

**Budget et note de politique générale de la ministre des Affaires sociales et de
la Santé publique (Partie Santé) – 2018**
Intervention de Daniel Senesael

Madame la Ministre,

Nous en conviendrons, votre note de politique 2018 est extrêmement prudente, mesurée, tempérée. Il faut dire que l'an dernier, nos soins de santé ont trinqué. 900 millions d'euros d'économies rien qu'en 2017. Et une norme de croissance d'à peine à 0,5 %. Soit le tiers de l'effort budgétaire à réaliser que vous avez fait porté 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.

Et ce sont bien sûr les patients qui ont été touchés. Et spécifiquement les patients les plus fragiles. Augmentation du prix des antibiotiques, fin du remboursement des corticostéroïdes – des sprays - nasaux, augmentation du prix des antiacides, réduction du remboursement de certains médicaments sur base de l'EBM, diminution du remboursement de la kiné pour les personnes atteintes de fibromyalgie, indexation des plafonds du MAF (Maximum à facturer), et j'en passe.

Et puis, il y a au toutes ces économies sur les hôpitaux alors qu'ils se trouvent en pleine période de mutation à travers la réforme du paysage et du financement hospitalier, j'y reviendrai.

Il y a eu également cette décision visant à geler les nouvelles demandes de reconnaissance pour l'ouverture de maison médicale. Alors que des études récentes ont montré que sans ces maisons médicales, un nombre important de personnes précarisées ne pourraient pas se soigner. Vous n'y faites même plus référence dans la note que vous nous présentez aujourd'hui. Qu'en est-il de l'audit mené ? Quel sera l'avenir des maisons médicales. Rien. Pas un mot.

Enfin, comme personne n'a été épargné par vos coupes sombres, il y également eu des économies impressionnantes sur les honoraires des prestataires de soins. Prestataires qui ont rapidement manifesté leur ras-le-bol. Les négociations des conventions et accords n'ont d'ailleurs jamais été aussi difficiles.

On a vécu une véritable rupture de confiance. A juste titre.

18 mois avant la fin de la législature. C'est encore long et court à la fois. On a donc l'impression, aujourd'hui, que vous tentez d'apaiser la situation. De nous dire, après les moments difficiles, nous repartons sur de bonnes bases. Pourtant, vous le savez, les conséquences de votre politique se font toujours sentir et se feront encore sentir dans les mois et les années à venir.

Budget

Concernant le budget en tant que tel, vous nous dites avoir renoué avec la norme de croissance légale - 1,5 % je le rappelle- et avoir mis totalement à disposition la masse d'indexation. Proposition de budget adoptée par le Conseil Général de l'INAMI. Avec toujours ce sentiment, pour certaines parties prenantes, d'un manque clair d'ambition, d'un budget où il n'est laissé aucune véritable place pour des initiatives nouvelles ou pour répondre à des besoins non-rencontrés. Sentiment que nous partageons. Avec une norme de croissance comme celle-là, difficile de faire autrement en effet.

Alors, quoi que vous essayiez de mettre sur la table, on se trouve bien aujourd'hui encore face à un budget d'austérité.

Vous nous direz que le budget est d'environ 776 millions plus élevé qu'en 2017. Je vous dirais que les estimations techniques fixaient elles le niveau des besoins à 238 millions au-dessus du budget retenu. Et un budget toujours bien en deçà de l'évolution normale des besoins fixée à 2,2 % par le Bureau du Plan.

Précision importante, si la proposition a pu être retenue, c'est parce qu'il a clairement été stipulé que le Gouvernement devra respecter strictement la proposition de budget du Comité de l'assurance qui répartit de manière concertée les économies supplémentaires tout en préservant les patients. J'ose espérer que cette fois vous tiendrez votre engagement. Car jusque-là on ne peut pas dire que ça ait été le cas.

Une question spécifique concernant le volet « budget » justement. Vous dites qu'une note sera transmise au Conseil Général pour « optimiser davantage la gestion budgétaire des soins de santé ». J'aurais aimé savoir quelles sont les lignes d'optimisation ?

Médicaments art. 81

Tout à fait liée au budget, la question des conventions art. 81. Certes, elles sont importantes pour les patients puisqu'elles leur permettent d'accéder à des médicaments innovants. Ceci dit, le système est incontestablement bien trop opaque et risque de faire déraiser le budget des soins de santé déjà fragilisé par les mesures que vous avez prises. Un dérapage incompréhensible. Un dérapage clairement au profit de l'industrie pharmaceutique.

Vous dites que « sur base des conclusions et de la recommandation du KCE concernant l'article 81, cet instrument sera évalué de manière approfondie par le groupe de travail article 81 au sein de la Commission de Remboursement des médicaments et qu'il sera corrigé là où cela s'avère nécessaire ». Cela nous paraît en effet indispensable.

Selon des chiffres parus dans la presse, le budget pour ces médicaments innovants atteindra en effet 2,1 milliards d'euros pour les années 2015 à 2018. Entre ces deux années, il aurait augmenté de 600%, avec 169 conventions en cours mi-2017.

Le KCE lui-même pointe un manque de transparence, des tarifs excessifs, un abus du système pour des molécules qui ne sont pas dans l'esprit du « besoin médical non rencontré », un système qui n'encourage pas les firmes à produire un réel effort en vue de fournir les preuves supplémentaires demandées pour lever les incertitudes. Et j'en passe.

Le rapport du KCE date de fin mai 2017. Vous avez sans aucun doute eu le temps de l'analyser. Le Groupe de travail a-t-il déjà pu remettre des pistes pour améliorer le système ?

Evidence base médecine / practice

J'en viens maintenant aux questions et remarques sur différents points spécifiques de votre note. Les plus essentiels pour ne pas allonger les discussions inutilement. Et sans revenir sur cette question éminemment importante du contingentement et des numéros INAMI dont nous avons pu à nouveau discuter hier. Sans revenir non plus sur le manque de place de stage pour les étudiants en médecine dont nous aurons l'occasion de reparler avec l'interpellation de mon collègue André Frédéric.

Souligner tout d'abord quelques bonnes initiatives : concernant par exemple les réseaux européens de référence (ERN) dans le cadre des maladies rares, l'implémentation structurel du plan cancer même si sur ce point on aimerait savoir concrètement quel budget sera dégagé pour le

remboursement de l'immunothérapie, ou encore l'implication de la Belgique dans le « voluntary pool » de l'UE avec son concept de « purification de l'eau » de BFast.

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. Vous nous indiquez également vouloir porter une attention au handistreaming et au gendermainstreaming. Une belle intention mais j'aurais souhaité savoir dans quel cadre précis vous comptez porter cette attention.

L'evidence based medicine / practice est un des fils rouges de votre politique. C'est une bonne chose mais il faut dès lors le suivre de manière systématique et pas comme bon vous semble. Les exemples ne manquent pas...

Regardez, 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 mettez sans problème de côté les études et connaissances scientifiques récents parce que ça ne vous arrange pas pour pouvoir répondre aux lobbys de l'alcool et du tabac. Les propositions qui figurent dans votre note – à nouveau car elles ont déjà été présentées maintes fois – ne constituent en effet qu'un écran de fumée pour répondre à ces véritables problèmes de santé publique.

Même chose concernant votre plan EBM où à travers les modifications de financement apportée vous amener l'asbl Farmaka à licencier l'ensemble de ses employés. Alors que différentes études ont montré l'importance que peut avoir le rôle des visiteurs médicaux indépendants dans le cadre de la prescription des médecins et spécifiquement de la prescription d'antibiotiques. Et alors que vous nous dites dans le même temps (p. 11 et 12) que vous souhaitez contrôler certains médecins pour comprendre les raisons d'un volume de prescription d'antibiotiques plus important. On ne vous suit pas très bien.

Pensons aussi aux modifications que vous avez apportées concernant le contingentement des études en médecine et dentisterie et la fixation des quotas dans les différentes communautés. Là aussi, vous faites fi des constats et éléments scientifiques pour adopter une position clairement communautaire dénoncée également par le Conseil d'Etat.

Il semble donc que l'EBM, c'est vraiment quand ça vous arrange !

Imagerie médicale

J'aimerais à nouveau 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 mi-2016, 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 besoins de santé. Le remplacement de ces examens IRM par des examens CT scanners, ne fait qu'engendrer un déplacement des dépenses et ira totalement à l'encontre de la santé de nos citoyens.

Aujourd'hui, vous nous parlez toujours du rapport d'audit qui doit être mené et dont nous parlions déjà l'année passée et bien avant encore. J'aimerais donc savoir quand nous pourrons enfin connaître les résultats et quand une nouvelle programmation pourra-t-elle enfin être envisagée ?

Plan intégré maladies chroniques

Concernant le plan de soins intégrés maladies chroniques, vous dites que les projets pilotes seront bientôt sélectionnés et qu'ils pourront commencer début 2018. J'aimerais savoir si un financement leur sera dédié, comment s'opérera concrètement leur évaluation et comment ces projets pourront être éventuellement pérenniser.

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.

J'aimerais revenir sur le suivi du dépistage démedicalisé. Suite à la résolution que nous avons déposée et fait voter en avril 2017, vous aviez levé les barrières juridiques afin de permettre ce dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH. J'aimerais aujourd'hui savoir si les arrêtés royaux nécessaires ont été pris et quand ce dépistage pourra concrètement être mis en œuvre et par qui.

Remboursement soins psychologiques

Vous parlez d'un budget de 22,5 millions d'euros pour le remboursement des affections psychologiques modérées. Je voudrais savoir si des discussions ont eu lieu avec les représentants des psychologues dans ce cadre. Pourriez-vous également nous expliquer comment ce remboursement est envisagé ? Pensez-vous à une sorte de trajet de soins ? Avec une si petite enveloppe, nous craignons en effet 1) qu'elle ne puisse répondre aux besoins de plus en plus grands en la matière et 2) que la liberté thérapeutique des professionnels concernés soient mise à mal, soit cadenassée par un trajet de soins qui n'aurait que peu de sens quand on parle de métier de la parole.

Je voudrais aussi revenir sur la loi règlementant les professions de la santé mentale votée en 2016 et contre laquelle mon Groupe s'est fortement opposée. Une partie de cette loi a été annulée par la Cour constitutionnelle en décembre dernier, estimant que l'absence de régime transitoire pour les personnes qui exerçaient la psychothérapie avant l'entrée en vigueur de la loi - pour leur permettre de se conformer aux nouvelles règles - risquait de leur causer un préjudice grave et difficilement réparable.

Des suites seront-elles données à cette décision ? Confirmez-vous que les psychothérapeutes qui exerçaient la pratique avant la loi peuvent continuer à le faire de manière autonome ?

Soins pénitentiaires

Les soins de santé des personnes internées dans des établissements privés seront à présent pris en charge par le SPF Santé. C'est une bonne chose. J'aimerais simplement savoir pour quelles raisons une distinction a été opérée pour ceux qui ne bénéficient pas de l'assurance obligatoire et les personnes placées dans des établissements non financés par l'INAMI qui restent eux du ressort du SPF Justice ?

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). Je m'en réjouis. 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 précisément 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. Mon 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 2016. Je voudrais avoir un calendrier plus précis sur cette importante réforme et savoir comment la concertation avec les parties prenantes se déroule sachant que la vision et les grandes lignes directives ont déjà été décidées il y a plus d'un an.

En matière de déontologie, vous parlez d'une réforme de l'Ordre des médecins. Je dirais qu'on en parle depuis longtemps mais qu'on ne voit jamais rien venir. Quand sera-t-elle effective ? Vous parlez également de la création d'un ordre pour les dentistes et les professions de santé mentale. J'aimerais également savoir quelle est votre position vis-à-vis de la création d'un ordre des kinés qui sont également demandeurs. Vous disiez, par ailleurs, réfléchir à la création d'une chambre transversale déontologique au sein du SPF Santé publique. Je n'en retrouve plus trace dans votre note aujourd'hui. Pourquoi ? Où en êtes-vous dans cette réflexion ?

Concernant les pharmaciens, j'aurais voulu savoir quelles étaient vos intentions par rapport aux pharmacies en ligne et si des changements étaient attendus dans ce cadre, car vous savez à quel point les implications pourraient être importantes pour les patients et la qualité du service rendu.

Concernant les infirmiers, vous prévoyez une révision des spécialisations. Envisagez-vous clairement une disparition de celles-ci ? Des concertations ont-elles déjà eu lieu dans ce cadre ? Y aura-t-il des conséquences sur les salaires et primes actuels ?

Concernant les pratiques non-conventionnelles, un texte de base nous avait été promis fin 2016. Nous sommes quasi fin 2017 et il n'y a toujours rien sur la table. Dès le départ, il était clair qu'il existait un blocage au sein de votre Gouvernement. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Réforme du financement hospitalier

La dernière étude MAHA de Belfius (octobre 2017) a montré que près d'une institution sur trois (26 sur 88 analysées, soit 30 %) présente encore un résultat courant négatif. Dans l'ensemble, les établissements génèrent un cash-flow suffisant, mais 12 institutions présentent un cash-flow insuffisant pour couvrir leurs dettes échéant l'année. Bien que l'étude ne donne aucun cas particulier, la fédération francophone confirme que c'est majoritairement en Wallonie que la situation est la plus critique.

Au cours de ces prochaines années, le secteur hospitalier sera donc confronté à des défis majeurs, affectant à la fois son fonctionnement, son organisation et son financement. La réforme devrait donc être envisagée sereinement, avec le patient comme point focal. Sans cela, nous ne cessons de le répéter, il pourrait y avoir des répercussions sur l'emploi et donc 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.

Concernant la constitution des réseaux. Vous avez invité les hôpitaux à se rassembler. Un texte sur les réseaux locorégionaux est sur la table et circule en ce moment dans les différentes instances. Il nous revient cependant qu'un blocage subsiste sur ce texte au sein du Gouvernement. Quels sont les points d'achoppement ? Qu'en est-il de la concertation avec les entités fédérées ?

Il apparaît que le financement des soins à faible variabilité avance. Ne doit-on pas craindre que certaines des interventions concernées soient délaissées par certains hôpitaux par manque de rentabilité et cela au détriment du patient ? Quelles dispositions seront prises afin d'éviter une telle situation ? Il apparaît que la standardisation des honoraires pour les interventions concernées constitue une première phase. A terme, il serait envisagé de globaliser les médicaments ou encore les indemnités de séjour. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet ?

Vous avancez également sur le Pay for Quality et parlez de stimuli financiers pour les hôpitaux. A l'opposé, des sanctions sont-elles envisagées chez les hôpitaux qui ont des résultats insuffisants ?

Concernant les soins non planifiables et en particulier l'aide médicale urgente, vous dites avoir dégagé à nouveau 35 millions pour l'AMU. Il n'en demeure pas moins que cela reste insuffisant au vu de la réforme globale qui doit être envisagée. 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. Quel est l'avis du Conseil national de l'aide médicale d'urgence ? Que préconise-t-il ? Une concertation avec votre collègue le Ministre de l'Intérieur a-t-elle déjà eu lieu dans ce cadre ?

Vous dites également avancer sur la question de la garde médicale et du 1733. L'occasion pour nous de relever une nouvelle fois la pénurie de médecins généralistes qui s'annonce et dont vous faites constamment abstraction dans les initiatives que vous prenez. La problématique de la pénurie a-t-elle par exemple été prise en compte dans la réforme des postes de garde prévue ? Vous envisagez également la suppression de toute une série de services d'urgence. Le Conseil des Etablissements hospitaliers a-t-il été consulté dans ce cadre ? Sur quels bases avez-vous pensé ces suppressions ? Quel calendrier pouvez-vous nous donner ?

Le développement des soins à domicile constitue une ligne de force de votre politique. Vous les envisagez pour les traitements antibiotiques, les chimios ou encore – comme annoncé depuis longtemps – pour les séjours en maternité. Pour ces derniers, un rapport devrait être présenté en 2018. Qui se charge de sa réalisation ? Pourrions-nous en disposer ? Permettez-moi d'ailleurs de nuancer vos propos relatés dans la presse faisant état de la satisfaction des mères par rapport à la réduction du séjour en maternité. En effet, ces mères sont satisfaites dans la mesure où les projets-pilotes envisagent une politique périnatale globale avec une prise en charge postnatale. C'est bien ce que nous vous reprochions de ne pas faire dans les économies que vous avez réalisées dans ce cadre. Rien est mis en place à ce jour pour soutenir les mères, les familles lors de la naissance d'un enfant, spécifiquement d'un premier enfant. De nombreux hôpitaux réhospitalisent d'ailleurs régulièrement les bébés et les mères en tant qu'accompagnante pour leur permettre de faire face correctement à ce changement.

Redesign des administrations

Concernant le redesign des administrations, 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 craignons que cela ait des conséquences tant sur le personnel des institutions concernées que sur les patients. La question de l'indépendance des institutions est aussi en jeu avec la création de Sciensano. Nous avons eu l'occasion d'en parler en plénière. Et à ce stade, nous avons toujours de grandes craintes dans ce cadre.

Il semble essentiel que la concertation avec toutes les parties prenantes et les partenaires sociaux soit respectée tout au long du processus. J'aurais donc une seule question : 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 ?

Tiers-payant obligatoire (pas mentionné)

En termes d'accessibilité, vous annonciez une évaluation du régime du tiers-payant obligatoire. Evaluation qui devait 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. Plus rien dans votre note pour 2018. Une seule question : avez-vous définitivement renoncé à étendre le tiers-payant obligatoire ? Spécifiquement 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.

Plan hépatite C (pas mentionné)

Concernant le Plan hépatite C, je n'ai rien vu à cet égard dans votre note. Vous aviez l'an dernier annoncé l'élargissement dès 2017 du remboursement du traitement pour les patients en phase 2 et aux groupes à risque. 2.600 patients devaient bénéficier d'un remboursement en 2017 contre 1.400 en 2016. C'était une bonne nouvelle. Vous aviez 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. Le budget nécessaire a-t-il pu être débloqué pour l'ensemble de ces annonces ? Une renégociation du prix des traitements avec l'industrie pharmaceutique a-t-elle eu lieu dans le cadre du Pacte Pharma ?

Concernant le fonds d'indemnisation, on a déjà eu l'occasion de vous interroger sur ce sujet. Selon le KCE, 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. Aujourd'hui, pouvez-vous nous dire si oui ou non un budget pourra finalement être dégagé ?