

Budget et note de politique générale de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (Partie Santé) – 2017

Budget

Madame la Ministre,

Nous avons pris connaissance de votre note de politique générale avec beaucoup d'attention. Mais aussi évidemment avec beaucoup de réserves. Vous comprendrez pourquoi...

A l'entame de la législature, votre Gouvernement a diminué la norme de croissance des soins de santé à 1,5 % mais vous nous aviez promis une trajectoire stable. Et de stabilité, il n'y en a guère eu jusqu'ici. Dois-je vous rappeler que nous aurons une norme d'à peine à 0,5 % en 2017 ?

Depuis le début de la législature aussi, vous répétez à l'envi que les patients ne seront pas touchés par les économies que vous imposez aux soins de santé. Entre-temps, vous avez augmenté les tickets modérateurs chez certains spécialistes, vous avez réduit la durée de séjour en maternité, vous avez refusé d'étendre les tiers-payant obligatoire 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 donc touché aux patients. Et aux patients les plus fragiles. Et vous continuez.

Alors qu'en septembre dernier, vous affirmiez dans la presse qu'on ne toucherait plus aux soins de santé, c'est à nouveau plus de 900 millions d'économies que vous leur imposez en 2017. Vous me direz, qu'une partie de ces économies avaient déjà été décidées lors du conclave d'avril mais cela ne change rien. Et à nouveau les patients seront touchés. Et plus fortement encore les patients les plus fragiles.

Alors quand vous nous dites aujourd'hui dans votre note que l'accessibilité pour le patient à des soins payables - la notion est sans doute variable d'un milieu à l'autre et elle mérite sans doute quelques précisions - et de qualité doit rester une question prioritaire permanente, oui nous émettons des réserves et de grandes réserves. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que le Conseil général de l'INAMI n'ait à nouveau pas approuvé le budget des soins de santé pour l'année prochaine.

Les soins de santé sont un bien précieux. Mon groupe en est convaincu. Protéger les patients, soutenir les professionnels de soins, permettre le développement d'infrastructures de qualité et investir dans l'innovation, c'est primordial. J'ai l'impression que ce n'est pas une priorité pour votre Gouvernement qui a décidé de faire porter le tiers de l'effort budgétaire à réaliser sur la sécurité sociale et spécifiquement sur les soins de santé. Notre sécurité sociale qui est pourtant reconnue internationalement et qui est l'essence même de la cohésion de notre pays.

Lorsqu'on sait que près d'un patient sur cinq reporte déjà certains soins par manque de moyens financiers et qu'un belge sur cinq présente un risque de pauvreté, les mesures d'économies injustes que vous avez décidées auront sans aucun doute des effets désastreux sur bon nombre de citoyens.

J'en viens donc - encore une fois - aux mesures d'économies injustes et injustifiées que vous allez prendre.

- L'augmentation du prix des antibiotiques. Parce que dites-vous il faut réduire leur consommation pour des raisons de santé publique. Alors que, nous le savons tous, et vous comme médecin cela ne fait aucun doute, ce n'est évidemment pas de cette façon que vous allez réduire la consommation problématique d'antibiotiques dans notre pays. S'il faut en effet encadrer leur

prescription, s'il faut continuer à sensibiliser les citoyens, avec cette mesure, ce sont bien uniquement les patients à qui l'on aura prescrit des antibiotiques - dans certains cas tout à fait à raison - qui paieront plus cher leur addition à la pharmacie. Le prix y sera plus que doublé pour les bénéficiaires ordinaires. Pire, il sera parfois quadruplé pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, c'est-à-dire les plus précarisés. Vous dites d'ailleurs qu'un plan stratégique a été élaboré par la BAPCOC avec des objectifs et cibles précis. Vous dites également que plusieurs enquêtes seront effectuées notamment dans les hôpitaux parce qu'il est nécessaire d'avoir des données sur le comportement prescripteur. C'est ce que nous nous évertuons à vous dire... La question centrale est bien celle des comportements de prescription... Le patient n'étant pas un prescripteur... L'augmentation du prix des antibiotiques pour les patients est donc totalement injuste et injustifiée !

- La fin du remboursement des corticostéroïdes nasaux. Ici aussi soi-disant une mesure de santé publique afin de réduire le risque de surconsommation de décongestionnants nasaux en vente libre mais plus nocifs pour la santé. Comme pour les antibiotiques, nous n'y croyons pas une seconde, il s'agit d'une décision purement économique et certainement pas de santé publique.
- Augmentation du prix des antiacides que vous présentez comme une harmonisation de la taille des emballages et j'en passe.

Et avec ces mesures, la facture médicaments des patients va quant à elle augmenter d'environ 9 %.

- Quand on couple ces mesures à votre décision d'indexer les MAF (Maximum à facturer), il semble que votre Gouvernement s'acharne véritablement sur les plus fragiles de notre société puisque certains patients qui ont des frais de santé très élevés comme les malades chroniques ne pourront plus être remboursés.
- Il en va de même de votre décision visant à geler les nouvelles demandes de reconnaissance pour l'ouverture de maison médicale. Faut-il rappeler que sont aujourd'hui près de 350.000 Belges qui sont soignés via ce système - souvent forfaitaire - et que ce chiffre ne cesse d'augmenter d'année en année ? Le Gouvernement s'empresse de prendre des décisions pour trouver de millions sans même réfléchir aux conséquences qu'elles pourraient avoir. Pour quelles raisons avoir pris cette décision - que nous osons qualifier d'idéologique - si ce n'est pour trouver des marges afin de combler votre trou budgétaire ? Pouvez-vous d'ailleurs nous dire sur quelle base les économies ont-elles été déterminées ? Pour quand les résultats de l'audit sont-ils attendus et quand prévoyez-vous la fin du moratoire ? N'estimez-vous pas que cette mesure pourrait s'avérer inefficace et qu'il y aura un report de coût sans doute plus important vers des soins de première ligne à l'acte et des soins de deuxième ligne ?
- Et puis, il y a toutes ces économies sur les hôpitaux et cette accélération annoncée de la réforme du financement hospitalier. Je vous rappelle que cette réforme devait permettre de trouver des solutions aux problèmes de sous-financement de l'ensemble de nos hôpitaux. La réforme devait être neutre budgétairement. Et si des économies devaient être dégagées, il était clair qu'elles devaient être réinjectées dans le secteur. Aujourd'hui, nous sommes dans une toute autre logique. L'objectif est de faire des économies à tout va alors qu'on sait la santé de certains hôpitaux déjà très fragiles. Vous prévoyez ainsi 92 millions d'économies rien qu'en 2017. Outre les économies linéaires sur le BMF (Budget des Moyens Financiers), les pistes avancées sont fort peu réjouissantes : suppression du financement pour les pansements actifs, suppression de plus de 4000 lits agréés, suppression de services de maternité, de services d'urgences, de services de soins intensifs. Et dans le même temps, vous diminuez les primes de recyclage qui permettent justement aux hôpitaux de réorganiser leurs services en préservant l'emploi. C'est incompréhensible. Car si la mise en place de réseaux n'est bien évidemment pas inintéressante, elle doit être intelligemment opérée et s'accompagner de balises importantes. C'est tout le

contraire des mesures envisagées aujourd'hui qui auront inévitablement de tristes répercussions sur l'emploi au sein des hôpitaux mais aussi sur les patients qui verront soit la qualité des soins diminuer, soit les tarifs augmenter via des suppléments, soit leur accessibilité mise à mal.

- Enfin, comme personne n'est épargné par vos coupes sombres, il y a également ces économies impressionnantes sur les honoraires des prestataires de soins : Plus de 250 millions. Et cela, alors que les professionnels du secteur avaient accepté de participer à l'effort puisqu'ils n'avaient pas subi le même saut d'index que celui des autres travailleurs. Mais vous leur en avez demandé encore plus. Toujours plus. Leur ras-le bol est donc tout à fait compréhensible. Et ce qu'on craignait s'est confirmé. L'accord médico-mut a été dénoncé de toutes parts. Et cela va à nouveau indirectement toucher les patients en termes d'accessibilité financière aux soins. Même chose pour les pharmaciens à qui vous avez supprimé les honoraires censés couvrir certaines charges administratives alors que, dans le même temps, vous leur demandez des tâches supplémentaires comme le fait d'être plus axés vers les patients afin notamment de les guider dans le bon usage du médicament.

Aujourd'hui, on sent une véritable rupture de confiance. A juste titre. La norme de croissance que vous imposez aux soins de santé n'est pas tenable. Elle n'offre aucune perspective pour l'avenir et je crains sincèrement que cette politique de soins de santé ne permette pas de répondre convenablement aux besoins futurs de la population. Les seules perspectives sont les économies, encore et toujours. Et, malheureusement, encore et toujours plus injustes !

Des économies prévues en 2017 mais dont on ne maîtrise pas pour l'instant comment elles pourront être opérées si rapidement. Vous avez d'ailleurs chargé l'INAMI « d'activer les commissions de conventions et d'accords afin de prendre les initiatives nécessaires pour concrétiser les mesures proposées, de sorte qu'elles puissent être appliquées dès le 1^{er} janvier 2017 ». Vous me permettrez d'émettre des réserves et surtout des craintes concernant notamment les réformes envisagées dans les hôpitaux. Comment comptez-vous concrètement dégager ces économies au 1^{er} janvier 2017. Que se passera-t-il si vous n'y parvenez pas ? Ces mesures ont été décidées à la hâte pour dégager des marges sans prendre en considération les réalités de terrain, sans prendre les garde-fous nécessaires pour préserver l'emploi et l'accessibilité des soins ! Nous le déplorons.

J'en terminerai là pour le budget. J'en viens maintenant aux questions et remarques sur différents points spécifiques de votre note. Différents éléments ont déjà fait l'objet de longues discussions dans le cadre de votre projet dispositions diverses Santé. Je n'y reviendrai donc pas afin de ne pas allonger les débats.

Evidence base médecine / practice

Concernant les lignes transversales de votre politique, vous misez sur l'empowerment du patient. On peut bien sûr vous suivre dans cette voie tout en estimant indispensable de veiller à ce que personne ne reste au bord du chemin dans le cadre de cette politique.

L'evidence based medicine / practice est également un des fils rouges de votre politique. C'est une bonne chose mais je vous demanderai dès lors de le suivre de manière systématique et pas comme bon vous semble. On ne peut pas dire que votre politique en matière de lutte contre l'alcool ou le tabac soit très « evidence based » Madame la Ministre. Là, vous avez largement mis de côté les études et connaissances scientifiques récents parce que ça ne vous arrangeait pas pour pouvoir répondre aux lobbys de l'alcool et du tabac.

Dans le cadre de l'EBM, vous parlez du développement d'un rapport national Health Status. J'aurais aimé avoir plus de précision quant à son élaboration, savoir qui allait s'en charger et quand il pourrait être mis au point.

Dernière question dans ce cadre : vous dites que tous les prestataires de soins devront avoir accès aux données les plus récentes, probantes et validées. EBMPPracticeNet doit dans ce cadre occuper une place centrale. Comment envisagez-vous concrètement l'amélioration de cet accès à l'avenir ? Des moyens sont-ils prévus dans ce cadre ?

Imagerie médicale

Autre ligne de force, celle de la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'adéquation des soins. J'aimerais dans ce cadre revenir sur le nouveau protocole visant à limiter la charge d'irradiation de la population.

Vous savez que c'est véritablement fondamental en termes de santé publique. Depuis le 1er juin seuls les examens des machines historiquement agréées sont remboursés alors qu'il n'y a clairement pas assez d'IRM actuellement agréées par rapport aux indications cliniques. Cette mesure a été prise dans la précipitation, au détriment des patients et en totale contradiction avec les campagnes d'information « pas de rayons sans raisons ». Le remplacement de ces examens IRM par des examens CT scanners, n'engendra qu'un déplacement des dépenses et ira totalement à l'encontre des campagnes de sensibilisation. Un cadastre des appareils lourds a enfin été décidé début 2016. Une évaluation de l'extension de la programmation est prévue. Quand pourrions-nous connaître les résultats de ce cadastre et, dès lors, quand une nouvelle programmation pourrait-elle être enfin envisagée ?

Tiers-payant obligatoire

En termes d'accessibilité, vous annoncez une évaluation du régime du tiers-payant obligatoire. Evaluation qui commencera au 1^{er} trimestre 2017 alors qu'elle était initialement prévue un an après l'introduction de la mesure soit le 1^{er} juillet 2016. Une seule question : avez-vous définitivement renoncé à étendre le tiers-payant obligatoire pour les malades chroniques comme cela avait été décidé par votre prédécesseur ? Si oui, pour quelles raisons ? C'était une mesure attendue pour ces patients qui ont des frais de santé importants et récurrents et que vous ne semblez décidément pas vouloir prendre en considération.

Soins pour les migrants

Toujours en termes d'accessibilité, et spécifiquement concernant le développement d'une politique de soins à l'égard des migrants et des minorités ethniques. Nous avons déjà eu l'occasion de vous interroger sur la problématique dont vous reconnaissez d'ailleurs la gravité. Vous nous aviez précisé qu'une série d'initiatives allaient être prises notamment afin de minimiser les conséquences des barrières de la langue et de la culture. Citons l'élargissement du programme de médiation interculturelle aux soins de première ligne ou encore la participation de notre pays au projet « Equity Standards for health Care for Migrants and other vulnerable groups » auquel 6 hôpitaux belges avaient pris part. Pourtant, selon une étude menée par Médecins du Monde, « *l'accès aux soins en Europe pour les migrants et les réfugiés est alarmant* ». Notre pays est pointé du doigt dans la mesure où 93 % des patients qui se sont tournés vers Médecins du Monde et qui pour la plupart sont des migrants en situation irrégulière n'ont aucun accès aux soins de santé, ce qui nous place en antépénultième position juste devant la Turquie et la France. Pouvez-vous nous faire le point sur les différentes initiatives que vous avez prises ? Comment expliquez-vous que malgré ces initiatives la situation ne se soit pas améliorée voire se soit dégradée ? Comptez-vous dès lors prendre de nouvelles mesures afin de rendre notre politique de santé davantage inclusive afin que chacun - et notamment les migrants - puisse avoir accès à des soins de qualité ? Si oui, quelles mesures sont envisagées afin de répondre efficacement à cet objectif ?

CIM Santé

J'aimerais enfin souligner l'importance que vous accordez à la CIM Santé. Différents groupes de travail sont ainsi déjà mis en place. On le voit très souvent, l'éclatement des compétences entre les différentes entités de notre pays rend parfois complexe la mise en œuvre de certaines politiques de santé. Il est donc indispensable de travailler au sein de la CIM Santé mais y travailler ne veut pas dire mettre le couteau sous la gorge de ses partenaires. Chacun doit assumer ses responsabilités et être pleinement autonome dans la gestion de ses compétences propres.

Un protocole d'accord a été conclu en avril 2016 en matière de prévention. Il me semble que c'est une bonne chose tant pour les citoyens que pour les pouvoirs publics. Vous dites toutefois que ce protocole d'accord connaîtra une nouvelle étape de concrétisation en 2017. Vous parlez de la possible conclusion d'accords asymétriques, j'aimerais en savoir plus.

Plan intégré maladies chroniques

Concernant le plan de soins intégrés maladies chroniques, vous dites que son exécution concrète se fera par le biais de projets pilotes. 20 projets ont été sélectionnés. Cette nouvelle vision que nous appuyons repose notamment sur des initiatives axées sur le patient et sur une collaboration multidisciplinaire. Les projets pourront démarrer en juin 2017 et porteront sur une période de 4 ans. Je voudrais savoir sur quoi portent ces projets-pilotes, savoir pourquoi ils ne peuvent pas démarrer plus tôt et savoir évidemment si un financement leur a été accordé dans ce cadre.

Plan cancer

Concernant le Plan Cancer, un nouvel état des lieux des mesures de lutte contre le cancer a été réalisé. Pouvez-vous nous dresser un bilan de la situation ? Vous dites que le profilage de l'ADN des tumeurs à l'aide de certaines techniques de pointe offre une plus-value importante dans le traitement. Nous parlons ici de médecine personnalisée. Vous dites espérer que les premiers tests puissent être proposés aux patients en 2017. Pouvez-vous et déjà nous donner une idée du coût de ce type de traitement ? Une évaluation budgétaire a-t-elle été réalisée ? Des marges pourront-elles être dégagées dans ce cadre ? Ce sont déjà des questions que nous avons posées lors du vote de la résolution de nos collègues du VLD... Il me semble qu'elles sont essentielles si on ne veut pas donner de faux espoirs aux patients.

Concernant la réforme de la nomenclature de la mammographie, 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 test pour le virus du papillome humain (VPH), vous annoncez le développement d'un registre de vaccination VPH. Cela est nécessaire car ce virus est responsable en Belgique d'un nombre important de cancers et autres maladies chez les femmes. Mais aussi chez les hommes. Certains pays européens comme la Suisse et l'Autriche, ainsi que dans certaines régions d'Allemagne et d'Italie, remboursent la vaccination VPH également pour les hommes. Estimez-vous nécessaire d'élargir les critères de remboursement de la vaccination contre le VPH pour les hommes ?

Plan VIH

Concernant le Plan VIH lancé en 2013. Il comprend plus d'une cinquantaine de recommandations visant à répondre de manière cohérente et efficace au problème du VIH en Belgique.

Nous nous réjouissons de voir que vous vous attellez à poursuivre sa mise en œuvre : augmentation du nombre de centres de références SIDA, élargissement des critères de remboursement pour la thérapie antirétrovirale de sorte que les personnes séropositives aient accès au traitement contre le VIH peu importe le stade de la maladie.

Suite à la résolution que nous avons déposée et fait voter en avril dernier, vous avez par ailleurs levé les barrières juridiques afin de permettre le dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH. J'aimerais aujourd'hui savoir, comme je n'ai pas eu de réponses claires lors de nos derniers échanges, quand les arrêtés royaux seront pris et donc quand ce dépistage pourra concrètement être mis en œuvre. Certaines associations et acteurs de terrain estiment aujourd'hui important de mettre en place, en étroite collaboration avec les entités fédérées, ce qu'on appelle une stratégie de test nationale de santé sexuelle. Qu'en pensez-vous ?

Je profite de cette discussion pour aborder la question de la prophylaxie pré-exposition (ou PrEP). Comme vous le savez, elle s'adresse à des personnes non infectées mais hautement exposées au VIH. Elle consiste à prendre une combinaison d'antirétroviraux afin de réduire le risque d'infection. Pour l'Organisation mondiale de la Santé, la PrEP constitue un important complément dans la prévention du VIH chez certains groupes cibles comme par exemple les HSH. L'Agence européenne des médicaments recommandait en juillet dernier d'accorder une autorisation de commercialisation, au sein de l'UE, du Truvada comme traitement dit prophylaxie pré-exposition (PrEP) et cela afin de réduire le risque d'infection par le VIH des adultes présentant un risque élevé. Suite à cette recommandation, la Commission européenne a d'ailleurs validé la mise sur le marché du Truvada, comme outil de prévention. Si je ne me trompe pas, en Belgique le Truvada reste actuellement prescrit uniquement dans un but curatif. Seriez-vous favorable à l'utiliser dans un objectif de prévention ? Des initiatives nouvelles sont-elles envisagées suite à la décision de la Commission européenne ?

Plan hépatite C

Concernant le Plan hépatite C, vous avez récemment annoncé l'élargissement dès 2017 du remboursement du traitement pour les patients en phase 2 et aux groupes à risque. 2.600 patients bénéficieront d'un remboursement l'an prochain contre 1.400 en 2016. C'est une bonne nouvelle. Vous avez également annoncé fièrement vouloir étendre le remboursement de ce traitement très coûteux (plus de 40.000 €) à l'ensemble des porteurs du virus à partir de 2021, en ce compris ceux qui ne souffrent d'aucun symptôme. A partir de 2021, il me semble là que c'est une annonce sans beaucoup d'engagement de votre part puisque nous nous trouverons sous une autre législature et que vous ne serez peut-être plus à la manœuvre. Le coût de l'élargissement décidé pour 2017 est estimé à 90.000.000 €. Comment allez-vous débloquer le budget nécessaire ? Une renégociation du prix des traitements avec l'industrie pharmaceutique a-t-elle eu lieu dans le cadre du Pacte Pharma ? Vous parlez de 2021 pour le remboursement à tous ceux qui souffrent de l'hépatite C, y compris ceux qui ne présentent aucun symptôme... Mais 2021, c'est loin et je voudrais que vous m'expliquiez comment vous pouvez garantir concrètement cela aux patients auxquels vous donnez beaucoup d'espoir.

Concernant le fonds d'indemnisation, j'ai déjà eu l'occasion de vous interroger en plénière sur ce sujet puisque, étonnamment votre note ne le précise pas, le KCE a bien remis son rapport dans ce cadre. Selon lui, il existerait, pour l'hépatite C, 1243 victimes directes et 6072 victimes indirectes. Pour le sida, 41 victimes directes et 184 victimes indirectes. Le budget nécessaire à cette indemnisation s'élèverait à environ 67 millions d'euros, à répartir sur une période d'environ 15 années au cours de laquelle on s'attend à recevoir des demandes. Votre réponse à l'époque n'était pas du tout claire. Avez-vous eu le temps d'y réfléchir ? Un budget sera-t-il finalement dégagé ?

Violences faites aux femmes

J'en viens maintenant à la lutte contre les violences intrafamiliales et les violences sexuelles. Vous poursuivez les formations au sein des hôpitaux, notamment en matière d'utilisation du SAS (set d'agression sexuelle). Combien d'hôpitaux ont déjà pu bénéficier de ce type de formation jusqu'à présent ? Il a été annoncé la mise en place de centre multidisciplinaire afin de prendre en charge de manière globale les victimes de violences sexuelles. Nous avons d'ailleurs réalisé un important travail au sein du Comité Emancipation sociale dans ce cadre. Où en est ce projet ? Un budget pourra-t-il être dégagé dans ce cadre ?

Réforme AR 78

Concernant l'importante réforme des professions de soins de santé. Mons collègue André Frédéric a déjà eu l'occasion de vous interroger sur différents aspects de celle-ci suite à la présentation de la note conceptuelle en septembre dernier. Je vais me limiter à quelques questions ponctuelles concernant la large consultation publique qui a été organisée dans ce cadre. Combien de contributions vous ont été envoyées jusqu'à présent ? De qui émanent-elles ? Comment pourront-elles prises en considération ? Quand cette consultation prendra-t-elle fin ?

En matière de déontologie, vous dites réfléchir à la création d'une chambre transversale déontologique au sein du SPF Santé publique. Des pistes ont déjà été mises sur la table dans ce sens par le passé. Où en êtes-vous dans cette réflexion ?

J'en viens maintenant à la section relative à la planification et au contingentement. Vous dites que la commission de planification va poursuivre ses travaux en 2017 en développant des scénarios alternatifs pour les différentes spécialités. Très bien. En même temps, je ne peux m'empêcher de penser à la manière dont vous avez complètement désavouer la commission en ne tenant pas compte de son avis concernant la fixation des quotas INAMI...

Concernant les diverses professions de soins et les mesures spécifiques que vous comptez prendre à leur égard, je ne serai pas trop long car j'ai déjà eu l'occasion de vous interroger en commission et je pense qu'on aura l'occasion d'y revenir par ailleurs. J'aimerais toutefois souligner deux éléments.

Premièrement, concernant les sages-femmes qui constituent – et nous vous rejoignons sur ce point – des partenaires important dans le cadre de la réduction du séjour en maternité. A nouveau, je tiens à souligner que vous avez travaillé à l'envers... Vous avez d'abord réduit le séjour et maintenant seulement vous envisagez le développement par projets-pilotes des soins postnatals... Tout ça pour réaliser des économies à la va vite.

Deuxièmement, concernant les pratiques non-conventionnelles, j'aimerais que vous nous donniez un calendrier plus précis concernant la suite des travaux. Vous savez que mon groupe a déposé un texte visant la reconnaissance des ostéopathes. Pouvez-vous d'ores et déjà nous assurer que le Parlement pourra être associé à la mise en place de l'encadrement de ces pratiques, que vous n'allez pas arriver avec un texte bétonné ou que vous allez un beau jour déposer vos arrêtés sans en avoir discuté avec les parlementaires ?

Réforme du financement hospitalier

Concernant la réforme du financement hospitalier, j'ai déjà eu l'occasion d'en parler lorsque j'ai abordé le budget des soins de santé. Nous avons par ailleurs eu un échange sur le sujet en septembre dernier. Je voudrais quand même vous adresser 4 questions spécifiques :

Concernant le financement des services d'urgences. La question du financement des services d'urgences sera-t-il pleinement intégrée à cette réforme ? Selon une enquête de l'INAMI, 40 % des facturations des services d'urgences ne correspondrait pas à la réalité. En effet, le système de financement actuel incite les services à surconsommer, surfacturer des actes injustifiés - raison de la santé fragile de certains hôpitaux et d'un sous-financement chronique. Envisagez-vous une réforme de ce financement ? Intégré, forfaitaire et basé sur l'activité justifiée dans chaque service ? Récemment, le KCE a publié un rapport sur l'organisation et le financement des services d'urgences dans notre pays. Il y recommande de diminuer le nombre de service d'urgence et d'héberger sur les sites hospitaliers, à côté des services d'urgence, des permanences de médecine générale. Le rapport du KCE fournit-il des preuves d'une meilleure offre de soins non planifiables et moins coûteuses dans les pays examinés et comparés à la Belgique ? Existe-t-il des études prouvant que la réduction du nombre de services d'urgences entraîne une réduction du besoin d'accès à ces services ? Estimez-vous que l'offre de médecine générale en Belgique, et particulièrement au sud du pays, soit suffisante pour mettre en place un tel scénario ? Comptez-vous mettre en œuvre les recommandations émises par le KCE ?

Concernant les suppléments d'honoraires. Il nous semble que cette réforme d'envergure est l'occasion de relancer le débat sur ces suppléments - notamment en chambre particulière - mais également sur la question de leur transparence. On sait qu'un sous-financement du secteur hospitalier entraîne inmanquablement un report des coûts sur le patient. Pourtant, la question de ce supplément ne semble pas être à l'ordre du jour dans le cadre de cette réforme. Pourriez-vous nous dire ce qu'il en est ?

Concernant la prise en compte des facteurs sociaux dans le financement hospitalier (Sous-partie du B8). Comme nous le savons, il s'agit d'un budget visant à intervenir dans les charges supplémentaires supportées par les hôpitaux- c'est le cas notamment de certains hôpitaux bruxellois - qui concentrent une patientèle socialement défavorisée est actuellement répartie entre les hôpitaux. Les économies imposées au secteur mettent déjà la pression sur ce financement. Pouvez-vous nous dire ce qui est prévu pour éviter la sélection des patients, en particulier des patients socio-économiquement défavorisés ?

Enfin, nous aurions également aimé savoir ce qu'il en est de la partie du BMF qui finance « les coûts spécifiques liés à l'enseignement clinique, la recherche scientifique, la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies ». Ça concerne les hôpitaux qui ne bénéficient pas du B7a (hôpitaux académiques) mais qui répondent à une série de conditions. Les montants annuels sont de 9,2 millions pour Bruxelles, 7,8 millions pour la Région wallonne et 3,7 millions pour la Flandre. Il me revient que ce financement pourrait disparaître. Pourriez-vous nous dire ce qu'il en est ? Sachant que, d'après mes informations, une enveloppe compensatoire de 10 millions d'euros serait prévue... Compensation ridicule au regard des sommes perdues...

Concernant les soins non planifiables et en particulier l'aide médicale urgente, vous dites vouloir poursuivre cette réforme en 2017. L'AMU répond au principe d'aide adéquate la plus rapide et il

n'est nullement question de remettre cela en cause. Mais bien que vous ayez dégagé récemment 12 millions d'euros, le financement de l'AMU reste très précaire en Belgique alors que, dans certains autres pays, l'aide médicale urgente y est totalement ou quasiment totalement gratuite pour les patients. Je voudrais donc savoir aujourd'hui ce qu'il en sera en termes de programmation et de financement de ces services à l'avenir. Avez-vous reçu l'avis du Conseil national de l'aide médicale d'urgence ? Que préconise-t-il ? Des contacts avec votre collègue le Ministre de l'Intérieur ont-ils déjà été pris dans ce cadre ?

Don de sang HSH

Enfin, j'en viens maintenant au don de sang. L'année dernière, je me réjouissais de votre volonté d'examiner la situation d'exclusion du don de sang des hommes ayant des relations avec d'autres hommes. Aujourd'hui, je déchant... puisque l'exclusion du don de sang ne sera supprimée qu'après une période d'abstinence de 12 mois.

S'il est indispensable que la qualité des dons de sang soit garantie, il n'en reste pas moins que cette exigence qui existe dans d'autres pays demeure humiliante. D'autres pays comme l'Italie ont fait un choix différent. Cela 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.

Plan d'urgence nucléaire

Concernant le plan d'urgence nucléaire. Celui-ci prévoit la pré-distribution d'iode stable dans un rayon de 20 km autour des grandes installations nucléaires et dans un rayon de 10 km pour les installations nucléaires de moindre taille. Les autorités de radioprotection européennes, le Conseil supérieur de la Santé et l'Agence fédérale du contrôle nucléaire ont tous plaidé pour une extension de la zone de pré-distribution des pilules d'iode à un rayon de 100 kilomètres autour des installations nucléaires.

Dans le cadre de la réforme du plan d'urgence nucléaire, le gouvernement semblait accepter le principe d'une pré-distribution d'iode étendue à l'ensemble du territoire belge. Par contre, à la lecture des notes de politique générale Santé et Intérieur, on a l'impression que le gouvernement fait marche arrière. Dans la note de politique générale du Ministre de l'intérieur, on lit que la distribution généralisée en cas d'accident nucléaire serait limitée aux personnes se trouvant dans un rayon de 20 km des centrales ainsi qu'à des groupes cibles prioritaires. Dans votre note, on ne trouve pas plus d'explication. Je voudrais savoir quelle est la position du gouvernement par rapport à cette extension ? Mais aussi quelle est votre position en tant que ministre de la Santé ?

Redesign des administrations

Concernant le redesign des administrations pour terminer, nous partageons évidemment les objectifs en termes d'efficacité, d'efficacités et de cohérence en matière de gestion. Mais, nous le savons, ce redesign doit permettre de réaliser des économies importantes. Et nous pouvons craindre que cela ait des conséquences tant sur le personnel des institutions concernées que sur les patients.

Le chantier 1 concerne la coordination renforcée du réseau des administrations fédérales de la santé. Le but étant la rationalisation, quels seront les impacts sur ces administrations et leur personnel ?

Le chantier 2 concerne le renforcement de la coordination interfédérale via la création de l'Institut de l'avenir des soins de santé. Quel est le timing pour la mise en place de l'Institut ? Quelle place auront les parties prenantes en son sein et quelles seront précisément ces parties prenantes ? Qu'en sera-t-il des interlocuteurs sociaux ?

Le chantier 3 concerne la création d'un seul centre d'expertise en matière de soins de santé. Qu'en sera-t-il de son autonomie et de son indépendance ? Quel sera son statut juridique ? Quelle place y auront les stakeholders ?

Le chantier 4 vise une rationalisation et une collaboration en matière d'inspection et de contrôle au sein des administrations. Il semble pourtant indispensable que le contrôle soit propre à chaque organisme dans le respect de ses spécificités et ses missions. Quelle sera la plus-value de cette rationalisation ?

Enfin, le chantier 5 concerne la création éventuelle d'un service fédéral de la santé. Vous dites qu'un consortium de consultants conduit une analyse d'opportunité et de faisabilité. Quel est ce consortium ? Quand saura-t-on si cette éventualité sera finalement concrétisée ?

Quoi qu'il en soit, il me semble essentielle que la concertation avec toutes les parties prenantes et les partenaires sociaux soit respectée tout au long du processus. Confirmez-vous une réelle volonté de votre part de ne pas affaiblir la gestion paritaire au profit d'un renforcement du poids du politique et de l'administration dans les décisions en matière de santé et d'assurance-maladie ? Surtout, il nous paraît essentiel de ne pas mettre fin à un système qui fonctionne bien comme l'administration de l'INAMI au nom d'une rationalisation à tout prix.

Nous en resterons là aujourd'hui mais je pense que cette réforme mériterait un échange de vues approfondi en commission.