

Coût du spécialiste : le vrai et le faux

SANTÉ Les mouvements des tickets modérateurs ne choquent pas tout le monde

- ▶ Si l'accès à certains spécialistes sera plus cher, le recours à d'autres sera meilleur marché.
- ▶ Par ailleurs, il n'y a que la part du patient qui change, de quelques centimes à quelques euros en plus ou en moins.
- ▶ Les économies sont réelles mais pas imbuables.

Une hausse de 45 % du coût d'une consultation chez le médecin... Le chiffre, lancé par le PS, fait le tour de la toile, des rédactions et des salles de consultations cette semaine. 45 %, oufti ! Euh, ça représente quel bonus pour le médecin ? Zéro. Et combien en plus pour le patient qui paie déjà entre 25 et 50 euros pour voir le docteur ? Calculette en main, ça fait au maximum 3,77 euros. Au maximum car la hausse est parfois une baisse : pour certaines spécialités, on ne paiera pas plus mais moins, jusqu'à 3,5 euros de moins. Et les faibles revenus dans l'aventure ? Ce sera une baisse de quelques centimes ou une hausse comprise entre 8 et 34 centimes.

Pour comprendre il faut se souvenir que le patient ne supporte pas l'entièreté du prix d'une consultation, que ce soit chez un généraliste ou chez un spécialiste. L'attestation de soins délivrée par le médecin lui permet de retoucher la plus grande partie de la dépense. Chez un généraliste, Monsieur Tout-le-monde paie au final 6 euros tandis que le bénéficiaire d'un régime préférentiel débourse 1,5 euro, c'est ce qu'on appelle le ticket modérateur. Chez le spécialiste, il varie actuellement entre 8,23 et 15,5 euros pour un assuré ordinaire et entre 2,66 et 3,11 euros pour un régime préférentiel. Le gouvernement a décidé de simplifier la chose en uniformisant : en 2015, ce sera 12 euros de part personnelle chez un spécialiste pour un assuré ordinaire et 3 euros pour le bénéficiaire d'un régime préférentiel. Notez que de 8,23 à 12 euros, il y a bien 45 % de hausse.

En phase avec le KCE

Au passage, la sécurité sociale fait une économie normale-correcte-scandaleuse (biffer la mention inutile) de 32,9 millions d'euros (0,1375 % du budget des soins de santé). En fait, ap-

pliquée de façon brute, l'économie serait de 40,1 millions d'euros dont 39,2 millions à charge des assurés ordinaires. Mais une mesure existante vient lisser socialement la première : le maximum à facturer (le plafond au-dessus duquel les gros consommateurs de soins de santé ne paient plus de part personnelle) reste d'application, de manière telle que 7,2 millions sont immunisés, d'où l'économie escomptée de 32,9 millions.

Une surprise cette uniformisation des tickets modérateurs ? Certainement pas. La question est dans l'air du temps en Belgique depuis deux ans, depuis en fait que le KCE (le Centre fédéral d'expertise des soins de santé) a recommandé une simplification du système. Il préconisait de remplacer le calcul en pourcentage par un montant fixe et de bien marquer la différence entre prestataires généralistes et spécialistes. « *De cette manière on peut obtenir des soins plus efficaces, plus judicieux*, dit Raf Mertens, directeur général du KCE. En



marquant la différence entre coût du généraliste pour le patient et coût du spécialiste (NDLR : au 1^{er} janvier ce sera du simple au double), on génère un avantage comparatif en faveur du premier, on contribue ainsi de manière soft à un usage plus raisonné des soins de santé ». On remarquera au passage que

le KCE n'a pas recommandé de profiter de l'opération pour faire des économies.

Économies diversement appréciées

« Le gouvernement MR N-VA fait payer les économies en soins de santé aux patients », assure le PS. En écho, à la Mutualité socialiste Jean-Pascal Labille pointe le « report sur les malades d'une partie des efforts budgétaires à réaliser alors que les mesures prises par le gouvernement précédent les avaient jusqu'ici préservés ». À l'opposé, les Mutualités libres, insistent sur la modération de l'effort demandé aux patients, et sa dimension sociale : « Les bénéficiaires d'intervention majorée se-

ront pratiquement immunisés », dit le directeur Xavier Brenez soulignant au passage « l'obstruction organisée par le banc socialiste », et les efforts substantiels demandés aux médecins (70 millions sur les honoraires) et à l'industrie pharmaceutique (89 millions).

Les Mutualités chrétiennes tiennent elles aussi un discours modéré. « Sur 355 millions d'économies réelles, le patient ne contribue qu'à hauteur de 32,9 millions, affirme Jean Hermesse. L'essentiel pour nous est ailleurs. Je constate qu'il y a des avancées sur la fin des suppléments dans les chambres à deux lits, des avancées aussi la volonté de transformer des lits d'hôpitaux en structures intermédiaires. En fait le gouvernement préconise une réforme structurelle du système à partir de 2016. Elle est indispensable pour garantir à long terme l'accessibilité aux soins. Nous donnons donc une chance à la concertation avec le gouvernement mais nous serons vigilants ». ■

ÉRIC BURGRAFF

Maternité Le KCE encourage le retour précoce

Peut-on diminuer la durée du séjour pour une jeune maman et son nouveau-né sans dommage pour l'une ou pour l'autre ? La mesure est au centre du plan d'économies décidé par le nouveau gouvernement. Le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) a mené bien avant l'avènement de la nouvelle majorité une étude pour déterminer si une telle opération était envisageable. L'actualité de cette semaine l'a incité à accélérer sa publication. Il va dans le sens préconisé par le nouveau gouvernement (séjour réduit d'un demi-jour en 2015 et d'un jour en 2016) mais le conditionne à l'organisation de soins en aval. Le KCE propose en fait un modèle qui dépasse les murs de l'hôpital : « Il intègre, dans une même continuité, la période prénatale, l'accouchement et le suivi postnatal. Après la naissance, le centre de gravité de la prise en charge doit revenir vers le domicile et non plus rester focalisé sur l'hôpi-

tal ». Dans ce contexte, il préconise la mise en place, bien avant la naissance, d'un circuit de soins dans lequel l'hôpital n'est qu'une étape entre la maison en attente de bébé et la maison avec bébé. « Un tel programme ne peut être mis en place qu'à la condition de développer une vraie coopération entre les professionnels concernés : sages-femmes, gynécologues, pédiatres, médecins traitants ».

Le KCE rap-
aussi aux amateurs
d'économies sèches
qu'une « nouvelle structure
de financement s'avère nécessaire afin
que les moyens libérés par un raccourcissement
du séjour hospitalier puissent être réaffectés à d'autres
formes d'organisation des soins ».

Concrètement il propose notamment de développer l'assistance maternelle à domicile, afin de se préoccuper de tous les aspects non strictement médicaux de la naissance : le travail ménager, les soins au bébé, la garde des enfants, les soins d'hygiène. Par ailleurs, « les groupes de soutien parentaux peuvent aussi être encouragés pour échanger les expériences et construire un réseau de soutien. » Le KCE se dit en phase avec « la définition de l'efficacité des soins : faire aussi bien, voire mieux, en termes de qualité, tout en réduisant les dépenses ». ■

E.B.

Wallonie

Prévot-De Block : un même hôpital

Interrogé mardi au parlement par les députés MR Nicolas Tzanetatos et Olivier Destrebecq sur le déficit financier chronique des hôpitaux, le nouveau ministre régional de la Santé a lancé un appel remarqué à une réforme en profondeur du secteur hospitalier : « *L'heure est venue de modifier le paysage des hôpitaux en Wallonie, a dit Maxime Prévot (CDH). Nous devons avoir l'audace d'entamer une réforme à l'instar de ce qu'on a fait en matière d'enseignement. Ce qui a été à l'impulsion de la réflexion en matière de bassins scolaires, on doit l'avoir aussi en matière de bassins de soins et de bassins de vie.* »

Le ministre a rappelé les éléments alarmants de la récente étude Belfius sur le sujet : 43 % des hôpitaux en déficit en Belgique et des situations souvent délicates pour les institutions wallonnes du sud du pays. Si le gouvernement fédéral reste tout-puissant dans le financement du secteur hospitalier, la sixième réforme de l'Etat a offert aux Régions des leviers non négligeables : les compétences en matière d'infrastructures hospitalières et de normes d'agrément.

A court terme, Maxime Prévot veut avoir une connaissance précise du problème : « *Nous réalisons en 2015 un cadastre des infrastructures hospitalières en collaboration avec les différents représentants du secteur. Cette analyse permettra de mieux connaître l'état du parc hospitalier afin d'appréhender les besoins futurs basés sur une politique favorisant les coopérations afin d'éviter une dispersion des moyens. La simplification de certaines normes d'agrément pourrait également s'avérer utile pour favoriser les rapprochements entre hôpitaux.* »

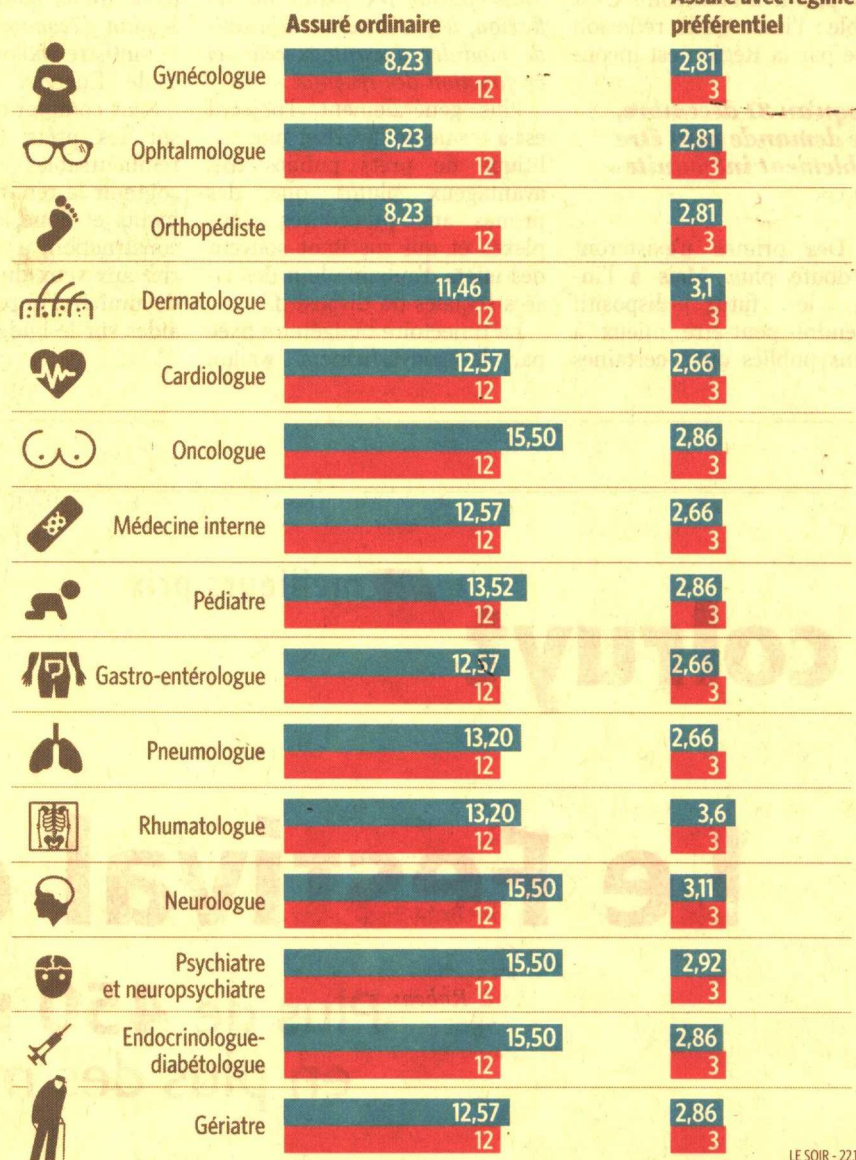
Coopérations ou rapprochements : tout est dit. Partout en Wallonie, des projets en ce sens ont déjà été menés à bien. Le nouveau ministre veut aller plus sans toucher à la qualité des soins mais en dépassant par exemple les rivalités traditionnelles entre « piliers » : « *Les premières déclarations de Maggie De Block au niveau fédéral vont dans le sens que je privilégie : une volonté d'être dans un mouvement de plus large spécialisation, au-delà d'un réseau de proximité prenant en charge les urgences et les cas aigus.* » ■

E.D.

Part du patient pour une consultation chez un spécialiste

Évolution 2014-2015 - En euros

■ Part 2014 ■ Part 2015



LE SOIR - 22/10/14

LEXIQUE

Ticket modérateur

L'honoraire demandé par un médecin comprend une part à charge de l'État (remboursée par la mutuelle) et une part qui reste à charge du patient. Cette dernière est appelée « ticket modérateur ».

Tiers payant social

Système selon lequel le patient n'avance pas la part de la mutuelle. Il est applicable pour les titulaires d'un régime préférentiel, sur demande à leur généraliste. Il devait être rendu obligatoire en janvier 2015, la mesure est reportée à juillet.

Régime préférentiel

Un certain nombre de patients peuvent bénéficier d'un régime préférentiel sous certaines conditions de revenus. Le ticket modérateur est alors fortement réduit : de 6 euros à 1,5 chez le généraliste, de 12 euros à 3 euros chez le spécialiste (dès 2015).

Conventionné

Ces tarifs sont valables pour les médecins conventionnés (ils s'accordent avec les mutuelles pour rester dans ces balises financières). Néanmoins, de nombreux médecins (surtout spécialistes) n'ont pas signé cette convention et pratiquent des suppléments d'honoraires en aucun cas remboursables.

E.B.