

Les soins de santé bientôt privatisés ?

Dr. Jean-Michel Melis,
Secrétaire général du GBO
(Groupement belge des omnipraticiens).

I. Nous savons bien qu'ils ne siègent pas tous en même temps dans les mêmes organes (Conseil Général, comité d'assurance, commission de convention médico-mutualiste (dite "médico-mut") mais nous simplifions pour la compréhension...

Dans le n° 46 de la revue des Mutualités Libres « Profil » (juillet-août 98) on peut lire sous la plume de Daniel Ferette, Secrétaire Général : « (...) Dans ce contexte, il faut sans doute préparer le citoyen à financer plus largement, par des assurances complémentaires, ses dépenses de santé. Et dans ce cadre, les mutualités ont un rôle particulièrement important à jouer pour préparer un niveau adéquat de santé ».

Voilà donc une mutuelle qui prône ouvertement la privatisation (au moins partielle) des soins de santé. Elle n'est pas seule dans ce concert. De nombreuses voix défendent depuis un certain temps l'idée qu'une privatisation au moins partielle des soins de santé permettrait de sortir de l'impasse budgétaire actuelle.

Nous allons donc probablement assister dans le secteur des soins de santé au scénario que nous avons connus à la Sabena ou dans le secteur bancaire ex-public : une privatisation plus ou moins étendue comme réponse à l'enlisement financier d'un secteur qu'on ne parvient pas à faire fonctionner sainement faute de courage politique pour procéder aux assainissements indispensables.

Cela ne peut plaire qu'aux Belges jeunes, riches et en bonne santé. Quant aux autres ...

Les sources de financement des soins de santé

Rappelons que le système belge des soins de santé est financé de manière mixte : des **cotisations sociales** sont prélevées sur les revenus du travail et une **contribution directe** est versé par l'état dans le pot commun. Cela représente en gros un budget de 470 milliards par an. A cela s'ajoute plusieurs milliards que les patients paient eux-même directement (les **tickets modérateurs**).

Un certain nombre de personnes payent en plus des **assurances privées** pour couvrir certains risques (assurances hospitalisations par exemple). Ces assurances peuvent être souscrites auprès de compagnies d'assurances privées ou auprès des mutuelles.

Inutile de préciser qu'une masse aussi considérable d'argent attire quelques convoitises...

La méthode de répartition des finances

La répartition de cette masse de 470 milliards se fait au sein de l'INAMI (Ministère des Affaires sociales). Trois partenaires se retrouvent autour de la table¹ : les médecins (aussi appelés "prestataires de soins"), les mutuelles (aussi appelées "organismes assureurs") et les financeurs (état, patrons et syndicats ouvriers). Les patients (dits aussi "consommateurs de

soins") manquent à l'appel, mais ils sont censés être représentés par les mutuelles.

Les financeurs définissent au préalable des enveloppes budgétaires pour chacun des secteurs : hôpitaux, médicaments, soins à domicile, honoraires médicaux, etc. Des négociations sectorielles ventilent ensuite les montants au sein de chaque enveloppe.

Quand les exigences d'un des secteurs dépasse l'enveloppe budgétaire attribuée, le pouvoir de tutelle peut les refuser ou exercer des arbitrages en faisant glisser des sommes d'une enveloppe à l'autre. Par exemple : prendre dans le budget « médicaments » pour renflouer le budget « hôpitaux ». Cela ne va pas sans hurlements des groupes de pressions en présence.

Les négociations sur les tarifs des médecins se déroulent au sein de la fameuse « médico-mut », et cela aboutit normalement à une **convention** qui fixe les tarifs et les taux de remboursements de chaque acte médical. Le résultat final étant ce qu'on appelle "la sécurité tarifaire" du patient.

Quand il n'y a pas de convention, les tarifs médicaux sont libres : les médecins peuvent demander ce qu'ils veulent, mais les mutuelles ne remboursent qu'en fonction des tarifs du dernier accord en vigueur.

Quand on dit ici « les médecins » il faut entendre dans la plupart des cas « les gestionnaires d'hôpitaux ». Dans beaucoup d'hôpitaux les médecins sont payés au mois et le volume d'actes qu'ils prestent n'a aucune influence sur

le montant qu'ils touchent. Ce volume influence par contre la masse d'argent qui entre à l'hôpital...

L'impasse financière

Ce système n'a pas posé de problèmes au cours des années de forte croissance économique : l'argent était largement disponible et le budget des soins de santé augmentait chaque année de façon spectaculaire. A chaque fois le gouvernement trouvait du bois de rallonge pour renflouer les enveloppes qui craquaient de partout.

Les premières difficultés sérieuses sont apparues à la fin des années '80 et se sont exacerbées depuis le traité de Maastricht.

Les budgets sont respectés strictement et le gouvernement imagine des tas de mécanismes pour raboter fermement tout ce qui fait mine de dépasser l'enveloppe pré-définie.

Cela signifie en général que c'est le patient qui doit passer à la caisse et que les soins de santé coûtent donc de plus en plus chers. Les praticiens de première ligne sont les témoins privilégiés de cette détérioration inexorable de l'accès aux soins pour les patients : augmentation des tickets modérateurs en médecine générale, en biologie, en radiologie, déremboursement de certains médicaments et de toute une série de soins dentaires, etc.

Par ailleurs, dans les hôpitaux, le bas prix des prestations et le système de rémunération à l'acte ont incité les gestionnaires à faire pression sur les médecins pour faire "tourner la machine" afin de générer les flux financiers nécessaires pour maintenir les structures à flots. Parallèlement à cela les hôpitaux licencient le personnel "non-rentable", ce qui augmente de façon insupportable la charge de travail de ceux qui restent.

Plus personne n'a du temps à donner au malade. Tout le monde doit être "productif" car l'hôpital est devenu un centre de "production de soins".

Si on ne change pas les règles du jeu, il est clair que le système ne peut pas continuer à fonctionner ainsi : l'enveloppe budgétaire fixée est toujours trop étroite et c'est à chaque fois le patient qui trinque et le personnel qui ploie sous la surcharge de travail.

La responsabilisation des mutuelles

Toujours dans un souci de maîtrise des flux financiers, le gouvernement a introduit récemment la **responsabilisation (financière) des mutuelles**.

Le Dr. Jean Degré (Mutualités socialistes) a exposé très clairement les conséquences prévisibles de cette décision².

Comme la responsabilisation des mutuelles doit se faire en Belgique dans le cadre d'une enveloppe budgétaire **fermée** il s'agit bien de mettre les mutuelles en concurrence entre elles, et de provoquer ainsi, à budget global inchangé, des transferts financiers **entre** mutuelles.

Cela va avoir deux conséquences :

1. Les mutuelles vont faire porter une partie des contraintes du système sur les dispensateurs de soins et les hôpitaux en les mettant en concurrence et donc en faisant pression sur les prix.

Ceci aura des conséquences sur l'ensemble de la chaîne, et le personnel hospitalier en paiera la facture.

2. Ce système de responsabilisation n'est pas non plus exempt du danger de sélection des risques : les patients gravement malades, « qui coûtent cher » risque d'avoir du mal à se trouver une mutuelle. On assistera au passage progressif d'un système basé sur la solidarité à un système d'assurance basé sur le « risque », avec introduction par exemple de **franchises** comme dans l'assurance-auto.

Cette responsabilisation financière des mutuelles belges n'est encore que très partielle mais elle est appelée à augmenter progressivement au cours des années, comme c'est prévu par la loi. Il s'agit donc bien d'une privatisation rampante et comme d'habitude en Belgique, cela se passe "en douce", à petits pas, sans aucun débat de fond préalable.

Certaines mutuelles (en particulier les Mutualités chrétiennes) commencent à expérimenter des systèmes d'accords tarifaires préférentiels avec certains médecins ou certains services hospitaliers. En contre-partie d'une baisse des tarifs ils assurent à ces services l'exclusivité sur leurs affiliés...

Un peu comme certaines compagnies d'assurances-auto qui obligent leurs clients à faire réparer leur véhicule chez des carrossiers « agréés » par elles...

2 : Carte
blanche dans
Le Soir du
4.1.97

A lire... A débattre



Notre système de soins de santé, dont le financement est basé actuellement sur la solidarité entre les personnes et dont les services sont en théorie ouverts à tous de la même façon

de revenus, évolue donc doucement vers un système privatisé, calqué sur le système des assurances.

Le « paquet de base »

Les chantres de la privatisation se rendent bien compte qu'elle risque d'éveiller quelques réticences au sein de la population.

Ils ont donc développé l'idée d'une division des soins en deux morceaux. Un « paquet de base de soins pour tous », resterait couvert par l'assurance obligatoire selon les modalités actuelles, et le reste serait pris en charge par des techniques d'assurance (privées ou mutualistes).

Ce « reste » ne sera donc accessible qu'à ceux qui pourront se le payer ou à ceux qui se le verront offrir par l'employeur via des assurances privées (comme aux USA).

Cela officialiserait complètement la médecine duale qui s'est déjà installé en « noir » en Belgique : dessous de table ou suppléments plantureux réservent déjà un certain nombre de médecins ou de services aux citoyens fortunés ou assurés.

Et le communautaire là dedans ?

La régionalisation (ou la communautarisation...) d'une partie ou de la totalité des soins de santé s'articule avec souplesse dans ce scénario.

Si on part de l'hypothèse minimaliste qui est de garder seulement un paquet de soins de base au niveau fédéral et de transférer le reste aux communautés, on verra des pans entiers du système des soins de santé quitter l'INAMI pour aller rejoindre ce qui se fait déjà à d'autres niveaux de pouvoir (région, communautés, provinces, communes...) : soins à domicile, soins palliatifs, médecine préventive de toute

nature, médecine scolaire, santé mentale, enseignement de la médecine, recherche, etc. Avec les clefs de répartition budgétaire que nous connaissons, il sera impossible à la Communauté Française et/ou aux Régions Wallonne et Bruxelloise d'assurer le financement de ces nouvelles compétences. L'impasse budgétaire n'en sera que plus grande et les tentations de privatisations que plus fortes.

Que faire ?

On est donc devant quelques constats :

La politique de santé en Belgique est une politique de la tire-lire : on navigue à vue, en étant soumis à la loi des coûts (quand ça coûte trop cher, on coupe...).

Cette politique budgétaire est inspirée par de puissants lobbies (les médecins, les gestionnaires d'hôpitaux, les laboratoires, l'industrie du médicament, les maisons de repos, les fabricants d'équipements médicaux...etc) face auxquels le pouvoir politique en Belgique se montre faible.

Ces lobbies sont présents dans les cabinets ministériels hypertrophiés, aux dépens de l'administration qui a souvent une vue juste des dérapages mais qu'on écoute pas ou peu.

Pour sortir de l'impasse financière actuelle, on propose de plus en plus une privatisation des soins de santé. Une mesure comme la responsabilisation financière des mutuelles en est un signe avant-coureur.

S'ajoute à cela toutes les dérives communautaires qui parasitent le débat. Certains risquent de profiter des difficultés créées par le débat post-électoral de 1999 pour proposer des solutions apparemment séduisantes, qui précipiteront tout le système dans la voie de la privatisation.

Parlementaires et syndicats des travailleurs doivent se pencher sur ce problème. Il faut un large débat public sur la politique de santé et sur les méthodes de financement de cette politique. Ce débat est urgent et des réformes doivent être entreprises rapidement pour permettre d'assurer des soins de qualité à tous les belges, dans le cadre d'une sécurité sociale basée sur la solidarité, en respectant ± le budget actuel.

Si cela n'est pas entrepris, on va vers un système d'assurances privées dont le patient sera finalement la victime.