

J'Y VOIS CLAIR ÉRIC BURGRAFF

Santé : comment fait-on des économies dans un budget en hausse ?

Le comité de l'assurance de l'Inami a approuvé ce lundi le budget 2018 des soins de santé. À ce stade, le montant maximum des dépenses est fixé à 25 milliards 450 millions d'euros.

Un chiffre qui est à la fois une bonne et une moins bonne nouvelle.

Le cadre de la décision. Le comité de l'assurance de l'Inami rassemble d'un côté les prestataires de soins (hôpitaux, médecins, infirmiers, kinés...) et de l'autre les organismes assureurs (les mutuelles). C'est ce comité qui valide le budget des soins de santé - dans le cadre financier fixé par le gouvernement - avant de le transmettre au conseil général de l'Inami pour approbation finale. L'austérité imposée par le gouvernement Michel avait, ces dernières années, provoqué d'importantes foires d'empoigne entre partenaires. Le présent exercice a par contre permis de retrouver une certaine sérénité, ponctuée par un vote quasi unanime (une seule abstention) intervenu ce lundi. Sauf énorme surprise, le conseil général devrait rendre une décision conforme la semaine prochaine.

Des économies dans un budget en hausse.

En 2017, l'objectif budgétaire avait été fixé à 24,675 milliards d'euros. Pour 2018, on grimpe désormais à 25,450 milliards. Calculé en main, on pourra donc dépenser 776 millions de plus en 2018, lesquels sont constitués d'une norme de croissance de 1,5 % (contre 0,5 % seulement l'an dernier par exemple). Pourtant, à tous les étages, on parle bien... d'économies à réaliser, fixées précisément à 237.897.000 euros. En réalité, ce montant à économiser comprend d'une part la différence entre le budget 2018 approuvé et les « estimations techniques » de l'Inami (ce qu'il aurait fallu prévoir pour poursuivre la politique actuelle), et d'autre part le blocage structurel imposé unilatéralement par le gouvernement. Disons qu'on ne diminue pas les moyens de l'assurance santé mais qu'on décide de les augmenter moins que ce que nécessiterait la couverture des besoins réels.

Qui passe à la caisse ? Personne ne passe vraiment à la caisse - et, dans le cas présent, certainement pas le patient - mais certains secteurs marquent leur accord pour recevoir moins d'argent. L'essentiel de l'effort sera supporté par le « pharma » : 188 millions. En réalité, suivant un pacte signé entre la mi-

nistre De Block et l'industrie pharmaceutique, la croissance moyenne des dépenses y est limitée à 0,5 %. « Mais ce montant doit être mis en regard des 325 millions d'euros de dépassements budgétaires cumulés au cours des trois derniers exercices qui n'ont pas été remboursés par l'industrie pharmaceutique et ont donc été payés par la collectivité », relève Michel Jadot, président de Solidaritis. Le solde, une soixantaine de millions, sera réparti entre les autres secteurs de l'assurance maladie : diminution de la masse d'honoraires des médecins (6 millions), même chose pour les infirmiers à domicile (1,2 million), économies sur le prix

de la journée d'entretien dans les hôpitaux (2,5 millions), moins de dépenses dans les implants (8 millions)...

Pas sur le dos du patient. « Rien ne se fera sur le dos du patient, insiste Jean Hermesse, secrétaire général des Mutualités chrétiennes et président du Collège intermutuelliste. Le vote quasi unanime est le signe que la concertation fonctionne et que les mutualités sont capables de prendre leurs responsabilités. » En fait, chaque prestataire de soins s'engage à négocier en interne la manière d'affecter la part d'efforts acceptée : accords tarifaires, sup-

« Le vote quasi unanime est le signe que la concertation fonctionne et que les mutualités sont capables de prendre leurs responsabilités »

JEAN HERMESSE (MUTUALITÉS CHRÉTIENNES)

pressions de prestations obsolètes ou, par exemple, application partielle de la masse d'index.

Les réactions. Certains partenaires ont réagi après leur vote positif de ce lundi. Solidaritis par exemple : « Si le pragmatisme l'a emporté, cela reste un budget d'austérité ! Il n'y a pas de marge de manœuvre pour répondre de manière significative aux besoins non rencontrés - en soins dentaires ou en santé mentale par exemple - alors que nous observons par ailleurs une augmentation inquiétante des suppléments d'honoraires sur le terrain », dit Michel Jadot. Ou l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes : « Ce vote, c'est un signal fort dans un contexte budgétaire étroit. Il est le résultat de longs mois de discussions, en coulisses, avec les différents secteurs de soins », assure Jean Hermesse. Réaction aussi de l'Absym, l'Association belge de syndicats médicaux : « Bien qu'au cours des six dernières années, les médecins ont dû fournir en moyenne 96,2 millions d'euros (par ex. 202, 378 millions d'euros en 2017), l'Absym a décidé de rester pragmatique en acceptant ces économies supplémentaires », commente le président Marc Moens.

L'avenir. Le comité de l'assurance s'est égale-

ment engagé à développer en 2018 « une vision d'avenir des soins de santé » en collaboration avec des experts et d'importants acteurs des secteurs concernés. « Il est nécessaire de bien se préparer aux développements sociétaux, économiques, organisationnels et technologiques des quinze prochaines années », justifie le comité. « C'est un engagement à élaborer une vision à long terme dans laquelle nous pourrions inscrire les discussions annuelles », conclut Jean Hermesse.