

## Budget et note de politique générale de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (Partie Santé) – 2016

### Généralités

Je voudrais commencer - une fois n'est pas coutume - par une note positive en relevant des éléments qui nous sont présentés aujourd'hui et que nous saluons. Nous sommes, par exemple, heureux de voir qu'enfin vous reparler des différents plans importants qui ont été mis en place par votre prédécesseur et dont il est essentiel, selon notre groupe, de poursuivre la mise en œuvre. Je parle bien sûr du **Plan cancer, du Plan VIH, du Plan « maladies chroniques » et du Plan hépatite**. Nous aurons toutefois quelques questions spécifiques à vous poser mais nous y reviendrons par la suite.

Je voudrais, ensuite, saluer votre volonté d'examiner la **situation d'exclusion du don de sang des hommes ayant des relations avec d'autres hommes**. En effet, s'il est indispensable que la qualité des dons de sang soit garantie, il n'en reste pas moins que cette exclusion définitive telle qu'elle existe actuellement demeure humiliante. Cette exclusion favorise un climat d'homophobie en stigmatisant une partie de la population sur base de son orientation sexuelle, elle alimente le mythe d'une communauté dont les pratiques sexuelles seraient systématiquement dangereuses, risquées voire malsaines et nourrit l'idée que l'homosexualité est nécessairement porteuse de maladie. Lors du don de sang, notre groupe estime que seul le critère de la qualité du sang doit être examiné et non l'origine de la population dont il est issu. Je voudrais donc profiter de l'occasion pour vous signaler que notre groupe a une proposition sur le sujet et que nous serions heureux de pouvoir en débattre avec vous rapidement. Il serait donc intéressant que nous puissions savoir quand précisément les conclusions du groupe de travail mis en place sont attendues.

Je crois qu'il est à nouveau aussi important de souligner le travail important qui a été fait notamment par l'équipe de coordination Ebola et en particulier Madame Erika Vlieghe dans le cadre de **l'épidémie Ebola**. Vous dites dans ce cadre vouloir développer un plan de réponse générique qui pourra être appliqué lors de menaces sanitaires futures. Qui se chargera de son élaboration ? L'équipe de coordination Ebola est-elle toujours opérationnelle aujourd'hui sachant que l'épidémie en Afrique de l'Ouest est heureusement pratiquement éradiquée ? Un audit a été réalisé en mars dernier par le Centre européen de prévention et contrôle des maladies concernant la réponse apportée par la Belgique dans le cadre de cette crise. Quels sont les résultats de cet audit ? Des recommandations ont-elles été formulées pour le futur ?

Enfin, je pense également que la poursuite du **développement des soins de santé mentale**, notamment des enfants et des adolescents, doit demeurer une priorité. Nous avons en effet régulièrement écho de situations dramatiques vécues par les parents de ces jeunes qui se retrouvent encore aujourd'hui totalement démunis face à l'absence de prise en charge

adéquate ou face à l'absence de lit disponible. Nous espérons donc que le cadre théorique que vous présentez puisse rapidement être mis concrètement en œuvre sur le terrain.

Voilà pour les points positifs. Car malgré cela, mon groupe accueille à nouveau votre note de politique générale avec beaucoup d'inquiétudes et d'appréhensions.

## **Budget**

Il y a un an, nous étions déjà extrêmement inquiets au vu du **budget d'austérité** que vous imposiez au secteur des soins de santé, secteur ô combien important pour l'ensemble de nos citoyens. Vous aviez alors essayé de nous convaincre que les économies qui frapperaient les soins de santé ne toucheraient pas les patients. Mais nous n'étions pas dupes. Et à raison. Nos inquiétudes avaient bien toute leur raison d'être.

Les mesures que vous avez prises jusqu'ici se sont clairement faites sur le dos des patients : vous avez augmenté les tickets modérateurs chez certains spécialistes, vous avez réduit la durée de séjour en maternité, vous avez reporté l'application du tiers payant obligatoire pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et vous avez refusé de l'étendre aux patients chroniques, vous avez renoncé, sous la pression du patronat, à étendre à deux mois la période de salaire garanti en cas d'incapacité de travail, vous avez instauré un plan de réinsertion obligatoire vexatoire pour les personnes en incapacité de travail...

Comme nous le dénonçons, ce sont donc bien les patients qui ont été touchés par les mesures que vous avez prises. Et j'ai ce triste sentiment que ce gouvernement persiste et signe dans son refus de mettre l'intérêt du patient et l'accès à des soins de qualité pour tous au centre de ses préoccupations !

Et la plus belle preuve pour étayer la sombre analyse que mon groupe dresse de votre action en matière de santé, c'est la non approbation, en octobre dernier, par le Conseil général de l'INAMI du budget de l'assurance maladie pour 2016.

Ce rejet, c'était un signal fort qui vous était adressé. Un signal des acteurs des soins de santé pour contester le budget raboté que vous vouliez à nouveau imposer au secteur des soins de santé. Et ce signal vous ne l'avez évidemment pas entendu puisque vous avez adopté unilatéralement ce budget 2016. Celui-ci devrait atteindre **23,617 milliards d'euros** et je voudrais citer 3 chiffres pour illustrer mon inquiétude quant à l'avenir de nos soins de santé :

- 3, c'est la norme de croissance qui était appliquée aux soins de santé en 2014
- 1,5, c'est la norme que vous aviez décidé d'appliquer et de garantir à partir de 2015
- 0,75% c'est la réalité du budget que vous fixez finalement pour 2016

3 – 1,5 – 0,75 ... Une diminution vertigineuse donc, incompréhensible au regard des besoins qui ne cessent d'augmenter en la matière. Lorsqu'on sait qu'une **économie supplémentaire de plus de 400 millions d'euros pèsera sur les soins de santé rien qu'en 2016**, nos craintes ont bien leur raison d'être.

Car, je vous accuse - et je mesure mes mots - de faire peser votre assainissement budgétaire sur les soins de santé ! Aujourd'hui, avec une **contribution de plus de 3 milliards à l'horizon 2018**, les soins de santé sont clairement la vache à lait de votre assainissement budgétaire ! Les soins de santé sont clairement la vache à lait du tax shift concocté par votre Gouvernement ! Et c'est évidemment le patient qui va trinquer !

Dans le cadre de cet assainissement budgétaire, je voudrais également revenir sur cette fameuse **taxe santé**. Je crois que vous serez d'accord avec moi au vu des propos que vous avez tenus dans la presse en octobre dernier, Madame la Ministre, cette taxe, c'est une simple mesure budgétaire... qui n'a aucunement pour objectif de répondre à un problème de santé publique. Comme vous, Madame la Ministre, nous n'avons pu que déplorer le fait que les impératifs du tax shift aient précipité cette mesure.

Aujourd'hui, vous nous parlez de l'élaboration d'un Plan national nutrition santé - une politique qui me semblait-il avait été largement transférée aux entités fédérées - et vous nous dites que la taxe santé devra s'appuyer sur les objectifs de ce plan. Les économies ont déjà été chiffrées pourtant... Vous nous parlez en effet de 50 millions en 2016 et 50 millions les années suivantes... Je crains que le timing soit difficilement tenable... Et si vous estimez que cette taxe sera réellement efficace en termes de santé publique, la consommation des produits visés devrait diminuer et donc votre rendement dans les prochaines années également. Vous nous dites par ailleurs qu'une négociation va être menée prochainement par le Ministre de l'Economie avec le secteur de la grande distribution pour qu'il contribue à l'assainissement du budget des soins de santé... Sur quoi portera cette négociation ? Participerez-vous à celle-ci ? Quelle position allez-vous défendre dans ce cadre ?

### **Réforme du financement hospitalier**

On le sait, l'importante réforme du financement des hôpitaux qui, pour notre groupe, devra avant tout garantir l'accès du patient à des soins de qualité tout en comblant le sous-financement du secteur, demandera du temps. Ses contours vont se dessiner au fur et à mesure. Cette réforme demandera également des modifications structurelles qui auront un impact sur les patients, sur le personnel mais aussi sur tous les acteurs qui gravitent autour du monde médical.

Je dois déplorer qu'à ce jour nous n'ayons pu avoir qu'un seul échange de vues avec vous sur ce sujet complexe alors que, lors de la présentation de votre plan d'approche, une deuxième rencontre était prévue afin que nous ayons le temps de l'analyser plus en détails. J'espère donc que celle-ci pourra avoir lieu rapidement.

Aujourd'hui, je voudrais vous poser quelques questions spécifiques dans le cadre des **projets-pilotes** qui devraient permettre l'implémentation de la réforme. Ces projets-pilotes devront tester des alternatives à l'hospitalisation afin de diminuer la durée des séjours ou d'éviter des admissions injustifiées. Si mes informations sont exactes, les premières propositions relatives aux projets-pilotes devaient être transmises par les hôpitaux en septembre dernier. Pourquoi avoir imposé aux hôpitaux un timing si court pour formuler leurs propositions ? Combien de propositions ont été transmises ? Pourriez-vous me donner la liste des hôpitaux ayant répondu à l'appel à projet ? Pourriez-vous également me dire selon quelle procédure, par qui, quand et sur base de quels critères la sélection aura-t-elle lieu ?

Par ailleurs, toujours concernant les projets-pilotes, nous le savons, ils concerneront dans un premier temps spécifiquement les accouchements eutociques. Et cela pour répondre à une décision que vous avez prise il y a un an déjà et qui consistait à réduire la durée d'hospitalisation lors d'un accouchement d'un demi-jour en 2015 et d'un jour en 2016. Cette mesure a été - c'est indéniable - décidée dans le seul but de faire des économies : près de 12 millions d'euros en 2015 et de 14 millions à partir de 2016. A l'époque, mon groupe vous avait pourtant déjà fait part de ses craintes pour ces futures mamans et leurs enfants par rapport au timing de la réforme. En effet, Il nous semblait que vous auriez dû d'abord assurer la **réorganisation des soins postnatals** et ensuite seulement envisager les économies. Vous, vous avez fait tout l'inverse. Que se passe-t-il donc pour les femmes qui accouchent dans un hôpital qui n'a pas été sélectionné pour mener un projet-pilote ? Des moyens supplémentaires seront-ils investis dans les soins postnatals de façon générale ? Qu'en sera-t-il du rôle des sages-femmes à l'avenir ?

Ensuite, il est évident que **les soins à domicile** feront partie intégrante des alternatives à l'hospitalisation que vous recherchez. Pourtant, aujourd'hui, vous confirmez vouloir récupérer le dépassement budgétaire auprès du secteur des soins infirmiers à domicile et ce à hauteur de 10,4 millions €. C'est une décision incompréhensible sachant que des moyens réels et concrets seront plus que jamais nécessaires au secteur du domicile afin de lui permettre de répondre aux nouveaux défis qui l'attendent dans le cadre des mesures que vous prenez. Les dépassements budgétaires risquent donc bien de se répéter à l'avenir. Vos décisions auront dès lors inévitablement pour effet de reporter sur les prestataires et leurs patients une charge financière qui était assumée jusqu'à ce jour par l'état fédéral et qui permettait une médecine de qualité accessible à l'ensemble de la population. On peut par exemple craindre le déconventionnement d'une partie des prestataires du domicile, leur laissant toute latitude pour fixer la hauteur de leurs rémunérations. On peut aussi craindre que vos décisions aient un effet sur la qualité de la prise en charge des patients, en imposant par exemple aux infirmiers de limiter le nombre de visites par jour chez le même patient ou de diminuer le temps par séance de soins. Comment dès lors vous sera-t-il possible de garantir des soins à domicile de qualité accessibles à l'ensemble de la population en agissant de la sorte ?

Toujours dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, vous dites également vouloir prendre des mesures pour limiter les **admissions injustifiées dans les services d'urgence** en incitant notamment les patients à aller d'abord chez leur médecin traitant. C'est une démarche tout à fait compréhensible mais pourquoi avoir dès lors décidé de geler le financement des postes de garde de médecine générale à hauteur de 10,2 millions d'euros ? Le « Plan Gardes » mis en place par votre prédécesseur visait justement la généralisation du tri des appels via le numéro « 1733 » - et vous semblez vouloir continuer dans cette voie sur ce point ce qui est très bien - afin d'alléger la charge de travail des médecins généralistes et d'éviter le recours systématique aux services d'urgence des hôpitaux tout en améliorant la prise en charge des patients. C'était une réponse efficace apportée au problème que nous connaissons tous au sein des services d'urgence. Et le « Plan Gardes » permettait, ensuite et surtout, la création de nouveaux postes de garde afin d'améliorer plus encore les conditions de garde des médecins généralistes mais aussi afin d'assurer à tous les patients des soins de médecine générale adéquat au moment adéquat. C'était une initiative attendue depuis longtemps. Une initiative bénéfique tant pour les professionnels de soins que pour les patients auquel vous avez mis un point d'arrêt sous un prétexte de standardisation des dépenses. Vous pourriez peut-être être plus explicite sur ce point et nous dire clairement si la tranche de 5,25 millions mentionnée dans votre note peut effectivement être considérée comme une économie réalisée dans ce cadre ?

Enfin, je voudrais encore revenir sur deux éléments concernant les hôpitaux. Le premier concerne les **suppléments d'honoraires**. Vous le savez, votre prédécesseur, Madame Onkelinx, avait permis la fin des suppléments d'honoraires dans les chambres communes et à deux lits. Vous avez poursuivi le travail en supprimant également ces suppléments en cas d'hospitalisation de jour. Nous l'avions d'ailleurs salué. Aujourd'hui, je voudrais savoir clairement ce qu'il en sera pour les suppléments d'honoraires en chambre particulière. Il nous semble indispensable que des avancées soient réalisées sur ce point dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux et je m'étonne que cet élément ne soit pas mentionné dans votre note. Il me semble que c'est une question essentielle que nous devons nous poser à l'heure où, nous le voyons, ces suppléments en chambre particulière explosent, engendrant ainsi une surenchère néfaste entre hôpitaux dans un contexte de pénurie de certains médecins hospitaliers et mettant surtout la sécurité tarifaire des patients en danger ! Pourriez-vous me dire si cette question figurera concrètement à l'agenda des discussions relatives à la réforme ?

## Soins intégrés - Plans

Concernant les différents plans dont vous semblez soutenir la poursuite de la mise en œuvre. Tout d'abord, le **Plan « maladies chroniques »**. Ces dernières années, de nombreuses avancées ont été réalisées dans le domaine des maladies chroniques tant en terme de prise en charge qu'en terme de reconnaissance de celles-ci. Toutefois, nous le savons, la prévalence croissante des maladies chroniques a en effet une influence sur les soins de santé et par extension sur la société dans son ensemble. Cela nécessite d'adapter les politiques, budgets et services pour répondre aux besoins des personnes qui en souffrent. Il est donc important de développer cette fameuse « vision intégrée ». Je voudrais vous poser une simple question que nous avons déjà abordée l'an dernier : les patients chroniques pourront-ils finalement bénéficier du tiers payant obligatoire comme l'avait prévu votre prédécesseur Madame Onkelinx ? Il semblait qu'un problème de définition du groupe-cible empêchait cette avancée importante. Celui-ci a-t-il pu être résolu depuis lors ?

Vous abordez ensuite le **Plan Cancer**. La majorité des actions contenue dans ce plan ont aujourd'hui été réalisées et sont devenues des mesures structurelles. Il apparaît qu'un nouveau protocole d'accord doit être conclu avec les entités fédérées concernant le dépistage précoce. Suite à une question écrite que mon groupe vous a adressée en juin dernier, il était envisagé que le Conseil Technique Médical (CTM) fasse une proposition qui permette d'obtenir assez d'économies pour pouvoir favoriser la mammographie digitale. Vous parlez aujourd'hui de démanteler les mammographies opportunistes. Pourriez-vous nous préciser ce qu'il en est ?

Concernant le **Plan VIH/sida**, je suis heureux de voir qu'il figure en bonne place dans votre note alors que vous n'en faisiez que très peu mention en 2015. Le plan prévoyait la désignation d'un coordinateur. Pourriez-vous me dire aujourd'hui ce qu'il en est ? Par ailleurs, et je m'en réjoui, vous dites vouloir donner suite à l'avis du CSS relatif au dépistage décentralisé et démedicalisé. Notre groupe a déposé une résolution dans ce sens depuis plusieurs mois maintenant. Elle figure d'ailleurs dans nos priorités au sein de cette Commission. J'espère donc que votre majorité lui réservera une suite favorable rapidement !

Enfin, dans le cadre du **Plan Hépatite**, je voudrais revenir sur la question des nouveaux traitements disponibles. Le Sovaldi apparaît en effet comme un médicament très efficace dans le cadre du traitement de l'hépatite C. Il offre en effet un taux de guérison plus élevé, avec moins d'effets secondaires. Grâce à ce médicament de nouvelle génération, il semble qu'on puisse réduire, au niveau mondial, de moitié le nombre de cas d'insuffisance hépatique grave et de décès d'ici 2030, en plus de faire baisser d'un tiers le nombre de nouvelles infections. À l'heure actuelle, ces nouveaux antiviraux sont uniquement remboursés par le biais d'un accord entre l'INAMI et les entreprises pharmaceutiques et n'est utilisé que dans le cadre du traitement des patients souffrant déjà d'une importante détérioration hépatique ou d'une cirrhose et en cas de transplantation du foie. C'est évidemment le coût élevé du traitement qui fait que le Sovaldi n'est pas remboursé à tous

les patients atteints de l'hépatite C en Belgique. Il semble pourtant que d'autres pays européens aient réussi à négocier de bien meilleurs prix que la Belgique. Est-ce que vous confirmez cette information ? Je voudrais donc vous encourager à mettre sous pression les producteurs de ces nouveaux médicaments afin qu'ils puissent bénéficier à davantage de patients.

### Accès aux médicaments et produits de santé

Concernant toujours l'accès aux médicaments et précisément le **Pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique**. Je voudrais tout d'abord profiter de l'occasion pour savoir pourquoi les mutualités n'ont pas été associées à l'élaboration de ce Pacte alors qu'elles disposent - me semble-t-il - d'une plus-value indéniable en tant que défenseurs des patients mais aussi en tant que gestionnaire de l'assurance maladie-invalidité. Je crois savoir que différents groupes de travail vont à présent se pencher sur les questions relatives au remboursement des médicaments et à l'accès pour les patients, les mutualités y seront-elles enfin associées ?

Comme je l'ai déjà dit faire diminuer le prix des médicaments est toujours tout bénéfique pour le budget des soins de santé mais aussi et surtout pour le budget santé des patients sachant que les médicaments représentent 35 % de leurs dépenses en soins de santé. Nous ne pouvons donc que saluer la « **Patent cliff** » qui entrera en vigueur en 2016. Cependant, lorsque vous dites que la facture des médicaments diminuera chaque année de 60 millions au cours de cette législature, on parle donc bien d'effort cumulé sur 5 ans. Le chiffre est donc loin d'être impressionnant lorsqu'on sait que le ticket modérateur diminue plus ou moins de 10 millions chaque année depuis 2009 et qu'il a même baissé de plus de 50 millions en 2010 uniquement...

Par ailleurs, je voudrais savoir si des mesures spécifiques sont prévues afin de modifier les comportements de prescription pour maîtriser les volumes ?

Enfin vous faites, par ailleurs, référence dans votre note et toujours concernant ce Pacte au projet « **Unmet medical need** ». Je tiens quand même à rappeler que ce projet ne découle absolument pas du Pacte que vous avez conclu avec l'industrie mais qu'il a été présenté par votre prédécesseur et voté par cette assemblée sous la précédente législature.... Permettre à des groupes de patients souffrant d'une maladie grave ou rare qui mettent leur vie en danger d'avoir accès beaucoup plus rapidement à de nouveaux traitements innovants alors qu'aucun traitement efficace n'existe sur le marché, ce n'est pas rien. Je comprends que vous y fassiez dès lors à nouveau référence !

## Professionnels de soins

Un autre chapitre important de votre note concerne les professionnels de soins et notamment la problématique des **numéros INAMI**. Comme nous vous l'avons déjà répété à plusieurs reprises, des milliers d'étudiants en médecine et en dentisterie craignent toujours de ne pas pouvoir exercer leur profession au terme de leurs études faute de pouvoir disposer d'un numéro INAMI.

Le filtre en Fédération Wallonie-Bruxelles a été instauré. Un protocole d'accord équilibré doit à présent être signé avec les Communautés rapidement. Nous vous demandons de faire enfin avancer ce dossier de manière constructive. Pouvez-vous nous dire où en sont les discussions concernant ce protocole d'accord ? Pouvez-vous nous donner le calendrier précis qui a été établi dans le cadre de la réponse à apporter à cette problématique ? Qu'en est-il au niveau de la planification de l'offre médicale - il me semble en effet que les deux problématiques sont intimement liées - alors que la pénurie de médecins généralistes ainsi que de certaines spécialités est ou sera à l'avenir bel et bien une réalité dans certains endroits de notre pays ? D'ailleurs, lorsque vous dites qu'en matière de planification une approche similaire sera envisagée pour d'autres professions de soins où une offre excédentaire se manifeste, je vous dirais que votre rôle est aussi de pallier les pénuries qui pourraient se profiler au sein de certaines professions et j'ai l'impression que vous ne portez que peu d'intérêt à cet aspect de la problématique.

Concernant les **infirmiers**, vous dites que l'exécution du plan d'attractivité sera poursuivie. Toutefois, en commission, vous nous avez indiqué que « l'octroi actuel de titres et de qualifications à certaines spécialisations dans certains services n'est plus tenable. Non seulement, en raison d'un impact budgétaire mais aussi précisément en raison des inégalités qui existent au sein d'un même groupe professionnel. » Je voudrais donc savoir quelles pistes sont envisagées aujourd'hui, avec qui précisément les négociations ont lieu en la matière et surtout je voudrais que vous m'assuriez que les infirmiers ne verront pas leur rémunération diminuée dans le futur. Des avancées importantes en termes de reconnaissance de revalorisation de la profession ont été obtenues sous les précédentes législatures, il serait inacceptable de faire marche arrière !

Par ailleurs, la Belgique doit transposer très prochainement la **Directive** européenne 2013/55. Pourriez-vous me dire quand cette transposition sera finalisée ? Quels sont les contours de cette transposition ? Pouvez-vous nous indiquer si les étudiants en cours de formation - autant dans les filières de bachelier que de breveté - pourront obtenir le visa nécessaire à l'exercice de leur profession ? Si oui, à quelles conditions ? Cette réforme se fait-elle en bonne intelligence et de manière pleinement concertée avec les Communautés, notamment au sein de la CIM Santé ? Vous parlez également de la nécessité de pouvoir remettre en question les actuelles répartitions de tâches. Pourriez-vous nous expliquer ce que vous entendez par là ?

Enfin, toujours concernant les professionnels de soins, je voudrais brièvement revenir sur la mise en œuvre de la loi réglementant les **professions des soins de santé mentale**. Nous avons eu l'occasion d'en débattre longuement avec vous récemment et les inquiétudes que nous avons soulevées étaient malheureusement fondées. Comme vous nous l'avez présenté, ce ne sont pas des petites adaptations pratiques, techniques que vous désirez apporter à cette loi. Votre objectif est de la détricoter complètement, piétinant ainsi le travail important qui a été réalisé sous la précédente législature par votre prédécesseur et les députés de cette commission. J'espère donc que les échanges que nous avons eus vous permettront de revoir votre position afin de garantir les avancées engrangées et rassurer les professionnels concernés.

### **Mutualités**

Enfin, un dernier point, concernant **les organismes assureurs**. Comme mon groupe a déjà eu l'occasion de le dire, le secteur des mutualités est déjà fortement contrôlé. Renforcer leur transparence n'est donc pas un problème. Nous avons d'ailleurs soutenu l'audit concernant leur financement demandé par la majorité. Ce que je ne parviens toujours pas à comprendre c'est sur quelle base cette économie de 50 millions prévue rien qu'en 2016 sur les frais d'administration des mutualités a donc été décidée et calculée ? L'idée de ces audits est bien d'objectiver certaines données pour - ensuite et éventuellement - prendre des décisions. Pourquoi dès lors ne pas avoir attendu les résultats de celui-ci ? Pouvez-vous aujourd'hui nous garantir que les organismes assureurs continueront à bénéficier d'un financement adéquat de leur fonctionnement afin qu'ils puissent continuer à assurer leurs missions de soutien aux patients et de gestionnaire dans le cadre de l'assurance maladie invalidité ? Pouvez-vous déjà nous dire quelles adaptations vous prévoyez concernant le financement de leurs frais d'administration et comment vous comptez optimiser leur fonctionnement.