

SANTÉ



A PROPOS DES SPÉCIALISTES CHERS, DES COUPES DE BUDGET MALSAINES ET DE LA MALÉDICTION DE MAGGIE DE BLOCK

Étude du PTB et de Médecine pour le Peuple

1. Les soins de santé à un tournant

D'importants besoins

Ces dernières 20 ou 30 dernières années, la situation n'a cessé de s'alourdir pour le patient. Voici une petite série de chiffres¹ :

14 % des Belges reportent des soins médicaux pour des raisons financières. En 1997, ils étaient encore 8 %.

900 000 Belges ne peuvent pas se payer le médecin. Sur 31 pays européens, la Belgique arrive à peine en 21^e position.²

Les personnes atteintes d'une maladie chronique sont les principales victimes. Un exemple, la campagne de la Ligue flamande contre le cancer (VLK) : Le cancer rend pauvre. D'une analyse des demandes introduites auprès du fonds cancer de la VLK, il ressort que près de la moitié des ménages qui reçoivent une indemnité du fonds doivent se débrouiller avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté.

La cause : le patient doit payer de plus en plus de ses propres deniers, ce qui, entre-temps, représente déjà 28 % de toutes les dépenses en santé dans notre pays. En moyenne, cela fait 666 euros par Belge et par an. Ici, nous nous classons en tête des pays européens.

Deux « coupables » font augmenter sensiblement la facture adressée au patient :

- Les suppléments d'honoraires et en matériel sur la facture d'hospitalisation ou des soins ambulants.³
- Le prix des médicaments.

La conséquence : un nouveau phénomène en Belgique, les assurances hospitalisation. Du fait de la quote-part personnelle très élevée dans les soins de santé, 8,2 millions de Belges ont aujourd'hui une assurance hospitalisation complémentaire en sus de leur assurance maladie.

Cette évolution n'est absolument pas positive. La privatisation débouche sur une inégalité croissante dans l'accès aux soins. Plus la prime que vous pouvez payer est élevée, plus l'assurance vous couvre. Et qu'en est-il des 20 % de Belges qui n'ont pas d'assurance hospitalisation complémentaire ?

En Belgique, plus d'un million de personnes prennent des antidépresseurs.⁴ En 8 ans, ce nombre a augmenté de 40 %. Les premiers chiffres de l'enquête la plus récente sur la santé nous ont montré à quel point la crise a rendu urgente une

1 #GoLeft14 : Les soins de santé ne sont pas à vendre. <http://ptb.be/programme/goleft14-les-soins-de-santé-ne-sont-pas-vendre>

2 900.000 Belgen kunnen dokter niet betalen (900.000 Belges ne peuvent pas se payer le médecin). De Morgen, 7 août 2014. <http://www.demorgen.be/dm/nl/993/Gezondheid/article/detail/1982384/2014/08/07/900-000-Belgen-kunnen-dokter-niet-betalen.dhtml>

3 Pijn in de portemonnee ? U heeft supplementitis (Mal au portefeuille ? Vous souffrez de supplémentation). De Standaard, 9 août 2012. http://www.standaard.be/cnt/dmf20120808_00251745

4 Huisarts moet pillengebruik afremmen (Les généralistes doivent freiner la consommation de médicaments). De Morgen, 13 août 2013. <http://www.demorgen.be/lifestyle/huisarts-moet-pillengebruik-afremmen-a1685909/>

solution à ce problème. Le nombre de Belges avec des sentiments dépressifs et des pensées suicidaires, avec des troubles d'anxiété et des problèmes d'insomnie a augmenté spectaculairement depuis 2008.⁵

En raison d'un contingentement d'un nombre des numéros INAMI – entre-temps, depuis 1997 déjà – il y a une pénurie de médecins. Les doyens des facultés de médecine francophones ont annoncé au début de cette année académique qu'ils n'avaient pas de numéro INAMI pour la moitié des étudiants en médecine qui, cette année – après sept ans d'études – allaient décrocher leur diplôme : une mesure intenable à un moment où sévit une pénurie grave de généralistes et de diverses sortes de spécialistes.⁶

Un appel à des réformes

Surconsommation

« Le prix de votre santé », tel est le titre du livre publié en février par le professeur en économie de la santé, Lieven Annemans. Ce livre a fait beaucoup de bruit. Même l'ancienne ministre de la Santé publique a réagi avec colère. Pourtant, les phénomènes que l'auteur décrit dans son ouvrage sont tous tirés de la réalité. Comme jamais encore auparavant, Annemans a placé à l'ordre du jour les situations déplorables dans nos soins de santé – la surconsommation ET la sous-consommation.⁷

Financement des hôpitaux

Les hôpitaux belges souffrent d'un très grave sous-financement. Pour une partie d'entre eux, c'est également la raison pour laquelle les médecins sont poussés à faire des examens supplémentaires et à demander davantage de suppléments d'honoraires. En son temps, Onkelinx avait déjà demandé au Centre fédéral d'expertise (KCE) de plancher attentivement sur le sous-financement des hôpitaux. Depuis, deux rapports ont été publiés. L'un qui a étudié les systèmes dans nos pays voisins, et l'autre qui a formulé nombre de recommandations pour notre propre système.⁸ La principale recommandation est une extension et un peaufinage du financement forfaitaire existant par hospitalisation et s'appuyant bien davantage sur les coûts réels.

Gratuité des soins de première ligne

La revendication en faveur de la gratuité des soins de santé de première ligne rencontre de plus en plus d'échos, est-il apparu durant la campagne électorale de 2014. Cela fait très longtemps que le PTB soutient cette proposition, mais cette fois, un nombre étonnamment élevé d'organisations et d'universitaires l'ont également reprise. Entre autres, le Netwerk Tegen Armoede (Réseau contre la pauvreté) et l'Association des médecins généralistes flamands Domus Medica, l'avaient reprise dans leur cahier de revendications, de même que le professeur Jan De Maeseneer (Université de Gand). Les arguments en sa faveur sont nombreux : non seulement cela réduit le seuil pour les gens aux moyens financiers limités, mais il est également prouvé que cela contribue à désengorger davantage les soins de deuxième ligne.

Le gouvernement Di Rupo : économies et demi-mesures

Nous partons aujourd'hui d'une situation héritée du gouvernement Di Rupo. D'un côté, le gouvernement Di Rupo a fait de sérieuses économies et, de l'autre, les rares mesures sociales qu'il a prises étaient trop faibles.

5 Enquête sur la santé : La prépension et moins de flexibilité sont nécessaires, pour la santé aussi. <http://ptb.be/articles/enquete-sur-la-sante-la-prepension-et-moins-de-flexibilite-sont-necessaires-pour-la-sante>

6 INAMI : Une question de politique d'accès aux soins de santé pour tous. Des soins accessibles pour tous devraient constituer l'objectif de l'INAMI. <http://ptb.be/articles/inami-une-question-de-politique-d-acces-aux-soins-de-sante-pour-tous>

7 « Nee, we krijgen vandaag niet de best mogelijke zorg » (Non, actuellement, nous ne recevons pas les meilleurs soins possibles). De Standaard, 19 février 2014. http://www.standaard.be/cnt/dmf20140218_00986868

8 Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux). KCE Reports 229As, 26 septembre 2014. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/conceptueel-kader-voor-de-hervorming-van-de-ziekenhuisfinanciering#>. VGIwoPmG-So

Avec ses mesures, le gouvernement Di Rupo a montré qu'il voyait où résidaient les problèmes, mais ses mesures n'avaient qu'une portée trop faible. Le gouvernement n'a pas osé se confronter aux groupes d'intérêt (les médecins riches, les assurances privées, le lobby pharmaceutique et le complexe médico-industriel). La ministre Onkelinx n'a introduit l'obligation de prescription du nom de substance que pour les antibiotiques et les antimycosiques (ou antifongiques). Les prix exorbitants pour les médicaments, les produits génériques, y compris les médicaments contre le cancer, ont donc continué à exister.

Sous les pressions de l'Europe, Onkelinx a introduit le modèle kiwi pour les hôpitaux, mais pour chaque hôpital séparément et non au niveau national. En outre, les recettes de l'opération ne vont pas aux patients. Onkelinx a interdit les suppléments d'honoraires, mais uniquement pour les chambres à deux lits. Pour les chambres à un lit, pour l'hospitalisation de jour et pour les consultations ou soins ambulants, les spécialistes peuvent continuer à demander des honoraires excessifs. Le problème de la médecine à deux vitesses s'accroît : délais d'attente et soins médiocres pour le patient peu nanti, et speedy pass et traitement de luxe pour le client riche, lors de la consultation privée et dans les chambres des hôpitaux privés.

2. Maggie De Block : une malédiction ou une bénédiction ?

Actuellement, c'est Maggie De Block qui est la ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Après un mois, nous pouvons dire qu'un certain nombre de lignes de force de sa politique sont devenues claires :

- La première information qui a été révélée dans l'accord de gouvernement a été perçue comme une douche froide : le gouvernement Michel - De Wever veut économiser 2 milliards d'euros dans les soins de santé. Du jamais vu. Les retombées pour le patient ne peuvent être qu'importantes.
- Mais De Block a dit que le patient allait y trouver peu d'inconvénients. D'après elle, il y a bel et bien de l'espace pour réaliser des économies sans que les soins aux patients soient compromis.⁹
- Elle veut des « soins de santé plus efficaces ». Elle veut réduire le nombre de lits d'hôpital et elle veut que les hôpitaux se spécialisent dans certains traitements. Tels sont ses fers de lance pour les cinq années à venir.
- Une bonne semaine plus tard, elle adressait déjà une proposition à l'INAMI pour le budget de 2015. Le ticket modérateur pour certains spécialistes était augmenté et les mères venant d'accoucher devaient quitter plus rapidement l'hôpital. Mais elle ne veut rien entendre de mesures censées s'en prendre aux gros honoraires de certains spécialistes.
- En réaction au combat des étudiants en médecine francophone, elle promettait toutefois la mise sur pied d'un cadastre médical. Elle veut tout faire pour imposer un examen d'entrée en Wallonie et à Bruxelles.

« Trop de gaspillage et trop d'économies »

Il va donc falloir économiser 2 milliards d'euros. La norme de croissance est ramenée à 1,5 %. La norme de croissance est le pourcentage dont le budget de l'INAMI peut augmenter chaque année.

Pourquoi est-ce si important ? La norme de croissance de 4,5 % dans l'assurance maladie a été introduite voici une dizaine d'années. Il y avait trois importantes raisons, à cela :

1. Le vieillissement croissant,
2. Les coûts à la hausse du progrès technologique
3. Les besoins laissés de côté

Ensuite, la norme de croissance a bien vite été dans le collimateur des partis de droite. Elle a été réduite une pre-

⁹ De Block wil efficiëntere gezondheidszorg (DB veut des soins de santé plus efficaces). <http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/politiek/1.2116303>

mière fois à 3 % par le gouvernement Di Rupo, et elle l'est une fois de plus aujourd'hui, à 1,5 %.

Selon Maggie De Block, nous n'allons pas ressentir cette réduction draconienne des moyens. Tout peut être résolu en s'en prenant au gaspillage. Mais cette allégation est-elle fondée ? Si nous examinons les chiffres du Bureau du plan, elle ne l'est en aucun cas. Celui-ci estime que les dépenses de l'assurance maladie doivent croître annuellement de 2,9 % jusqu'en 2018 si nous désirons garder une même accessibilité et une même qualité. Les tendances historiques et internationales nous apprennent qu'une croissance réaliste des dépenses pour les pays de l'OCDE est de 3 %. Le gouvernement, lui, prévoit une norme de croissance de 1,5 %. Par conséquent, chaque année, les patients vont devoir payer de leur propre poche 1,5 % de plus du budget santé total, soit 375 millions d'euros.

S'en prendre au gaspillage peut être une bonne chose. Mais, dans ce cas, il convient de pratiquer de manière sociale. Et, alors, l'argent récupéré doit être consacré lui aussi investi de façon sociale. Tel était également le message du livre du professeur Annemans : dans nos soins de santé, on gaspille beaucoup, mais on ne répond pas non plus à de nombreux besoins. Dans sa conclusion, il écrit : « Dans les soins de santé, on gaspille trop ET on économise trop. » Le nouveau gouvernement perpétue cette tendance.

Économiser en scindant

Il y a une chose, toutefois, que l'on « oublie » souvent de mentionner : toute une série de compétences a déjà bel et bien disparu, depuis la sixième réforme de l'État. Ces secteurs des soins de santé où, en raison du vieillissement, les chiffres annuels de croissance ont atteint entre 7 et 9 %, les forfaits pour les MRS (maisons de repos et de soins), les centres de revalidation, etc. se retrouvent désormais sous la compétence des communautés et sans que des moyens financiers aient été prévus pour cela. Par conséquent, les communautés vont devoir pratiquer des coupes sombres, dans ces services.

Il est vraisemblable que ceci sera l'une des économies les plus sensibles, pour le patient, même si l'on n'en dit encore rien pour l'instant. Il importera donc de plus en plus de suivre également de près la politique des communautés. Quelques-unes des mesures prises ne promettent quoi qu'il en soit rien de bon : elles montrent comment l'idéologie néolibérale trouve de plus en plus ses entrées dans les soins.

2015, une année de transition ?

Quelques semaines après la conclusion de l'accord de gouvernement, le budget de l'INAMI pour 2015 a été révélé. Les mutualités avaient fait une proposition, mais elle avait été refusée par les représentants des médecins et de l'industrie pharmaceutique.¹⁰ Là-dessus, le gouvernement a fait une proposition qui a été approuvée au conseil général. Les représentants du gouvernement et les employeurs ont voté pour, les syndicats et les mutualités socialistes ont voté contre, alors que la mutualité chrétienne s'abstenait.¹¹

On économise 355 millions, dans cette proposition. C'est la résultante de l'adaptation de la norme de croissance. L'objectif budgétaire pour 2015 augmente de 1,9 % par rapport à 2014. C'est 1,5 % au-dessus de l'inflation. Pour atteindre cet objectif budgétaire, le gouvernement doit économiser 804 millions d'euros en 2015. 449 millions d'euros restent du budget non utilisé de 2014. Ceci vient du fait de la norme de croissance de 3 %, qu'Onkelinx n'a pas mise complètement à contribution pour pallier les besoins restés sans réponse. Dans le temps, cet argent allait à un fonds d'avenir ou à d'autres branches de la Sécurité sociale. Concrètement, le présent gouvernement va donc encore devoir économiser 355 millions.

Quant aux mesures qui doivent permettre la chose, Maggie De Block les a annoncées comme suit : « L'an prochain sera une année de transition, pour les soins de santé. Nous avons l'intention de mener quelques grandes réformes. Mais les économies qui iront de pair ne se feront sentir qu'à long terme. De ce fait, en 2015, nous allons devoir nous mettre en quête de quelques économies rapides, comme celles que nous avons également vues au cours des dernières années. »

10 Communiqué de presse des Mutualités chrétiennes, 6 octobre 2014. <https://www.cm.be/b2b/pers/persberichten-2014/evenwichtig-begrotingsvoorstel-ziekteverzekering-verworpen.jsp>

11 Remgeld omhoog bij oogarts, gynaecoloog, orthopedist (Le ticket modérateur augmente chez l'ophtalmologue, le gynécologue et l'orthopédiste). De Morgen, 21 octobre 2014. <http://www.demorgen.be/binnenland/remgeld-omhoog-bij-oogarts-gynaecoloog-orthopedist-a2096314/>

En tout, il s'agira de quatorze mesures d'économie. En voici quelques-unes, parmi les plus surprenantes :

L'augmentation du ticket modérateur

La mesure qui parle le plus à l'imagination est de toute façon l'augmentation du ticket modérateur pour le patient chez l'ophtalmologue et le gynécologue. De 8,3 euros, on passera à 12 euros. « Le but n'est pas l'augmentation, mais bien une remise au même niveau du ticket modérateur pour les divers spécialistes », explique De Block. « C'est bien possible », a réagi Paul Callewaert, de la Mutualité socialiste (MS). « Mais, dans la pratique, le ticket modérateur sera bel et bien augmenté, et non diminué. »

Les mères rentrent plus vite chez elles

Après leur accouchement à l'hôpital, les femmes devront rentrer chez elles bien plus rapidement. La moyenne est actuellement de 4,5 jours. L'an prochain, elle doit descendre à 4 jours et, en 2016, à 3,5 jours. Ce sont des moyennes. Dans la pratique, cela signifie qu'après un accouchement, les mères et les enfants en bonne santé, notamment, devront retourner plus vite à la maison.

« En Europe occidentale, le temps d'hospitalisation moyen après l'accouchement est de 2,1 jours », explique la porte-parole de De Block. « Il y a donc encore pas mal de marge. » Dans ce cas, l'alternative doit être bien soutenue, mais ce n'est pas le cas. Le président des Mutualités chrétiennes, Marc Justaert, déclare : « Pour l'accompagnement des jeunes mères de retour chez elles, aucun budget supplémentaire n'a été prévu. Le secteur des soins à domicile et des sages-femmes saurait pourtant tirer parti d'une injection supplémentaire. »

Report à plus tard du tiers payant et du remboursement en psychothérapie

Non seulement le patient doit payer davantage, mais les mesures sociales qui étaient promises dans l'accord de gouvernement sont reportées. « L'administration n'était pas prête pour la chose », déclare la ministre. Cela tombe bien pour elle, car cela rapportera encore 38,5 millions d'euros de plus.

Payer davantage pour des implants

On utilise trop d'implants, en Belgique. C'est ce qui ressort d'une étude du Centre fédéral d'expertise (KCE), qui avait indiqué de grandes différences géographiques.¹² Le gouvernement entend désormais aborder le problème et, de la sorte, économiser 25 millions d'euros. Il va le faire « en faisant baisser la base de remboursement », peut-on lire. Le gouvernement entend donc s'en prendre au gaspillage en augmentant le coût pour le patient. Pourtant, la cause des différences géographiques ne réside pas chez le patient, selon le rapport. Des explications possibles sont toutefois « la densité de l'offre », « une politique mue par l'offre » ou « un enthousiasme exagéré chez les chirurgiens ». Bref, un système de paiement orienté sur les prestations, avec des spécialistes cupides. Ou comment le gaspillage émanant des médecins se mue en bon argument pour économiser encore un peu plus d'argent sur le dos du patient.

Une politique proactive

Et que doivent faire les médecins, dans ce cas ? Il y aura une task-force censée s'en prendre au gaspillage via une « politique proactive ». Cela signifie que, « via tout un vaste instrumentaire administratif (repérer les techniques obsolètes, les modèles de consommation inexplicables et les variations dans la pratique, identifier les différences géographiques et lancer des campagnes de sensibilisations des médecins qui prescrivent), on va tenter d'harmoniser les dépenses et de réduire sensiblement les gaspillages ».

Tout cela semble bien beau, jusqu'au moment où l'on apprend combien d'argent cela va devoir rapporter : 5 millions d'euros. La disproportion des efforts ne pourrait être plus claire.

12 Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België (Étude sur les différences de pratique dans les interventions chirurgicales électives en Belgique). KCE Reports 42A, 20 octobre 2006. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/studie-naar-praktijkverschillen-bij-electieve-chirurgische-ingrepen-in-belgi%C3%AB#.VGJKZPmG-Sp>

Et l'industrie pharmaceutique, elle participe ?

Les patients ne vont pas devoir assumer toutes les économies, entend-on également du côté du gouvernement. L'industrie pharmaceutique elle aussi va devoir faire des sacrifices : 100 millions d'euros. Un paquet d'argent, dirait-on ? Il est peut-être intéressant de savoir que la MC a récemment publié une étude selon laquelle, par l'application du modèle de Sluis (un modèle kiwi amélioré), on pourrait économiser annuellement 200 millions d'euros et ce, uniquement pour un seul groupe de médicaments, les inhibiteurs de cholestérol. Il y a toutefois peu de chance que l'on en vienne à cette politique : Maggie De Block autorise l'industrie à déterminer elle-même comment elle va lui procurer ces 100 millions.

Les tendances sont claires

S'il ne s'agit certes que de « mesures rapides », les tendances du processus décisionnel des années à venir sont quand même très claires.

Première tendance : Les soins de santé plus efficaces dont parlait Maggie De Block sont orientés sur l'argent et non sur les patients. Ou l'on utilise des mécanismes de financement et on accroît les coûts pour le patient (cf. les implants), ou l'on détricote tout simplement l'offre, sans soutien de l'alternative (cf. les soins d'accouchement). Dans les deux cas, le patient est le dindon de la farce. Et, dans les deux cas, la privatisation est là qui guette au tournant. Pour quand même rendre possibles, via une assurance, les implants devenus plus onéreux, ou pour combler le trou dans les soins de santé : le privé risque de s'étendre et de mener de plus en plus à une médecine à deux vitesses.

Deuxième tendance : Les prix exorbitants de l'industrie pharmaceutique et les honoraires tout aussi exorbitants de certains spécialistes restent pour ainsi dire hors d'atteinte. La comparaison rend la charge pour le patient d'autant plus lourde.

Les réformes structurelles de De Block ne proposent pas de solution

Après l'année de transition, Maggie De Block nous promet donc un certain nombre d'importantes mesures structurelles. Le nombre de lits d'hôpital doit être considérablement réduit et les hôpitaux doivent se spécialiser davantage. Les choses vont très, très mal dans les soins de santé. Les solutions durables sont possibles, mais dans ce cas, l'on doit investir dans les alternatives, au lieu d'économiser et ensuite, il faut oser s'en prendre aux intérêts d'un certain nombre de groupes qui, actuellement, profitent de la situation. Pour l'instant, quoi qu'il en soit, cela ne figure pas dans les plans de Maggie De Block, et cela pourrait avoir des répercussions très graves pour le patient.

Une réduction draconienne du nombre de lits d'hôpital

Dans l'accord de gouvernement, nous pouvons lire ceci : « *La prévention d'hospitalisations inutiles et de séjours inutilement longs en hôpital, combinée à une offre de formes d'admissions alternatives et moins coûteuses, doit créer une marge nécessaire pour reconvertir, en concertation avec les entités fédérées concernées et le secteur, une partie substantielle des lits d'hôpitaux (...) vers des formes d'admissions résidentielles ou extramurales de patients qui, temporairement ou définitivement, ne peuvent pas être soignés en ambulatoire, mais qui ne nécessitent (plus) un encadrement hospitalier onéreux.* » (p. 64)

Nous nous posons sérieusement des questions sur ce qui va se passer, désormais. Ce genre de chose ne peut marcher que si l'on investit suffisamment dans l'alternatif. L'expérience dans le budget de 2015 avec le détricotage des soins aux jeunes mères ne laisse rien présumer de bon. Des soins de santé accessibles et de qualité, voilà ce dont nous avons besoin. Ce n'est que dès lors que l'on pourra parler de la réduction du nombre de lits d'hôpital.

Aujourd'hui, une diminution de l'accessibilité menace aux deux niveaux. Et la privatisation guette au tournant. Le sous-financement des soins à domicile aboutit à une privatisation accrue parce qu'on agite l'argument de « l'insuffisance de services ». Et les « longs délais d'attente » seront pris en charge par les lits des hôpitaux privés. Il s'agit donc deux fois d'une médecine à deux vitesses, aussi bien dans les soins d'hôpital que dans les soins à domicile.

Souvent, il est fait allusion aux réformes en psychiatrie. Mais qu'en est-il actuellement de cette réforme ? L'accessibilité est une catastrophe et la situation empire à vue d'œil. Un médecin décrivait la chose comme suit : « Aujourd'hui, j'ai téléphoné au Dr Y pour une hospitalisation (relativement) urgente en psychiatrie : les délais d'attente les plus brefs vont jusqu'en novembre, mais seront vraisemblablement plus longs. Actuellement, six personnes sont sur une liste d'attente réellement urgente et une trentaine d'autres sur la liste d'attente simplement urgente. Cela représente à peu près le nombre de lits. Les pouvoirs publics réduisent actuellement le nombre de lits et cela se ressent clairement... »

C'est exactement au départ du même raisonnement que, dans les pays de l'Europe du Sud, on a considérablement réduit le nombre de lits d'hôpital financés avec les deniers publics. Les alternatives, tant pour les soins intramuraux (donnés au sein même d'une institution, par exemple, dans un hôpital) que pour les soins à domicile, ont alors été confiées au privé. Les Pays-Bas en sont également un exemple. Les soins publics à domicile y ont été détricotés. On a privatisé tout cela. Aux plus pauvres, on a octroyé des subsides pour qu'ils achètent leurs soins sur le marché. Finalement, cela débouche sur des soins de santé qui sont orientés vers le profit et non plus vers les patients.

La spécialisation des hôpitaux

Une autre recommandation émanant du Centre fédéral d'expertise pour les soins de santé était de pousser les hôpitaux à se spécialiser davantage. Maggie De Block déclarait : « Pour les interventions ordinaires, des hôpitaux régionaux sont aménagés dans le voisinage des patients, alors que, pour les opérations spécialisées, les hôpitaux vont devoir se mettre d'accord entre eux. »

Surtout pour le traitement de maladies comme le carcinome de l'œsophage et le carcinome du pancréas, des soins hautement spécialisés sont nécessaires. Les mutualités l'avaient déjà admis plus tôt elles aussi.¹³ Mais nous craignons aujourd'hui que l'on ne veuille tirer parti de certains abus pour démanteler toute l'assise des soins de santé solidaires. De cette façon, le gouvernement veut sans doute ne rembourser certains traitements que s'ils ont été appliqués dans un centre spécifique. Ceci aussi peut constituer un creuset pour une médecine aux soins à deux vitesses.

La principale raison pour laquelle il y a une telle prolifération de disciplines médicales, c'est que l'on a rendu les hôpitaux concurrentiels afin de favoriser les rentrées d'argent. C'est la pensée du marché dans les soins qui mène à de telles situations. Mais, à la pensée du marché, on ne touche pas.

Le vrai gaspillage hors d'atteinte

Qu'il y ait du gaspillage dans les soins de santé en Belgique, c'est l'évidence même. L'une après l'autre, des études pointent le doigt sur le gaspillage honteux et la surconsommation dans notre système de soins de santé. L'étude la plus récente sur le financement des hôpitaux indique que, dans notre pays, on effectue beaucoup plus d'analyses qu'ailleurs. Selon le rapport du KCE, par exemple, on effectue annuellement 178 scanners CT par tranche de 1 000 Belges, contre une moyenne de 125 par 1 000 habitants en Europe occidentale. Le nombre d'exams inutiles dans l'imagerie et dans la biologie clinique va de 15 à 30 %, estime-t-on. Cela signifie que, dans ces deux seuls secteurs, il serait possible d'économiser entre 400 et 800 millions d'euros.

Il est deux causes principales sur lesquelles on devrait se pencher pour vraiment aborder le gaspillage. Pour commencer : **la médecine à la prestation**, notre système de paiement dans les soins. Une autre étude du KCE « sur les différences de pratique dans les interventions chirurgicales électives en Belgique » a examiné les différences par région pour dix interventions chirurgicales. L'arthroscopie du genou est beaucoup plus pratiquée dans le Nord de notre pays, alors que l'on implante plus souvent des stents de la carotide dans le Sud. Dans le Westhoek et dans le Sud, bien plus de gens reçoivent une prothèse du genou ou de la hanche. L'Est du pays compte deux fois plus de césariennes que l'Ouest. L'ablation de la matrice constitue un modèle mosaïque, avec un excédent dans le Nord. D'après l'étude, ces interventions sont « injustifiées dans bien des cas ». Bref, un système de paiement orienté vers les prestations, avec des spécialistes avides de profit.

Le marché des soins de santé diffère d'un marché classique de produits de consommation. Ce n'est pas le patient qui est roi, mais le docteur. Celui-ci décide des examens, des traitements et des médicaments que le patient recevra. Pourtant, la responsabilité financière du médecin est limitée. Au contraire, le paiement par prestation est un chèque en blanc. Un médecin peut faire autant d'exams ou prescrire des traitements qu'il lui plaît, à lui ou à son portefeuille. La guérison plus rapide, l'automédication ou le travail réellement préventif – et, partant la prévention des maladies – sont sanctionnés financièrement, dans ce système, alors que la médicalisation est récompensée. Sur le marché des médicaments, mais également en biologie clinique, en imagerie médicale, dans les prestations techniques de la médecine interne et même en chirurgie, on rencontre des spécialistes qui ont directement intérêt à la surconsommation médicale. Il n'est pas étonnant que les entreprises pharmaceutiques ou les commerçants en matériel médical concentrent tous leurs efforts de marketing sur ces médecins.

Une deuxième source de gaspillage agaçant dans nos soins de santé, c'est **l'absence de collaboration** entre la quasi-totalité des acteurs, et ce à tous les niveaux. En lieu et place, il y a une bataille concurrentielle acharnée entre les divers groupes d'hôpitaux. Au lieu de travailler ensemble et de pratiquer des échanges optimaux, ils travaillent

13 Communiqué de presse des Mutualités chrétiennes, 17 juin 2013. <http://www.cm.be/b2b/pers/persberichten-2013/slokdarmkanker.jsp>

chacun de leur côté comme une pratique privée rivale, et ce au sein du même groupe d'hôpitaux. À Anvers, par exemple, les suppléments d'honoraires pour les chambres à un lit ont augmenté brusquement du simple au double et tous les radiologues se sont déconventionnés. Cela signifie qu'ils ne doivent plus s'en tenir aux tarifs de l'INAMI et qu'ils peuvent donc demander ce qu'ils veulent au patient. C'est ainsi que, par exemple, les anciens hôpitaux du CPAS sont devenus aujourd'hui les plus chers d'Anvers.¹⁴

Et qu'en est-il des salaires famineux de nos spécialistes ?

Maggie De Block ne se formalise guère de l'augmentation des tickets modérateurs pour les patients : « Vu l'augmentation du ticket modérateur pour le patient, certains spécialistes coûteront plus cher : un anesthésiste et un ophtalmologue, par exemple. Mais un pédiatre et un gériatre coûteront toutefois moins cher au patient. Je ne vais pas jouer à la naïve, au total, cela rapportera une économie de 30 millions d'euros. »¹⁵ Mais un débat de société sur les salaires famineux des spécialistes n'est pas encore près d'avoir lieu : « Je puis espérer que le débat sur les honoraires des médecins restera confiné au sein même de la médecine. Qu'est-ce qu'autrui pourrait donner comme avis à ce propos ? »

De Block d'ajouter : « Ces gens sont décrits par les journaux comme ayant de gros salaires, alors qu'ils ne gardent peut-être que 20 ou 40 % de leur revenu brut. » Il est vrai que les spécialistes doivent céder en moyenne 40 % de leurs rentrées brutes à l'hôpital. Mais cela n'empêche qu'ils rentrent encore chez eux avec de plantureux montants. Le Centre fédéral d'expertise pour les soins de santé a réalisé une étude sur les rentrées générées par les spécialistes dans leur travail en hôpital. Les mieux lotis parmi les médecins d'hôpital sont les spécialistes des reins qui, chaque année, ramènent en moyenne chez eux quelque 640 000 euros bruts. Les radiologues et les biologistes cliniques ont respectivement un salaire brut de 460 000 et 430 000 euros. Attention, il s'agit des montants après déduction des coûts que les spécialistes paient à l'hôpital. Dans ces montants ne figure pas non plus ce que les spécialistes font payer dans leur cabinet privé. Les neurologues, les pédiatres, les psychiatres et les rhumatologues sont les moins bien rémunérés. Mais leurs rentrées à l'hôpital tournent malgré tout aux alentours des 150 000 euros par an.

Les spécialistes qui « travaillent avec des machines » gagnent beaucoup plus que ceux qui « travaillent avec les gens ». Cela vient du système de paiement à la prestation. Quand un spécialiste périphérique gagne jusqu'à trois, voire quatre fois plus qu'un professeur de médecine à l'université, comme le faisait savoir le professeur Bellemans le printemps dernier encore à la presse lors de son passage du Gasthuisberg (à Leuven) à un hôpital périphérique, c'est quand même un peu fort de café. Il faut payer à tous les spécialistes le salaire (confortable) des professeurs de médecine des universités. Avec une sécurité sociale à part entière et une constitution de pension. Avec des extras pour les prestations supplémentaires et un surcroît de qualité. Les spécialistes avec leur grande responsabilité et leur engagement peuvent à l'aise gagner plus que le Premier ministre de ce pays. Mais pas deux ou trois fois plus, ce qui est souvent le cas.

De Block veut garder dans le cadre même de la médecine le débat sur les rémunérations des médecins. Ce n'est pas à autrui d'en juger, estime-t-elle. Mais, naturellement, ce débat doit être mené politiquement. Primo, le droit aux soins de santé est un droit fondamental qui, secundo, est financé à 80 % voire plus avec l'argent de la communauté. Il est du devoir de l'État de veiller à ce que cet argent soit bien utilisé, qu'il intervienne contre le gaspillage. Les gros salaires exorbitants des spécialistes et les grandes inégalités et disproportions dans la rémunération des divers médecins sont naturellement un sujet pour un débat politique. Le gaspillage et la surconsommation sont une résultante du paiement à la prestation et de la préséance dans les soins de santé d'une pensée de marché de plus en plus orientée vers le profit.

Les moins nantis sont les principales victimes

Les malades de longue durée perdent 269 euros par mois

À partir de 2015, les chômeurs malades de longue durée ne recevront plus de supplément d'allocation de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) en sus de leur allocation de chômage. Cela signifie qu'ils vont pouvoir perdre jusqu'à 269 euros par mois. Ceux qui tombent malades en ce moment ont droit les six premiers mois à une allocation de chômage. En cas de maladie grave, de longue durée, il vient encore s'y ajouter, du septième

14 C'est ce qui ressort de la publication du baromètre des hôpitaux, des Mutualités chrétiennes, du 9 novembre 2013.

15 De Standaard, 3 novembre 2014.

au douzième mois, un supplément d'allocation de la part de l'INAMI. Ce supplément disparaîtra à partir de l'an prochain. L'économie réalisée doit rapporter au gouvernement fédéral environ 15 millions d'euros en 2015 et même 30 millions d'euros à partir de 2016. Quelque 12 000 personnes seront touchées par la nouvelle réglementation.

Durcissement dans l'aide médicale d'urgence pour les sans-papiers

« Le principe d'aide médicale d'urgence aux personnes en séjour illégal est maintenu. La notion de "caractère urgent" sera précisée, en concertation avec des experts médicaux, mais sans que cela ne se traduise par une liste d'affections susceptibles d'être prises en considération ou non afin d'être pris en charge par l'État fédéral. » (p. 52)

Conclusion

Jamais encore auparavant, on n'avait économisé autant sur les soins de santé. Maggie De Block essaie de faire passer ces économies pour une solution au gaspillage dans les soins, mais un premier regard sur les mesures et les plans qui se trouvent sur la table nous montre bien que le patient va le sentir passer. Il n'y a qu'un fil rouge : l'argent est la préoccupation centrale et non les patients.

Le patient va payer

Le gros des économies se fait sur le dos du patient. D'une part, une part des économies est tout simplement facturée linéairement. Un exemple : l'augmentation du ticket modérateur pour les ophtalmologues et les gynécologues. Dans l'accord de gouvernement, il est également question de mesures visant à désengorger les services d'urgence. On peut craindre que cela ne se fasse aussi via des augmentations du ticket modérateur.

Par ailleurs, sous le prétexte de « soins de santé plus efficaces », il sera appliqué toute une série d'économies qui affecteront en mal la qualité et l'accessibilité de nos soins.

Et une grande partie des économies doit encore venir, quand les communautés connaîtront des besoins d'argent du fait du transfert de nouvelles compétences. On craint que ce ne soient surtout les coûts et la qualité des soins dans les maisons de repos qui vont régresser.

La privatisation guette au coin de la rue

À tous les niveaux, les économies risquent de mener à d'autres économies encore. Comme le manque de moyens financiers pour les maisons de repos et de soins va être colmaté par le privé, on fera probablement résoudre par le privé aussi le déficit à prévoir en lits d'hôpital et/ou en soins à domicile.

La facture plus élevée pour le patient en ce qui concerne le ticket modérateur, les implants, etc., et en ce qui concerne les soins dans le privé sera en partie remboursée par nos assurances privées. Il s'ensuivra que celles-ci vont augmenter leurs primes ou continuer à pratiquer plus encore la différenciation.

Pourquoi tout cela n'a-t-il rien d'une bonne évolution ? Parce que la santé n'est pas à vendre. Là où l'on investit des capitaux privés, il faut qu'on réalise des bénéfices. Et cela ne peut se faire que de deux façons. Une première façon consiste à rogner sur les coûts. Pensons, par exemple, à Sodexo, qui peut exploiter le nouveau centre psychiatrique médico-légal à Gand. La firme a remporté l'adjudication parce qu'elle propose les soins avec moins de personnel. Une deuxième façon, qui est bien davantage utilisée, c'est la différenciation. La différenciation de l'éventail des soins, des primes... Ceux qui peuvent payer plus recevront plus en retour. Et ceux qui ne peuvent pas devront se contenter des soins de base. Une évolution inacceptable. La santé est un droit et elle ne peut dépendre de l'épaisseur de votre portefeuille.

Économiser sur les soins en raison du déficit budgétaire provoqué par la crise dont les patients sont déjà les victimes

Toutes les économies imposées actuellement résultent d'une crise financière et économique qui a fait grimper à nouveau la dette publique et le déficit budgétaire. Et elles sont imposées par une Commission européenne néolibérale qui, avec son Pacte de stabilité, a enserré tous les pays membres dans un étroit carcan budgétaire. Le fait que ces situations désastreuses entraînent qu'il faille économiser sur les soins est inacceptable.

Ci-dessus figurent une série de propositions concrètes en vue d'une véritable approche du gaspillage et de la surconsommation, qui sont réels et qui sont dénoncés à juste titre par de nombreux médecins et universitaires. Mais l'argent que cela rapporte doit toutefois servir aux nombreux besoins laissés pour compte dans les soins.

3. Ministre de la Santé au sein d'un gouvernement malade

Les plans du gouvernement Michel - De Wever affecteront notre santé, avec les économies dans les soins, mais aussi avec bien d'autres choses encore. Nous énumérons ici une série d'exemples importants, complétés de preuves de leur impact sur la santé, et tirés de diverses études de Médecine pour le Peuple (MPLP) et d'autres auteurs.

Économiser : L'austérité tue

Dans les années à venir, le gouvernement va économiser 11,2 milliards d'euros. En sus des économies que le gouvernement Di Rupo avait déjà appliquées. Pourtant, nous savons, au vu des autres pays européens, que les économies sévères ne sont pas une solution à la crise, au contraire. Elles n'ont fait que pousser davantage encore l'économie européenne vers le précipice.

De même, dans le domaine de la santé, nous subissons entre-temps les retombées catastrophiques de la politique européenne de restrictions. Les preuves les plus frappantes ont été rassemblées par le professeur de médecine britannique David Stuckler dans son ouvrage *The Body Economic, Why Austerity Kills* (Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine, Autrement, Paris, 2014). Dans le journal britannique *The Guardian*, il explique : « Si la politique d'économies de l'Europe a débuté comme une recherche scientifique, dans ce cas, elle a été mise à l'arrêt. La preuve de ses effets secondaires mortels est on ne peut plus accablante. (...) Une récession fait mal, mais nos économies sont mortelles. »¹⁶

Dans un article qu'il a publié dans le *British Medical Journal*, l'une des quatre grandes revues médicales que compte le monde, Stuckler donne les résultats de ses calculs sur le gain santé du « *social welfare spending* » (dépenses dans le bien-être social). Chaque billet de 100 dollars investi en plus, par tête, dans le secteur social, correspond à une baisse de la mortalité de 1,19 % !¹⁷

Les chiffres de l'accord de gouvernement montrent déjà que le gouvernement Michel - De Wever veut aller chercher 5,3 milliards du côté de la sécurité sociale.¹⁸ Dont le plus gros morceau – 2 milliards – dans les soins de santé. Pour le PTB et MPLP, les partis gouvernementaux sont directement responsables de toute la misère humaine que ces économies aveugles vont provoquer.

Pensions : Travailler plus longtemps est irréalisable

Pour la troisième fois en dix ans, le gouvernement se lance dans une offensive destinée à faire travailler les gens plus longtemps. L'âge de la prépension et de la pension anticipée est une fois de plus reculé et, cette fois, on peut également reculer celui de la pension. Kim De Witte, spécialiste des pensions du PTB, a condamné à juste titre ces mesures comme inutiles et illogiques, et surtout comme irréalisables.

En 2011 déjà, Médecine pour le Peuple publiait une étude réalisée parmi ses patients et d'où il ressortait que les trois quarts des personnes interrogées souffraient d'une maladie chronique avant l'âge de 65 ans.¹⁹ Ces chiffres ont d'ailleurs été confirmés récemment par les résultats – ils viennent d'être publiés – de la nouvelle

16 « Recessions can hurt, but austerity kills » (Les récessions peuvent faire mal, mais l'austérité tue). *The Guardian*, 15 mai 2013. <http://www.theguardian.com/society/2013/may/15/recessions-hurt-but-austerity-kills>

17 Budget crises, health, and social welfare programmes (Crises budgétaires, santé et programmes de bien-être social). *BMJ*, 24 juin 2010. <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c3311>

18 Michel bespaart 5,3 miljard op sociale zekerheid (Michel économise 5,3 milliards sur la sécurité sociale). *De Tijd*, 16 octobre 2014. <http://www.tijd.be/detail.art?a=9556764&n=3136&ckc=1>

19 Étude PTB : Trois travailleurs âgés sur quatre malades avant la pension. Communiqué de presse du PTB, 8 novembre 2011. <http://archive.ptb.be/nieuws/artikel/article/etude-mplp-supprimer-les-prepensions-est-mauvais-pour-la-sante/print.html>

Enquête nationale sur la santé.²⁰ Entre 55 et 64 ans, 23 % des Belges souffrent d'au moins deux de ces maladies. Il s'agit de maladies pulmonaires chroniques, de graves affections cardiaques, du diabète, des douleurs articulaires, de l'hypertension et du cancer. Ce chiffre est d'ailleurs en forte hausse par rapport aux enquêtes précédentes, ce qui signifie que l'intensité du travail augmente, et pour ces personnes aussi.

4. Le Plan Cactus

Dans le Plan Cactus du PTB, toute une partie est consacrée à la santé et aux soins (www.ptb.be/plan-cactus). Le PTB propose des mesures structurelles qui attaquent le gaspillage dans les soins de santé à la racine et qui ne réalisent pas des économies sur le dos des patients, mais investissent plutôt afin de satisfaire aux besoins d'accès et de qualité, qu'on a laissés pour compte.²¹

Cinq mesures réalisables

Pour pouvoir faire front à la surconsommation et au gaspillage de tout cet argent de notre assurance maladie reposant sur la solidarité, les réformes structurelles suivantes peuvent constituer un énorme soulagement.

1. Dissociez l'attitude de prescription des spécialistes et le profit financier, mettez un terme à la médecine à prestation et supprimez les suppléments d'honoraires.

C'est précisément parce que les spécialistes travaillant eux-mêmes avec des machines (néphrologues, cardiologues, pneumologues, chirurgiens orthopédistes et abdominaux, endoscopistes...) peuvent tirer un profit financier maximal de leur attitude de prescription poussant à la surconsommation, que le fossé des revenus entre eux et les spécialistes ne travaillant quasiment qu'avec les seuls patients (gériatres, pédiatres, psychiatres) est si large. On ne résoudra rien en farfouillant un peu çà et là à la nomenclature et aux tickets modérateurs. Et cela vaut d'autant plus pour l'imagerie médicale et la biologie clinique.

Ce ne doit pas non plus être l'argent qui motive les médecins. La particularité de cette profession permet de s'appuyer sur de nombreux facteurs intrinsèques de motivations plus forts. Les particularités de la profession de médecin, telles un degré élevé d'autonomie et de contrôle, la possibilité de développement personnel, la possibilité de contribuer à une amélioration de la qualité, la possibilité de collaborer de façon constructive avec d'autres personnes, le fait d'être au service du patient, opèrent de façon intrinsèquement très motivante. Donnez à tous les spécialistes la rémunération confortable des professeurs de médecine dans les universités. Avec une sécurité sociale à part entière et une constitution de pension. Avec des extras pour les prestations supplémentaires et pour un plus dans la qualité. Les spécialistes avec leur grande responsabilité et leur engagement peuvent à l'aise gagner plus que le Premier ministre de ce pays. Mais pas deux ou trois fois plus, ce qui est souvent le cas actuellement.

Ces mesures peuvent rapporter jusqu'à 2,8 milliards d'euros. Le montant total des honoraires payés par l'INAMI aux médecins en 2013 était de 7,8 milliards d'euros. De cette somme, 1,3 milliard va aux généralistes et 6,5 milliards vont aux spécialistes. De cette même somme, quelque 40 % en moyenne reste à l'hôpital et les spécialistes peuvent donc emporter 3,9 milliards chez eux. Les spécialistes avec un traitement fixe dans un hôpital universitaire gagnent entre la moitié et le quart de ce que gagnent leurs collègues dans les autres hôpitaux. En généralisant le système de paiement des hôpitaux universitaires, notre assurance maladie économisera 2 milliards d'euros.

La suppression du système de paiement à la prestation économisera au moins un tiers des prestations médico-techniques dans les laboratoires et dans l'imagerie médicale. Ce qui économiserait 0,8 milliard d'euros sur les 2,4 milliards que notre assurance maladie consacre annuellement à ces examens. Une fois encore, de l'argent qui peut être utilisé pour soulager les besoins les plus flagrants.

²⁰ Enquête sur la santé : La prépension et moins de flexibilité sont nécessaires, pour la santé aussi. <http://ptb.be/articles/enquete-sur-la-sante-la-prepension-et-moins-de-flexibilite-sont-necessaires-pour-la-sante>

²¹ <http://ptb.be/plan-cactus>

2. Stimulez la collaboration optimale au lieu de la concurrence et l'échange au lieu de la constitution de monopole.

Et ce, à tous les niveaux et entre tous les acteurs : spécialistes, généralistes, infirmières et autres disciplines ; entre les hôpitaux mutuellement ; entre les sections au sein d'un même hôpital ; entre les hôpitaux et les autres institutions de soins ; entre les hôpitaux, le généraliste et les soins à domicile ; entre les première, deuxième et troisième lignes, etc. Mais, pour cela, il est nécessaire de sortir les soins de santé de la pensée du marché, orientée vers le profit, ainsi que la notion de concurrence. Les soins de santé ne peuvent être une marchandise. Partez d'une analyse scientifique des besoins et d'un planning rationnel des soins. Répartissez personnel et moyens de façon égalitaire selon les besoins du patient (equity). Par exemple, via l'élaboration d'un nouveau système de financement des hôpitaux.

3. Introduisez le modèle kiwi pour les médicaments et le matériel médical.

Dans de telles réformes, où la collaboration l'emporte sur la concurrence, l'échange sur la constitution de monopole et les patients sur l'argent, il est beaucoup plus facile de jouer en plein la carte du pouvoir d'achat collectif de la communauté. Ceci afin d'obtenir, sur les marchés – toujours orientés vers le profit – de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie médico-technique, le meilleur prix pour la meilleure qualité, via l'application du modèle kiwi (appels publics d'offres). Cela pourra corriger également les prix faramineux qui dominent toujours aujourd'hui sur ces marchés.

- Des médicaments meilleurs marché via l'introduction du modèle kiwi.
- Suppression des suppléments pour matériel et des tickets modérateurs sur la facture d'hospitalisation, en rendant le matériel médical meilleur marché grâce au modèle kiwi.
- Appliquer également le modèle kiwi aux médicaments ambulants.

4. Appliquez la gratuité à la médecine de première ligne.

Les consultations chez le généraliste peuvent être rendues gratuites immédiatement, soit par le système du forfait, soit par la généralisation de la réglementation du tiers payant avec suppression du ticket modérateur. Coût : 250 millions d'euros.

5. Refédéralisez les compétences pour lesquelles les Communautés sont aux prises avec un sous-financement.

Qu'elles refassent partie de l'assurance maladie fédérale financée de façon solidaire. Par exemple, il serait bien plus logique que l'assurance soins flamande soit partie intégrante d'un système fédéral. Ainsi, les autres habitants de ce pays qui sont dans le besoin pourraient aussi y recourir, de même qu'y contribuer. Cela simplifierait grandement l'application et cela pourrait rendre le financement solidaire, et donner ainsi l'occasion aux épaules les plus fortes de porter les charges les plus lourdes.

Un aperçu des chiffres

En abordant vraiment le gaspillage et en allant chercher l'argent là où il se trouve, les soins de santé peuvent gagner 4,8 milliards d'euros.

Le modèle kiwi appliqué aux médicaments économise 1,5 milliard d'euros à la sécurité sociale. Appliquer le même système aux appareils et autres matériels médicaux rapporterait encore 0,5 milliard d'euros.

On peut également économiser sur les rémunérations faramineuses des spécialistes. En généralisant le système de paiement des hôpitaux universitaires, notre assurance maladie économiserait 2 milliards d'euros.

Éviter les examens superflus dans les hôpitaux en supprimant le « paiement à la prestation ». Cela rapporterait 0,8 milliard d'euros.

Ces 4,8 milliards, le PTB entend les réinvestir intégralement dans les soins.

Accessibilité :

- Mise sur pied de maisons médicales avec généralistes, infirmières, kinésithérapeutes et psychologues. Nous investissons 250 millions pour assurer la gratuité de la visite chez le médecin ou à la maison médicale.
- Nous supprimons complètement les tickets modérateurs et les suppléments à charge du patient.
- Via des appels publics d'offres (le « modèle kiwi »), nous comprimons le prix des médicaments de 50 à 90 %.

Des soins fiables :

- Nous investissons dans les soins aux gens. Nous poursuivons la mise sur pied du service public. Un nombre croissant de personnes âgées, cela requiert de nouvelles maisons de repos et de nouveaux hôpitaux.
- Nous assurons une infrastructure de soins financièrement accessibles et de qualité. Nous investissons 2,05 milliards d'euros dans des crèches, des maisons de repos et de soins, dans les soins pour handicapés et dans les soins de santé mentaux.
- Nous investissons 1 milliard d'euros dans de nouveaux emplois liés aux soins.

L'alternative du PTB : **LE PLAN CACTUS**



Le PTB s'oppose à la logique du gouvernement Michel-De Wever, et a mis sur pied une alternative : le Plan Cactus, un aiguillon pour un renouveau social, écologique et démocratique.

Plus d'info sur
www.ptb.be/plancactus.

Pour plus d'info :

 ptb@ptb.be ou  **02/504 01 10**