

Les Analyses du Centre Jean Gol



Analyse des réformes du système de santé

Novembre 2014

Administrateur délégué : Richard Miller
Directrice : Laurence Glautier
Directeur scientifique : Corentin de Salle

Les analyses du Centre Jean Gol sont réalisées chaque année par une équipe de chercheurs dans le cadre de diverses thématiques correspondant aux interrogations, interpellations et suggestions de son public. Consacrées à des sujets pointus ou à des problèmes d'actualité, elles se veulent des outils de réflexion et d'information mais également des pistes de solution permettant à son public de mener à bien ses actions sur le terrain.

Avenue de la Toison d'Or 84-86
1060 Bruxelles
Tél. : 02.500.50.40
cjg@cjg.be

Analyse des réformes du système de santé

L'accord du gouvernement prévoit diverses mesures pour réformer les soins de santé. Examinons les principales d'entre elles sous un angle critique.

Le report du système du tiers payant

L'octroi progressif du droit au tiers payant obligatoire chez les médecins généralistes sera accordé, à partir du 1er juillet 2015, aux patients qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance.

Rappel : le tiers payant est le système par lequel le prestataire reçoit directement, de l'organisme assureur auquel est affilié le bénéficiaire du soin, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Par conséquent, le bénéficiaire ne doit plus avancer ce montant. Il doit seulement payer le ticket modérateur (part personnelle à charge du patient, réduite, voire nulle dans certains cas, pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, les « BIM » et « OMNIO », ex-« VIPO »). A noter que la pratique du tiers payant est déjà obligatoire pour les patients hospitalisés.

L'exécution de la loi a pris du retard et ne sera donc pas effective avant le 1er juillet 2015. En outre, l'accord gouvernemental stipule que le droit au régime du tiers payant obligatoire sera instauré progressivement, en commençant par les médecins généralistes uniquement à partir du 1er juillet 2015.

Par rapport au tiers-payant, le MR rappelle que **tous les médecins peuvent déjà appliquer le système du tiers-payant lorsque le patient le demande ou si le médecin l'estime nécessaire et notamment pour des raisons sociales et financières**. Aucun médecin ne refuse de soigner un patient pour des raisons financières.

La mesure sera progressive compte tenu des réalités de terrain, de la mise en œuvre du système *MyCarenet* (qui doit permettre de vérifier l'assurabilité du patient) et du risque de dérapage budgétaire.

Le Centre Jean Gol note que la généralisation de l'obligation du tiers-payant risque d'inciter à la surconsommation **tant dans le chef du médecin que des patients**. Cette surconsommation aura un coût budgétaire non négligeable, raison pour laquelle la mesure sera progressive pour s'assurer qu'il n'y ait aucun dérapage :

- Dans le chef du médecin : le tiers-payant pourrait rendre payants toute une série d'actes actuellement gratuits. (ex. visite du patient à l'hôpital, visite pour l'obtention d'ordonnance : avec un tiers-payant obligatoire, une prestation sera comptée). La tentation de fraude sera plus importante (risque de faire « tourner la planche à attestations de soins ») ;
- Dans le chef du patient : le patient ne se rend plus compte que l'assurance maladie a un coût. Il est déresponsabilisé.

L'harmonisation du ticket modérateur

Le Gouvernement a souhaité l'harmonisation des tickets modérateurs pour les consultations chez les spécialistes. Certains considèrent que cette mesure va faire grimper le coût des soins de santé pour le patient. Cela ne correspond pas à la réalité.

Depuis l'instauration de la loi, en 1963, en matière d'assurance maladie obligatoire, une grande quantité de tickets modérateurs (part personnelle que paie le patient) ont été introduits.

Le Centre fédéral d'expertise pour les soins de santé (KCE) souligne que le ticket modérateur pour les consultations de spécialistes est complexe et peu transparent, à la fois pour les patients, les médecins, les mutualités et l'INAMI.

Le système de ticket modérateur chez le spécialiste sera pour cette raison harmonisé :

- les titulaires du **régime préférentiel** (BIM, bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance) paieront désormais **3€** la visite ;
- les titulaires du **régime non préférentiel** (RNP) paieront **12€**.

Il n'est évidemment question nulle part de 45% d'augmentation du coût pour le patient, sauf si on prend le cas extrême de la consultation (peu courante au demeurant !) chez un anesthésiste par un non bénéficiaire de l'intervention majorée !

Le système actuel avec des tickets modérateurs en pour cent entraîne une augmentation automatique du montant que les patients paient de leur propre poche parce que ce système est lié aux honoraires du médecin.

Ainsi, le patient doit aujourd'hui payer, par exemple, plus pour un pédiatre (12,69€) que pour un cardiologue (11,80€), alors que les deux formes de soins peuvent être aussi précieuses l'une que l'autre pour le patient.

Les montants fixes sont plus transparents et ont un effet de frein optimal, de sorte que les gens qui ont besoin des soins les plus urgents peuvent obtenir les meilleurs soins.

La norme de croissance des soins de santé

Le Gouvernement ne va pas couper dans le budget de la santé et encore moins réduire la qualité des soins.

Le budget soins de santé de 2015 sera fixé au plus près des prévisions de dépenses réelles, diminuées d'un montant d'économies qui sera d'un ordre de grandeur de celles qui ont été décidées les années précédentes et qui seront réparties de la manière la plus équilibrée possible entre les différents secteurs. **Ce budget 2015 sera fixé à 23,846 milliards €.** Compte tenu de 3,56 milliards € de compétences transférées, il doit être comparé avec les 24,3 milliards € du budget 2014, sachant qu'en réalité, sur base des dernières estimations techniques de l'INAMI, **seuls 23,39 milliards auront été dépensés en 2014.** Le Gouvernement sortant réalisait en effet d'importantes économies en ne finançant tout simplement pas une partie importante de cette norme. En réalité, la progression des dépenses était bien moindre. En l'occurrence, le total des dépenses va donc bien augmenter en 2015 par rapport à 2014 !

A partir de 2016, **la trajectoire de croissance dans les dépenses de soins de santé sera fixée sur base de l'objectif budgétaire de l'année précédente**, majoré d'une norme de 1,5% et de la croissance réelle de l'inflation appliquée au secteur.