

Intérêts et limites des mécanismes pour tisser la couverture sanitaire universelle en Belgique

Hubert Jamart et Pierre Drielsma, médecins généralistes, permanents politiques à la Fédération des maisons médicales.

Le système de santé en Belgique se veut largement accessible sur le plan financier ; différents mécanismes ont été élaborés afin de lever les obstacles susceptibles de freiner le recours aux soins. Ces mécanismes vont-ils vers une couverture sanitaire universelle ? Les auteurs de cet article en doutent fortement.

Un système plus ou moins accessible ?

L'accessibilité financière est un des aspects importants de l'accessibilité aux soins, et l'on ne peut que s'alarmer devant le nombre de personnes qui n'arrivent plus à faire face à leurs dépenses en matière de santé^A.

Rappelons d'abord que les soins de santé sont loin d'être gratuits en Belgique : 18%^B à 25%^C des dépenses en la matière sont à charge des citoyens. Pour certains, c'est trop lourd : 20%^D d'entre eux reportent leurs consultations médicales, et certains n'arrivent pas à acheter tous les médicaments prescrits. Ils commencent par le premier de la liste, demandent au pharmacien de s'arrêter dès que leur capacité à payer est atteinte.

Un accès aux soins à plusieurs vitesses est en train de s'installer. Ce phénomène n'est pas seulement lié aux ressources des ménages. Les pratiques des médecins interviennent également. Ainsi, si les représentants des médecins s'accordent avec les mutuelles pour déterminer la hauteur des honoraires de la convention¹, tout médecin est libre de sortir de ces accords et de délivrer des soins plus coûteux que ce qui a été défini dans la convention médico-mutualiste : certains ne s'en privent pas (voir l'article page 30). Les revenus des médecins sont liés à leur spécialité. Le statut social qui récompense le respect des tarifs est forfaitaire. Donc la valeur relative de cette récompense est fonction du revenu de la spécialité, ce qui favorise le déconventionnement

des spécialistes. Par ailleurs de nombreux spécialistes pratiquent le déconventionnement partiel qui permet de manger aux deux râteliers.

Les bases du système

Le système de santé belge est encore essentiellement basé sur le paiement à l'acte : pour chaque prestation, le patient paie des honoraires au professionnel consulté. La mutuelle rembourse une partie de ces frais, le reste est à charge du patient. Ce 'reste', bien nommé 'ticket modérateur', est sensé modérer l'appétit des patients² - il freine peut-être aussi l'appétit des médecins qui seraient tentés d'inciter leurs patients à consulter un peu trop souvent...

Le ticket modérateur varie de 7€ pour un assuré ordinaire consultant un médecin généraliste agréé et accrédité, à 1€ pour un patient OMNIO qui possède un dossier médical global chez son médecin traitant (ces dispositifs sont expliqués ci-dessous).

En matière de médicaments, différentes règles existent ; la sécurité sociale n'intervient pas pour ceux qui peuvent être vendus sans prescription médicale (il y en a beaucoup). Par contre, il existe un remboursement pour les médicaments prescrits, le plus souvent partiel : ici aussi, le patient paie un ticket modérateur, variable selon les médicaments.

1. Ces accords sont en général conclus pour deux ans.

2. Comme s'ils aimaient aller chez le docteur, et risquaient d'y aller trop ?

Divers mécanismes ont été mis en place pour faciliter l'accès aux soins. Ils sont ajustés tantôt par les partenaires sociaux, tantôt par les mutuelles, tantôt par les ministres, tantôt par les professionnels ; l'équilibre s'établit donc selon les rapports de force existant entre tous ces acteurs (qui n'interviennent pas tous à chaque lieu d'ajustement du système).

Tout le monde n'a pas droit à la même chose : l'intervention de la sécurité sociale varie selon le statut social de l'assuré, la lourdeur de sa pathologie, les frais qu'il a déjà supportés. Et il existe des procédures de contrôle, ce qui est compréhensible dans un contexte de ressources limitées ; d'autant plus que certains praticiens sembleraient considérer la sécurité sociale comme un pré où chacun vient se servir selon la longueur de sa langue !

Les outils favorisant l'accessibilité des soins : intérêts, limites, travers...

Le tiers-payant

Ce mécanisme permet au patient de ne payer que la part des frais qui sont à sa charge, c'est-à-dire le ticket modérateur (éventuellement assorti d'un supplément si le soignant n'est pas conventionné). La mutuelle rembourse au soignant l'autre partie de ses honoraires sur base d'une attestation de soins. Pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), l'application du tiers-payant est obligatoire (en dehors des visites à domicile). Le tiers-payant (voir l'article page 55) est évidemment un excellent instrument pour alléger l'avance du patient, mais cela ne suffit pas toujours : le paiement du ticket modérateur représente parfois un frein réel à l'accessibilité des soins, au point que certains médecins préfèrent ne pas l'exiger.

Quelques débats ont eu lieu en 2015 autour de l'idée d'une consultation « sans argent » chez le médecin généraliste³ : différentes institutions et professionnels proposaient de lever totalement les freins financiers, soit par l'application généralisée du tiers-payant associée à l'absence de ticket modérateur, soit par le système de paiement forfaitaire (dont nous rappelons les grandes lignes ci-dessous). A nos yeux, seule la deuxième option est à retenir : en effet, dans un système de paiement à l'acte, les revenus du médecin augmentent en fonction du nombre d'actes prestés ; dès lors, si aucune des deux parties (le soignant et le

patient), ne rencontre un frein, le risque de dérive est important. Lorsqu'on entend certains patients⁴ proposer aimablement « Je vous donne deux vignettes, docteur... ? », on se rend compte qu'il est assez facile de facturer plusieurs fois un patient sans trop l'ennuyer (à quelques jours d'intervalle par exemple). Ou même de facturer en tiers-payant plusieurs membres d'une même famille lors d'une visite à domicile (ce qui n'est bien sûr pas une fraude si chacun des membres est réellement examiné).

De profondes modifications sont en cours actuellement : on va vers une facturation électronique associée à l'obligation de vérifier physiquement (au moins de temps en temps) la présence du patient via la carte d'identité électronique.

La médecine gratuite à l'acte n'est qu'une mesure palliative, qui ne fera que compenser les injustices générées par la médecine à l'acte avec ticket modérateur sans modifier la logique du système : c'est le tonneau des Danaïdes, nous ne le répéterons jamais assez. Une telle mesure pourrait même aggraver la situation : les fraudes historiques (et même contemporaines) sont là pour le confirmer.

Les trajets de soins : exemple du diabète

Ce mécanisme prévoit que la mutuelle octroie un forfait par patient (160€ dans le cas du patient diabétique), réparti 50/50 entre un médecin généraliste et un diabétologue ; le patient doit consulter une fois son diabétologue et deux fois son généraliste au minimum afin d'optimiser son traitement.

Ce mécanisme a le grand défaut d'être « mono-pathologique ». Et il comporte certaines incohérences : par exemple l'obligation de voir le médecin spécialiste pour tous les cas. Son intérêt est qu'il donne au patient la garantie de pouvoir accéder, sans charge financière supplémentaire, au (presque) bon endroit du système de santé, au bon moment, et dans une fréquence qui n'augmente pas ses coûts. C'est en quelque sorte un micro-mécanisme de capitation intégrée.

Si l'on voulait élargir le concept et aller vers une réelle capitation intégrée, il faudrait inscrire la prise en charge dans une logique territoriale : c'est-à-dire allouer un budget, pour chaque patient domicilié dans la zone, à un dispositif territorial chargé de garantir une prise en charge optimale, sans qu'il y ait d'enjeu financier (et donc de concurrence) entre les prestataires de soins.

3. « La consultation sans argent chez le généraliste : débat », *Santé Conjuguée* n°72, septembre 2015.

4. Entendu lors d'une garde.



Le maximum à facturer

Le maximum à facturer consiste à plafonner les dépenses des grands utilisateurs de soins, par exemple les personnes atteintes d'une maladie grave de longue durée : ce mécanisme permet aux grands utilisateurs de se soigner sans être ruinés... mais certains limitent quand même leur recours aux soins, parfois de manière drastique, parce qu'ils ont déjà perdu quelques boutons de culotte avant d'avoir atteint le plafond prévu par le maximum à facturer. Et il arrive que l'on paie plusieurs tickets modérateurs avant de réaliser que le seuil fatidique est dépassé. Certes, le trop dépensé pourra être récupéré - mais au moment même la dépense peut faire très mal.

Le maximum à facturer (n)'est donc bien, lui aussi, (qu)'un mécanisme palliatif qui permet d'atténuer les effets négatifs du système de paiement à l'acte. Mais si ce mécanisme donne l'illusion au patient que tout est résolu, « il sert [en fait] d'alibi aux augmentations de la charge [imputée au] patient ». Ainsi, le « matériel de viscérosynthèse et d'endoscopie ne sera pris en charge par l'assurance soins de santé qu'à concurrence de 10% [...] »⁵ (voir l'article page 65).

Le pire, c'est que le maximum à facturer peut à terme favoriser la dualisation du système : comment justifier un système d'assurance soins de santé obligatoire étendu au plus grand nombre si ceux qui le financent en bénéficient d'autant moins qu'ils sont « riches » - et donc d'autant moins qu'ils contribuent au système ? Il est alors tentant pour les plus riches de soutenir l'idée d'une scission de l'assurance soins de santé en deux volets distincts : un volet obligatoire mais réduit, accessible à tous ; et un volet privatisé, dans lequel chacun bénéficierait d'une couverture proportionnelle aux primes versées et qui exclurait les 'mauvais' risques (handicapés, personnes âgées, personnes dépendantes, malades chroniques...) (voir l'article page 23). L'enjeu est de préserver une sécurité sociale unifiée et solidaire qui, respecte pleinement le principe d'équité.

5. *Revue Démocratie*, le MOC, Olivier Lambert, « Bilan de l'arc en ciel : soins de santé : le « maximum à facturer » », 26 avril 2013. <http://www.revue-democratie.be/index.php/politique-belge/18-politique-belge/413-bilan-de-larc-en-ciel-6-soins-de-sante-le-l-maximum-a-factorer-r>

Retour précoce à domicile et prise en charge intégrée des maladies chroniques

La ministre De Block a récemment conçu des projets relatifs au retour précoce à domicile et à la prise en charge intégrée des malades chroniques. Ces projets pourront-ils déboucher sur des avancées réelles en matière d'accès aux soins ? On peut en douter, car ils ont été conçus en dépit du bon sens et reposent sur des prémisses intellectuelles erronées.

Ainsi, le retour précoce à domicile, qui vise à diminuer l'hospitalisation, reste en grande partie aux mains de la deuxième ligne. Ne serait-il pas plus judicieux de considérer les choses en amont ? Il s'agirait alors de viser avant tout la diminution des admissions, et donc d'investir dans une bonne organisation de la première ligne (garde et poste de garde compris).

Même erreur de jugement en ce qui concerne la prise en charge des malades chroniques⁶ : le schéma directeur prévoit l'intervention obligatoire des hôpitaux, alors que la majorité des malades chroniques peuvent être soignés au long cours sans intervention hospitalière. Il aurait été plus pertinent de prévoir un double protocole : l'un concernant les situations qui ne nécessitent pas ou guère d'intervention de deuxième ligne, l'autre organisant au mieux les allers-retours entre la première et la deuxième ligne.

En réalité, la logique dans laquelle se développe le processus mis en œuvre est clairement comptable : il ne s'agit pas d'offrir de nouveaux services aux patients mais bien d'éponger les cadeaux fiscaux récents généreusement offerts aux contribuables fortunés. A notre humble avis, il n'y a donc aucune chance pour que ces projets améliorent l'accès aux soins : au contraire, le risque est sérieux de voir dés-hospitaliser par exemple des personnes qui vivent dans un taudis – un contexte peu favorable à la réalisation optimale de soins à domicile.

Le Dossier médical global

Le dossier médical informatisé constitue le support informatisé contenant les données médicales et administratives relatives à un patient ; le Dossier médical global vise à améliorer la qualité des soins. Cet outil implique que le patient s'inscrive auprès d'un médecin, qu'il reconnaisse comme « principal » même s'il lui arrive d'en consulter d'autres ; c'est fondamental pour sceller

6. Voir l'article d'Olivier Mariage dans le *Santé conjugulée* n°74 de mars 2016.

une relation thérapeutique centrée sur le développement du bien-être et la réassurance – une relation dans laquelle la continuité interpersonnelle représente un enjeu majeur.

L'intérêt du dispositif, c'est que le médecin est rémunéré pour chaque Dossier médical global ouvert : une partie de son revenu n'est donc plus associée à la fréquence des actes. Cette excellente idée - une forme de capitation - a permis de freiner la descente aux enfers économique de la médecine générale. Peut-on pour autant considérer le Dossier médical global comme un moyen d'atteindre une couverture universelle ? Pas à nos yeux car, si le Dossier médical global comporte deux éléments intéressants, chacun d'entre eux pose une série de problèmes.

En ce qui concerne l'identification du médecin « titulaire », il semble que les médecins francophones aient plus de difficultés que leurs confrères flamands à passer un contrat avec leurs patients : ils ne sont pas sûrs d'être réellement le médecin 'titulaire', ils craignent que leur patient se sente mis sous pression... Il y a manifestement une différence culturelle entre les deux communautés à propos des manœuvres administratives de fidélisation. Si le Dossier médical global a été bien reçu en Flandre, la couverture en Walbruxie reste insuffisante. Nous avons régulièrement – mais sans succès - proposé aux mutualités que le Dossier médical global devienne semi-automatique : c'est-à-dire qu'il soit attribué au médecin le plus fréquemment consulté, si et seulement si le patient et le médecin sont d'accord.

L'autre élément, c'est la capitation : l'idée est évidemment très bonne, mais le montant alloué au Dossier médical global est trop petit, surtout lorsqu'il s'agit de patient atteints de pathologies lourdes.

Les forfaits de soins

Indiscutablement utiles, les forfaits de soins pèchent par ambiguïté stratégique.

Le mécanisme consiste ici à couvrir un ensemble de soins (associés à une pathologie ou à un symptôme) par une somme forfaitaire donnée au patient, qui s'en servira comme il voudra, ou pourra. Le risque, c'est que l'argent soit consacré à autre chose qu'aux soins. L'assurance dépendance prévue en Wallonie prévoit un mécanisme beaucoup plus contrôlé, consistant à délivrer des droits de tirage sur les services (et inutilisables ailleurs). Ce mécanisme favorisera le recours aux soins ; par contre il ne laissera guère de créativité aux patients et à leurs familles (voir l'article page 65).

On pourrait peut-être assouplir ce dispositif en allouant des petits forfaits aux aidants proches (voir l'article page 59) dont les interventions permettent au patient de ne pas faire appel à des services professionnels. Ces forfaits devraient représenter un coût inférieur à celui des services, et prendre valeur de simple dédommagement – les relations d'argent dans les familles étant particulièrement toxiques. De plus, les soignants à domicile (notamment le médecin généraliste) devraient être chargés de vérifier la pertinence des soins donnés : il y aurait donc une forme de contrôle, mais avec plus de souplesse que ce qui est actuellement prévu.

Le statut bénéficiaire d'intervention majorée BIM (anciennement OMNIO)

Le statut bénéficiaire d'intervention majorée permet de bénéficier d'une intervention majorée. Rappelons que le principe d'un statut préférentiel existe depuis la création de l'assurance maladie, malgré l'opposition des Chambres syndicales (ABSyM – Association belge des syndicats médicaux) qui l'ont toujours accusé de générer le gaspillage et l'irresponsabilité.

Le problème avec les statuts distincts, ce sont les effets de seuils : si une personne sort de la catégorie BIM parce que ses revenus ont augmenté grâce à une avancée professionnelle, elle perd souvent plus que ce qu'elle a gagné en revenu. Dans la même logique, une personne très malade a intérêt à refuser les améliorations de sa maigre pension...

Ici encore, la gratuité intégrale des soins, pour autant qu'ils soient opportuns (c'est-à-dire justifiés) rencontrerait mieux l'objectif de la couverture sanitaire universelle sur les trois axes qui doivent être considérés : population, montant, type de soins.

Le forfait

C'est clairement pour favoriser l'accessibilité aux soins que les maisons médicales ont négocié un système de financement particulier avec l'INAMI dans les années 80 : le forfait à la capitation. Les équipes qui ont opté pour ce système reçoivent tous les mois des mutualités une somme forfaitaire pour chaque patient inscrit ; elles s'engagent en échange à lui délivrer tous les soins de première ligne nécessaires (médecin, kinésithérapeute et infirmière). Le patient ne débourse donc rien : il y a donc bien gratuité, mais sans les écueils de la gratuité à l'acte puisque le nombre de consultations n'influence pas les revenus des soignants.

S'ils ne sont pas satisfaits, les patients peuvent se désinscrire ; les rentrées des soignants diminuent en conséquence. C'est ce qui fait la grande différence entre les pratiques au forfait et la médecine salariée : dans la médecine salariée, le médecin est payé à la fonction sans aucune modulation liée à la taille de la population suivie, ce qui entraîne un risque non négligeable de bureaucratisation.

Repenser plutôt que colmater

Les mécanismes établis dans le système de santé belge pour favoriser l'accessibilité financière aux soins sont sans conteste ingénieux et pleins de bonnes intentions. Mais ils sont loin de permettre une protection universelle face aux risques de maladies : non seulement, bien sûr, parce que l'aspect financier n'est qu'un aspect de l'accès à la santé, comme nous l'avons signalé en introduction. Mais aussi parce que tous ces mécanismes visent à compenser les défauts structurels d'un système basé sur le paiement à l'acte : ce sont des emplâtres sur une jambe de bois. Seule la gratuité forfaitaire et échelonnée (c'est-à-dire que la gratuité en deuxième ligne est conditionnée à un passage préalable en première ligne), qui n'est pas inflationniste, permettrait d'atteindre l'accessibilité financière optimale. ■

Sources

- A. UNMS – direction études, Boutsen M., Maron L., *L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles* ; Michel Boutsen et Leila Maron, novembre 2011.
- B. Vrijens F., Renard F., Camberlin C., Desomer Anja, Jonckheere P., Vande Voorde C *et al.. Performance of the belgian health system- report 2015-supplement. health service research (HSR)*. 259S. 2016. Brussels, Centre d'expertise federal.
- C. MC-informations analyse et points de vue n° 251 mars 2013 – Olivier Gilis.
- D. *Accessibilité aux soins : bilan et priorité pour l'avenir* ; 18 février 2014 - Mélanie Boulanger.