

- 1 comportement à risque : 83 % ;
- 2 comportements à risque : 66 % ;
- 3 comportements à risque : 50 % ;
- 4 comportements à risque : 33 % ;
- 5 comportements à risque : 16 % ;
- 6 comportements à risque ou plus : 0 %.

§2. S'il résulte du dernier bilan de santé du/de la patient·e que celui-ci/celle-ci a cessé d'adopter tous les comportements à risque non-significativement corrélés à une pathologie pour laquelle ses frais de soins de santé n'ont pas été totalement remboursés en vertu du §1^{er}, le/la patiente bénéficie d'un remboursement de 2,5% par an jusqu'à complet remboursement de la quotité non initialement remboursée des soins de santé concernés.

§3. La mesure visée au §2 cesse de produire ses effets dès lors qu'il résulte d'un bilan de santé ultérieur que le/la patient-e adopte à nouveau un comportement à risque.

Art. 18. Tout refus manifeste de suivre les conseils en santé visés à l'article 8 entraîne une diminution du remboursement de tout soin de santé à concurrence de 10%.

CHAPITRE 4 – ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

Art. 19. Les assurances complémentaires contractées afin de couvrir un soin corrélé significativement à un comportement à risque, ou tout autre soin non remboursable en vertu du présent décret, sont proscrites. Toute personne contrevenant au présent article sera punie d'une amende de 100 à 5000 euros, et toute somme versée au titre d'une telle assurance sera confisquée.

TITRE IV – RECOURS

Art. 20. Toute décision de non-remboursement ou de remboursement partiel de soins de santé est susceptible de recours devant une juridiction composée de trois conseillers.

Art. 21. Il incombe à la personne formant le recours visé à l'article 20 de démontrer, selon le cas :

- soit qu'elle respectait l'article 2, §1^{er} du présent décret au moment où elle a reçu les soins de santé non-remboursés, en cas d'application de l'article 14 ;
- soit qu'elle n'a pas adopté un ou plusieurs comportement(s) à risque déterminé(s), en cas d'application de l'article 15 ou de l'article 17 ;
- soit qu'un comportement à risque qu'elle a adopté n'est pas significativement corrélé à une pathologie qu'elle a contracté, en cas d'application de l'article 17 ;
- soit que les soins dont elle a bénéficié ne relèvent pas de la médecine alternative, en cas d'application de l'article 16 ;
- soit qu'elle a fait en sorte de respecter les conseils de santé prodigués par le CRSS, en cas d'application de l'article 18.

TITRE V – ENTRÉE EN VIGUEUR

Art. 22. Le présent décret entre en vigueur le 1^{er} octobre 2019.

Décret visant à réformer les soins de santé par la responsabilisation des bénéficiaires

TITRE I – BILAN DE SANTÉ

CHAPITRE 1^{ER} – GÉNÉRALITÉS

Art. 1^{er} §1^{er}. Est créé le Comité de Remboursement des Soins de Santé (CRSS). Le CRSS est composé de docteur·e·s en médecine, sélectionné·e·s par la commission parlementaire en charge de la santé publique pour un mandat de 5 ans. La sélection est approuvée par l'Ordre des Médecins.

§2. Le CRSS a pour missions :

- d'organiser le Bilan de santé visé à l'article 2 ;
- de prodiguer les conseils de santé visés à l'article 7 ;
- de faire de la sensibilisation dans les écoles tel qu'indiqué dans l'article 9 ;
- de prendre les décisions de remboursement total ou partiel ou de non-remboursement des soins de santé en application du Titre III.

Art. 2. §1^{er}. Une fois par an, tout·e citoyen·ne ou résident·e péjigonien·ne est tenu·e de se soumettre à un Bilan de santé complet, en ce compris un bilan sanguin et la prise de paramètres tels que l'impédancemétrie, la tension artérielle et le pouls.

§2. Le Bilan de santé vise notamment à déterminer la présence ou l'absence d'indicateurs de comportements à risque visés à l'article 5 du présent décret, ainsi qu'à élaborer les conseils de santé visés à l'article 7.

§3. Le Bilan de santé est gratuit.

§4. Il est proposé à tout·e citoyen·ne ou résident·e péjigonien·ne dont les bilans de santé des 5 dernières années démontrent l'absence de comportements à risque d'espacer la fréquence des bilans de santé ultérieurs à deux ans.

§5. Le Bilan de Santé est établi par un médecin généraliste agréé par le CRSS sur base de critères déterminés par l'Ordre des Médecins.

Art. 3. Le CRSS a accès aux informations reprises dans les Bilans de santé annuels, à titre confidentiel et à condition de ne les utiliser que pour son propre usage. Les membres du CRSS sont soumis au secret professionnel.

CHAPITRE 2 – COMPORTEMENTS À RISQUE

Art. 4. Un comportement à risque est un comportement adopté délibérément par son auteur·e et ayant des conséquences néfastes sur sa santé.

Art. 5. §1^{er}. Sont considérés comme des comportements à risque :

- La toxicomanie ;
- Le tabagisme actif ;
- La consommation excessive d'alcool (selon un taux défini par le CRSS) ;
- Le refus de vaccination, à partir de la majorité.

§2. La liste fixée au §1^{er} est limitative.

Art. 6. Par dérogation à l'article 5, les comportements à risque adoptés avant l'entrée en vigueur du présent décret sont réputés ne pas être du fait de leur auteur·e. Ils ne peuvent être pris en compte dans le cadre du Titre III du présent décret.

TITRE II – PRÉVENTION EN SANTÉ

CHAPITRE 1^{ER} – CONSEILS DE SANTÉ

Art. 7. §1^{er}. Une fois par an, le CRSS prodigue à chaque personne, sur base de son Bilan de santé, un ensemble de conseils pratiques afin de lui permettre d'améliorer son état de santé global et de mettre fin aux comportements à risque révélés par le Bilan de santé.

§2. Lorsqu'un comportement à risque est détecté pour la première fois lors d'un Bilan de santé, l'application des Chapitres 2 et 3 du Titre III du présent décret est suspendue jusqu'au Bilan de santé suivant afin de permettre au/à la bénéficiaire d'appliquer les conseils visés au §1^{er} du présent article.

Art. 8. Tous frais rendus objectivement nécessaires pour respecter les conseils de santé visés à l'article 7, §1^{er} sont considérés comme des frais relatifs à des soins de santé et sont remboursables dans la mesure prévue par le Titre III.

CHAPITRE 2 – SENSIBILISATION

Art. 9. Les établissements scolaires doivent sensibiliser annuellement leurs élèves aux dangers des comportements à risque via un·e intervenant·e extérieur·e agréé·e par le CRSS. La fréquence de cette sensibilisation est doublée dans les écoles à indicateur socio-économique bas.

Art. 10. Sont créés un site internet et une ligne téléphonique, afin de fournir toutes les informations relatives à une bonne hygiène de vie et aux dangers des comportements à risque, et afin de répondre aux questions de la population péjigonienne à ce sujet.

CHAPITRE 3 – PUBLICITÉ

Art. 11. Toute publicité incitant à adopter un comportement à risque est interdite.

TITRE III – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ

CHAPITRE 1^{ER} – REMBOURSEMENT INTÉGRAL

Art. 12. §1^{er}. Tout·e citoyen·ne ou résident·e péjigonien·ne bénéficie d'un remboursement intégral de ses soins de santé, sauf les exceptions prévues aux Chapitres 2 et 3 du présent Titre.

§2. Les exceptions prévues aux Chapitres 2 et 3 du présent titre ne s'appliquent pas aux personnes mineures.

Art. 13. Les cures de désintoxication, les sevrages ainsi que le suivi psychologique dans le cadre de l'abandon d'un comportement à risque, sont remboursés intégralement.

CHAPITRE 2 – NON-REMBOURSEMENT

Art. 14. Toute personne contrevenant à l'article 2 du présent décret est privée du remboursement de ses soins de santé jusqu'au respect de cette disposition. Après que la personne concernée s'est conformée à l'article 2, aucun remboursement ne peut avoir lieu de manière rétroactive pour des soins de santé dont elle a bénéficié pendant la période infractionnelle.

Art. 15. §1^{er}. Nul·le ne peut bénéficier d'aucun remboursement, même partiel, de soins de santé pour des pathologies causées par un comportement à risque.

§2. Au sens du présent décret, un comportement à risque est considéré comme causant une pathologie si la majorité de la littérature médicale a mis en évidence ledit lien de causalité.

Art. 16. §1^{er}. Par dérogation à l'article 15, si le/la patient·e met fin à ses comportements à risque ou entame une démarche visant à y mettre fin (cure de désintoxication, sevrage, etc.), ses soins de santé seront remboursés partiellement.

§2. Le taux de remboursement sera défini par le CRSS et pourra varier selon la période écoulée après l'arrêt du/des comportements à risque.

Art.17. §1^{er}. Nul·le ne peut bénéficier d'aucun remboursement, même partiel, pour des frais consentis en vue de bénéficier de médecine alternative, à l'exception des pathologies pour lesquelles l'efficacité de ladite médecine a été scientifiquement démontrée.

§2. La médecine alternative s'entend de toute pratique à laquelle des vertus préventives ou curatives sont prêtées, sans que ces vertus ne soient scientifiquement démontrées pour une large majorité de pathologies reconnues par le monde médical.

CHAPITRE 3 – REMBOURSEMENT PARTIEL

Art.18. §1^{er}. Si le/la patient·e a adopté un ou plusieurs comportement(s) à risque n'ayant pas causé la pathologie à l'origine des soins de santé dont il/elle a bénéficié, ces soins de santé sont remboursés de manière inversement proportionnelle au nombre de comportements à risque que le/la patient·e a adoptés, d'après les informations de son dernier bilan de santé. La mesure dans laquelle les soins de santé sont remboursés est la suivante :

- 1 comportement à risque : 83 % ;
- 2 comportements à risque : 66 % ;
- 3 comportements à risque : 50 % ;
- 4 comportements à risque : 33 % ;
- 5 comportements à risque : 16 % ;
- 6 comportements à risque ou plus : 0 %.

§2. Par dérogation au §1^{er}, les ménages dont le revenu annuel est inférieur au seuil de pauvreté bénéficient d'un régime d'exception. La mesure dans laquelle les soins de santé sont remboursés est la suivante :

- 1 comportement à risque : 88 % ;
- 2 comportements à risque : 76 % ;
- 3 comportements à risque : 65 % ;
- 4 comportements à risque : 53 % ;
- 5 comportements à risque : 41 % ;
- 6 comportements à risque ou plus : 30 %.

§3. S'il résulte du dernier bilan de santé du/de la patient·e que celui-ci/celle-ci a cessé d'adopter tous les comportements à risque n'ayant pas causé une pathologie pour laquelle ses soins de santé n'ont pas été

totalelement remboursés en vertu du §1^{er} ou du §2, le/la patiente bénéficie d'un remboursement de 2,5% par an jusqu'à complet remboursement de la quotité non initialement remboursée des soins de santé concernés.

§4. La mesure visée au §3 cesse de produire ses effets dès lors qu'il résulte d'un bilan de santé ultérieur que le/la patient-e adopte à nouveau un comportement à risque.

CHAPITRE 4 – ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

Art. 19. Les assurances complémentaires contractées afin de couvrir un soin pour une pathologie causée par un comportement à risque, ou tout autre soin non remboursable en vertu du présent décret, sont proscrites. Toute personne contrevenant au présent article sera punie d'une amende de 100 à 5000 euros, et toute somme versée au titre d'une telle assurance sera confisquée.

TITRE IV – RECOURS

Art. 20. Toute décision de non-remboursement ou de remboursement partiel de soins de santé est susceptible de recours devant une juridiction composée de trois magistrat·e·s. Ces magistrat·e·s comprennent un·e juge professionnel·le et deux juges consulaires provenant du domaine médical ou paramédical.

Art. 21. §1^{er}. Il incombe à la personne formant le recours visé à l'article 18 de démontrer, selon le cas :

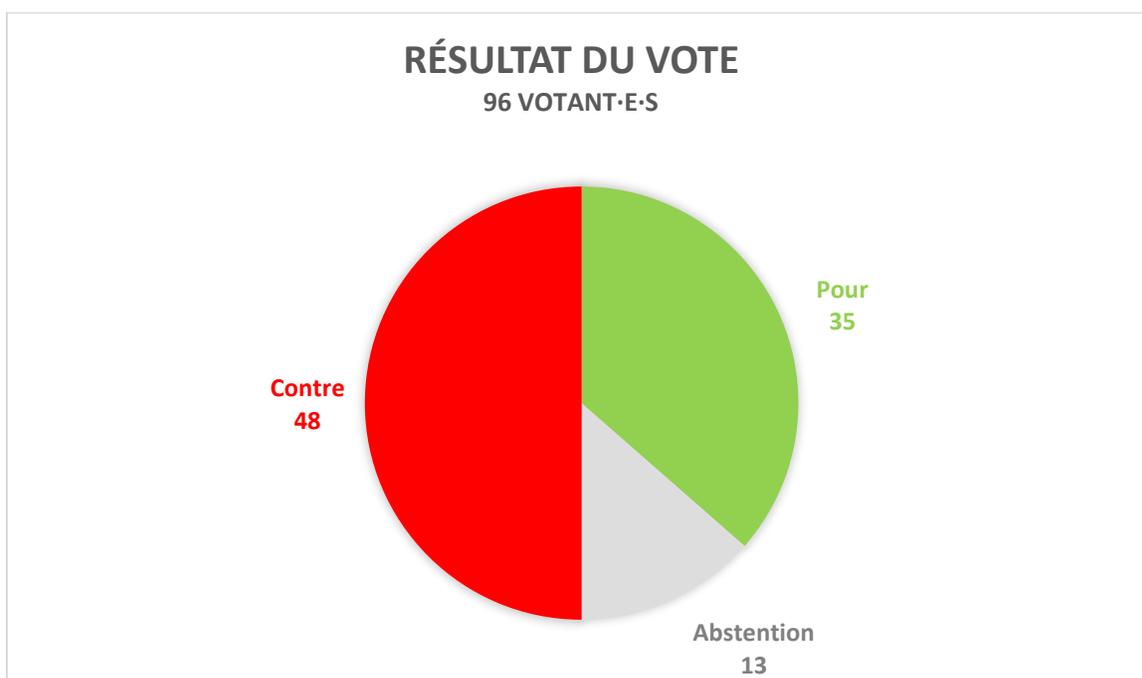
- soit qu'elle respectait l'article 2 du présent décret au moment où elle a reçu les soins de santé non-remboursés, en cas d'application de l'article 14 ;
- soit qu'elle n'a pas adopté un ou plusieurs comportement(s) à risque déterminé(s), en cas d'application de l'article 15 ou de l'article 18 ;
- soit qu'un comportement à risque qu'elle a adopté n'a pas causé une pathologie qu'elle a contracté, en cas d'application de l'article 15 ;
- soit que les soins dont elle a bénéficié ne relèvent pas de la médecine alternative, en cas d'application de l'article 17.

§2. Dans le cas où une personne gagne son recours, les frais juridiques occasionnés par l'introduction de ce recours sont remboursés par le CRSS.

TITRE V – ENTRÉE EN VIGUEUR

Art. 22. Le présent décret entre en vigueur le 1^{er} octobre 2020.

Résultat du vote



Le décret est rejeté.