

# « Le système de santé manque de transparence »

**Le patron des Mutualités chrétiennes fulmine.** Dans une interview au « Soir », il estime que le budget de la santé pourrait être mieux géré.

**N**otre système de santé pourrait être plus efficace, estime Jean Hermesse, secrétaire général des Mutualités chrétiennes, dans une interview au *Soir*. Mais un problème empêche de mieux gérer l'imposante enveloppe du secteur.

Quand il s'agit de contenir le budget santé dans notre pays (24 milliards d'euros tout de même), le patient est souvent le premier visé. Il est notamment accusé de prendre trop de médicaments, d'aller trop souvent chez le médecin...

Et pourtant, estime ce fin connaisseur du secteur, d'autres leviers pourraient être activés pour mieux fonctionner. Notamment une meilleure connaissance de la manière dont est dépensé l'argent public.

« Il existe de nombreux exemples dans notre organisation où, par manque de transparence, le pilotage du système de santé est devenu compliqué », assène Jean Hermesse. « Si on veut que les patients voient leurs droits respectés, tout le monde a intérêt à avoir une organisation qui fonctionne mieux. Il faut que ceux qui surconsomment, que ceux qui surproduisent des actes ou que ceux qui surfac-

*turent ne le fassent pas au détriment de tout le monde. »*

Le secrétaire général des Mutualités chrétiennes pointe notamment du doigt une faille des nouvelles attestations électroniques. S'il défend le système, il souligne que les attestations papier mentionnaient, dans la plupart des cas, le montant effectivement payé par le patient. Les mutuelles pouvaient ainsi « vérifier si le prestataire respecte ou pas les tarifs, surtout quand il déclare être conventionné ».

Pour Jean Hermesse, les déclarations électroniques « devraient être le reflet exact de la prestation et des honoraires reçus. Elles devraient... Mais, pour le médecin, déclarer ce dernier point est facultatif. » Or, selon lui, sur un million de prestations électroniques traitées, le prix payé n'est indiqué qu'une fois sur trois.

Dès lors, il propose que ce dernier point soit obligatoirement rempli par les praticiens. « Si on veut mesurer la performance de l'assurance maladie obligatoire, il est indispensable de savoir si on couvre bien tous les frais », plaide-t-il. C'est aussi une « simple question d'équité dans l'utilisation des moyens publics ». ■

## Jean Hermesse

Né à Gand en 1955, Jean Hermesse est licencié en sciences économiques de l'université catholique de Louvain. Après l'obtention d'un master à l'université du Michigan, il entre en 1981 au service de Jean-Luc Dehaene, alors ministre des Affaires sociales, comme conseiller puis chef de cabinet adjoint. Jean Hermesse entre en 1988 aux Mutualités chrétiennes, comme directeur du département recherche, et en devient secrétaire national en 1995. Le 1<sup>er</sup> janvier 2007, il succède à Edouard Descampe au poste de secrétaire général de la Mutualité chrétienne.

# « Le pilotage du système de santé est devenu compliqué »

► Le patron des Mutualités chrétiennes en a assez : le système belge des soins de santé pêche par un manque flagrant de transparence.

► Pour Jean Hermesse, si on veut en tirer le meilleur pour chacun, il est urgent que chacun des acteurs fasse toute la lumière sur la manière dont il fait usage des fonds publics.

ENTRETIEN

**S**urconsommation de médicaments, surconsommation d'actes médicaux... Quand il s'agit de contenir le budget des soins de santé, on vise souvent le patient. On oublie parfois que d'autres leviers peuvent être actionnés. En 2017, par exemple, les

médecins ont « offert » au système une partie de l'indexation de leur barème. Et les firmes pharmaceutiques ont accordé des ristournes substantielles sur certains médicaments courants.

Pourtant, pour les Mutualités chrétiennes, un budget de santé sous contrôle – cela représente tout de même 24 milliards d'euros – est aussi un budget beaucoup plus transparent. « Si on veut que les patients voient leurs droits respectés, tout le monde a intérêt à avoir une organisation qui fonctionne mieux. Il faut que ceux qui surconsomment, que ceux qui surproduisent des actes

ou que ceux qui surfacturent ne le fassent pas au détriment de tout le monde, assène Jean Hermesse, secrétaire général des Mutualités chrétiennes. Il existe de nombreux exemples dans notre organisation où, par manque de transparence, le pilotage du système de santé est devenu compliqué. » A commencer par l'attestation électronique qui se répand comme une traînée de poudre...

L'attestation papier disparaît progressivement au bénéfice d'un fonctionnement électronique. A priori, on devrait gagner en transparence...

L'attestation papier comporte le code de la prestation, les coordonnées du prestataire et du patient et, dans la plupart des cas, le montant effectivement payé. Grâce à ce dernier point, les mutuelles peuvent vérifier si le prestataire respecte ou pas les tarifs, surtout quand il déclare être conventionné. Désormais, les mutuelles reçoivent en direct de plus en plus d'attestations électroniques. Elles devraient être le reflet exact de la prestation et des honoraires reçus. Elles devraient... Mais, pour le médecin, déclarer ce dernier point est facultatif. A ce jour, sur un million de prestations électroniques traitées, le prix payé par le patient n'est indiqué que dans 30 % des cas. Ce système combine une grande satisfaction du patient (qui est remboursé très rapidement) avec une extrême facilité pour le médecin. Mais pour ce qui est de la déclaration exacte des montants perçus, nous constatons une vraie régression par rapport à la pratique scripturale.

**Pourquoi vouloir absolument savoir ce que perçoit un médecin ?**  
Les mutuelles signent des conventions avec le monde médical qui

s'engage à respecter des tarifs définis (NDLR : on parle de convention « médico-mut »). En tant que signataire de ces accords, nous devons pouvoir vérifier si les médecins respectent bien leurs engagements. Par ailleurs, de manière plus générale, si on veut mesurer la performance de l'assurance maladie obligatoire, il est indispensable de savoir si on couvre bien tous les frais. On y parvient avec les hôpitaux puisqu'ils ont l'obligation de mentionner absolument tout ce qui est facturé au patient. Pourquoi est-ce si difficile avec les soins ambulatoires ? Avec l'attestation papier, on avait une certaine vision ; on risque de tout perdre désormais, sauf si...

**Sauf si ?**

Sauf si on passe d'un mode facultatif à un mode obligatoire. Il est prévu d'en discuter lors de l'évaluation du système. Pour nous, c'est clair, nous mettrons cette exigence sur la table de la prochaine négociation médico-mutuelliste. Les médecins pensent que ce qu'ils gagnent n'est pas nos oignons... Sorry, mais nous devons savoir si les conventions sont respectées.

**Au risque de vous faire passer pour des agents du fisc ?**

Avant, le fisc contrôlait les carnets commandés... Aujourd'hui, les logiciels de facturation sont une partie de la solution, c'est leur affaire, pas la nôtre. Mais il y a une autre solution : les mutuelles pourraient communiquer à l'administration fiscale l'ensemble des remboursements par médecin. Via un protocole signé entre le fisc et l'Inami, ça devrait se passer comme cela à l'avenir. Mais, quoi qu'il en soit, cela ne concernera jamais que les montants remboursés par l'assurance maladie... qui ne correspondent pas toujours aux montants perçus. Nous voulons donc aller plus loin...

**Pourquoi ?**

Parce que l'attestation électronique concerne aujourd'hui les généralistes et les infirmiers à domicile mais il est prévu d'y intégrer progressivement les dentistes, les spécialistes, les kinésithérapeutes... Face à cette généralisation - je rappelle que la rémunération des professionnels de la santé, c'est essentiellement de l'argent pu-

blic -, nous voulons une transparence totale à l'égard des mutualités. C'est une simple question d'équité dans l'utilisation des moyens publics.

**En face, on exigera probablement de vous davantage de transparence dans les frais de fonctionnement des mutuelles...**

Je n'ai aucun souci avec cela. L'Office de contrôle des mutualités vérifie minutieusement nos comptes liés aux assurances obligatoires et complémentaires. Je peux vous assurer que nous sommes soumis à une armée d'inspecteurs et de réviseurs, tout est contrôlé de A à Z. Je rappelle au passage que les mutuelles ont subi récemment une réduction de leur frais de fonctionnement de 120 millions d'euros, ce qui a donné lieu à des réductions d'effectifs. Aujourd'hui, les frais de fonctionnement d'une mutuelle, c'est 3 % contre 20 à 25 % pour une compagnie d'assurance privée. Si on doit encore les réduire, c'est le service rendu qui s'en trouvera menacé. ■

Propos recueillis par  
ERIC BURGRAFF  
LORRAINE KIHLL

## QUATRE SECTEURS ASSEZ OPAQUES

### Le financement des hôpitaux

Les hôpitaux sont partiellement financés via le « budget des moyens financiers ». Un des mécanismes à l'œuvre derrière ce vocable barbare se base sur le « résumé clinique minimum » (dès l'entrée à l'hôpital, on détermine la pathologie à laquelle est ensuite lié un financement). Disons, pour faire bref, que la clef budgétaire d'un hôpital aujourd'hui, c'est le nombre d'admissions et leur gravité. Cette clef repose sur l'exactitude des déclarations d'admission. « Or, certains hôpitaux peuvent être tentés de "surcoder" via une pathologie plus importante, une interprétation plus rémunératrice, dit Jean Hermesse, secrétaire général des Mutualités chrétiennes. Il faut mieux contrôler les déclarations des hôpitaux. Nous avons déjà proposé que les médecins-conseils des mutualités aient, dans leurs missions, ce contrôle de ces déclarations. Mais, à ce jour, seul le ministère de la Santé publique reçoit le résumé clinique minimum. Nous demandons que soit organisé rapidement un couplage entre les données de diagnostics et les données de prestations. En fait, on est ici à un jeu à somme nulle puisque le budget des moyens financiers est une enveloppe fermée partagée entre tous les hôpitaux. Lorsqu'un hôpital "optimalise", c'est toujours au détriment des autres. Le secteur a intérêt à ce que tout le monde travaille correctement et que ceux qui surcodifient au détriment des autres soient sanctionnés. »

E.B.

### La rémunération des médecins

Il existe des variations de rémunérations extrêmes entre médecins sur la base de leurs spécialités. En 2013, un expert du secteur citait le chiffre de 675.000 euros/an - après déduction de la part rétrocédée à l'hôpital - pour un néphrologue. Dans le même temps, à travail égal dans des spécialités moins cotées, des médecins gagnent trois ou quatre fois moins. « Ceci n'est rien de normal. Il est temps d'ouvrir un vrai débat sur ce sujet, exactement comme on l'a eu pour les directions des grandes administrations. N'oublions pas que les médecins sont payés avec des moyens publics. La question c'est : qu'est-ce que, aujourd'hui, le revenu normal d'un médecin spécialiste ? Alors que nous allons revoir la nomenclature (la codification des actes médicaux et leur rémunération, NDLR), c'est le moment d'objectiver les choses. Je n'ai pas de souci avec le fait que leur rémunération soit élevée pour autant que l'on balise les choses. Aux Pays-Bas, une loi dit que celui qui est payé avec des moyens publics ne peut pas gagner plus qu'un ministre : on pourrait s'en inspirer. Il faut arriver à définir un revenu normatif pour un spécialiste - par exemple 250.000 euros à travail égal - et donc gommer les différences tout aussi extrêmes qu'anormales. C'est une question taboue que l'on n'ose pas aborder ; nous, nous la mettons sur la place publique. »

E.B.

**Le sous-financement des hôpitaux**

Les suppléments d'honoraires pratiqués en chambre particulière sont souvent justifiés par les hôpitaux sur la base de leur sous-financement : les suppléments partiellement rétrocédés par les médecins à la structure dans laquelle ils travaillent permettent de combler la différence entre le coût réel du fonctionnement d'un hôpital et le financement public. « On nous dit que cette politique est indispensable pour équilibrer les comptes hospitaliers, je peux le croire, mais quel est exactement le niveau du sous-financement ?, s'interroge Jean Hermesse. Nous avons posé la question dans les organes de concertation mais nous attendons toujours la réponse. Je constate que des hôpitaux qui demandent 100 % de suppléments d'honoraires sont à l'équilibre et offrent un bon revenu à leurs médecins. Je constate aussi que d'autres exigent des patients jusqu'à 300 % de suppléments mais restent en déficit... Il y a bel et bien un souci. Si on veut un jour financer convenablement les soins hospitaliers, qu'on nous précise le niveau de sous-financement et la raison de telles disparités... Je ne suis ni contre les hôpitaux ni contre les médecins mais il faut savoir de quoi on parle. Nous savons que la masse des suppléments tourne autour de 600-700 millions d'euros mais on ne connaît pas grand-chose des tractations entre les hôpitaux et les médecins. Là aussi, il faut bien plus de transparence. »

E.B.

**La réalité du coût des produits médicaux**

Médicaments, appareils auditifs, prothèses... sont parfois proposés sur le marché à des prix exorbitants. « La réalité, c'est qu'il existe des écarts énormes entre le coût de fabrication d'un produit et le prix final. Je ne m'explique pas ces écarts, dit le patron des Mutualités chrétiennes. Est-ce parce qu'un moteur électrique X doit être peint en blanc pour le secteur médical que son prix peut être tout d'un coup doublé ? Pourquoi le prix d'un gaz industriel atteint-il des sommets dès qu'il est destiné à un hôpital ? Pourquoi le monde de l'optique ou de l'audiologie pratique-t-il des écarts dingues entre le prix de revient d'un verre ou d'un appareil et son prix de vente ? On me dit qu'une prothèse auditive de qualité a un prix de revient de quelques dizaines d'euros mais qu'elle est vendue jusqu'à 2.000 euros ! Qui paie les écarts au final ? Les mutualistes – donc les pouvoirs publics – et les patients ! On vit exactement le même problème avec les médicaments innovants. Je souligne que cette politique de prix surfaits aboutit à une non-couverture des besoins : nombre de patients ne peuvent pas s'offrir un appareil auditif à 1.500 ou 2.000 euros par oreille. Nous exigeons un audit, comparatif avec ce qui se passe dans d'autres pays, pour expliquer les écarts. »

E.B.