

Note au monde politique francophone : la vision du GBO* pour une nouvelle politique de santé en 10 points (10/09/2020)

** Le GBO est, avec l'ASGB et le MoDeS, une des composantes du Cartel, un des trois syndicats médicaux représentés à l'INAMI. Le GBO est majoritaire auprès des médecins généralistes wallons et bruxellois.*

1. Le but à atteindre

Parvenir aux meilleurs soins, accessibles à tous, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et au juste prix.

2. Une meilleure accessibilité financière pour les patients

La suppression des inégalités d'accès reste la première priorité du GBO. Notre système de sécurité sociale a vécu sur les solidarités par le biais de cotisations sociales progressives, et le régime d'offre de soins est à deux vitesses, voire trois, selon le statut (BIM, par exemple) et les revenus qui permettent à certains de payer des suppléments parfois très élevés. Ce système reste donc en partie inéquitable. Il faut donc mettre en place un système qui permette un accès total aux soins pour ceux qui ont encore aujourd'hui des difficultés d'accès, et pour certains, cela devra être un système de gratuité totale.

Concomitamment, il faut augmenter la transparence des coûts pour le patient mais aussi mieux l'informer sur ses droits (bénéfice de l'intervention majorée, par exemple).

3. Une révision du mode d'élaboration du budget soins de santé INAMI

- A court terme, la norme de croissance du budget soins de santé actuelle de 1,5% est intenable compte tenu de la croissance réelle.

De plus, la norme du budget soins de santé de l'INAMI devrait être composée d'une part du trend des dépenses en soins de santé prévu par le Bureau du Plan (2,5% à ce jour) et d'autre part d'une croissance supplémentaire pour permettre la concrétisation de nouvelles initiatives, provenant notamment de la première ligne, avec comme objectif de contribuer à la prise en charge du citoyen à l'endroit le plus proche de chez lui, en appliquant le principe de subsidiarité.

Par ailleurs, il faut prendre en compte les dépenses spécifiques liées à l'épidémie Covid en distinguant celles qui constituent des dépenses « one shot » de celles qui sont appelées à perdurer car la crise du Covid a forcément modifié certaines pratiques dans la dispensation des soins.

Il faut remettre en question le contenu des budgets partiels, les croissances autorisées et les modes d'indexation des différents budgets partiels de l'INAMI et notamment casser la logique de « droits acquis » à laquelle certains secteurs s'accrochent.

Enfin, les budgets ne doivent plus être limités à un exercice annuel, avec comme conséquence un manque de vision globale et prospective, laquelle nécessite une approche budgétaire pluriannuelle.

- A moyen terme, la norme devrait aussi intégrer la prévention : ce sont les dépenses liées au maintien d'une bonne santé, vue globalement, qu'il faut gérer et pas uniquement celles relatives aux soins. Une solution institutionnelle doit être apportée car la prévention relève d'autres niveaux de compétences que le fédéral. C'est en effet une politique d'approche globale de la santé qui doit bénéficier d'une norme de croissance et pas uniquement le curatif géré actuellement par le fédéral.

4. Une révolution dans l'organisation du financement

- 1) Fixation de budgets globaux qui tiennent compte de la croissance réelle du coût des soins (et de l'innovation en particulier, mais, pour cette dernière, il faut limiter le financement à l'innovation qui apporte une plus-value réelle pour un prix raisonnable), mais aussi des politiques de santé à créer/développer en matière d'éducation à la santé, de promotion de la santé, en tenant compte des effets retours (positifs) sur la santé des mesures prises dans d'autres secteurs (ex. privilégier la mobilité douce, mieux prendre en compte l'impact de l'environnement sur la santé).
- 2) Financement des prestataires basé sur un mix équilibré entre actes et forfaits en fonction de la nature des prestations, en évitant les risques d'effets pervers (multiplication injustifiées des actes d'un côté, sélection des risques et sous-utilisation de l'autre côté).
- 3) Modification du financement et du remboursement des spécialités pharmaceutiques, basée sur le principe que pour l'industrie, une rentabilité légitime est autorisée, mais pas le surprofit sur la maladie. Dans tous les cas, une politique européenne (s'inspirant de ce qui a déjà été réalisé au niveau de l'International Horizon Scanning Initiative, collaboration internationale autour des médicaments innovants) s'impose.

5. Une réorganisation du système de santé...

Comme écrit supra, le système ne doit plus être centré sur la maladie, et encore moins sur un épisode de soins (comme le passage dans un hôpital), mais sur le citoyen, devant articuler sa vie entre périodes de bonne santé, périodes de moins bonne santé ou de maladie chronique et période d'urgence sanitaire en cas de problème aigu (le principe étant d'éviter autant que possible le problème aigu).

Et ce notamment via une promotion de la santé, une éducation à la santé (en tenant compte des déterminants climato-socio-économiques et culturels), la prévention et le dépistage, en impliquant tous les acteurs subventionnés par des pouvoirs publics (petite enfance, école), le monde du travail et tous les acteurs de soins de santé. Un des objectifs majeurs doit être la réduction des inégalités de santé, notamment en matière d'écart d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé. Cela nécessite des coopérations :

- 1) Entre prestataires de première ligne (basée sur les SISD/RML/Cercles de médecins généralistes, autres futurs cercles d'autres professions de première ligne, plates-formes de première ligne comme PPLW et PPLW), en zones de première ligne, tout en soutenant les différentes formes de pratiques (solo, groupe mono- ou multidisciplinaire, réseau), en respectant la liberté du médecin de choisir la pratique qui lui convient, ainsi que le choix du patient.
- 2) Entre acteurs de première ligne soignants et non-soignants (assistants sociaux, aides-familiales, aidants proches...). Cette intégration du social et du médical nécessite évidemment une solution institutionnelle.
- 3) Entre les acteurs de première ligne d'une part et les crèches, les écoles, les milieux d'accueil de l'enfance, les entreprises, les administrations publiques, etc.) d'autre part.
- 4) Et la création et/ou le développement de nouvelles fonctions : assistants de pratiques, infirmiers de pratique avancée (Advanced Nurse Practitioner), etc.

6. ... qui doit transcender :

- 1) Les différents niveaux de pouvoirs : cela passe par un rééquilibrage des budgets entre promotion de la santé, prévention, recherche et soins.
- 2) Les différents acteurs de la santé (amenés à travailler en étroite collaboration) quel que soit le niveau de pouvoir dont ils relèvent. Avec pour but de privilégier d'abord le maintien à domicile tant que faire se peut, ensuite les formes alternatives de prises en charge institutionnelles les plus familiales et solidaires (habitations assistées, habitats groupés, habitats intergénérationnels, transformation d'habitations individuelles en habitats « kangourou ») et enfin, à défaut, les prises en charge traditionnelles (maisons de repos/MRS, hôpital psychiatrique pour séjour de plus longue durée, cette dernière devant être réduite au maximum, ce qui nécessite le développement d'accueils alternatifs...).
- 3) Les différentes lignes de soins (1^{ère} et 2^{ème}) notamment pour les malades chroniques, les pathologies plus complexes, la santé mentale (réforme des projets 107), la revalidation et les soins palliatifs (dans la mesure évidemment où cette coopération est nécessaire et donc pas pour ce qui peut être pris en charge par la seule 1^{ère} ligne).

7. Une réforme du secteur hospitalier et de l'hébergement en maisons de repos/MRS

Il faut profiter de la mise en réseau des hôpitaux pour diminuer le nombre de lits hospitaliers. Il faudra évidemment réorganiser le secteur hospitalier notamment pour faire face à de nouvelles épidémies, ce qui implique par exemple une capacité très rapide de redéploiement de lits de soins intensifs dormants.

La collaboration, sur pied d'égalité, entre première ligne (qui nécessite un soutien financier à hauteur de la qualité recherchée), maisons de repos/MRS et hôpitaux est indispensable. Le maintien à domicile du patient doit rester la première option : il faut développer prioritairement les soins ambulatoires et le maintien à domicile. Pour ce faire, la création de zones de soins dans lesquelles s'inscrivent et s'articulent la première ligne, la santé mentale (les réseaux 107) et les réseaux hospitaliers est indispensable.

8. Une réforme de la nomenclature des prestations de santé, devant aboutir à :

- L'abolition des suppléments d'honoraires hospitaliers, à condition de réviser le budget des hôpitaux (budget des moyens financiers), dans le cadre d'une réforme plus globale du financement hospitalier.
- Un réajustement/rééquilibrage des honoraires entre les différentes disciplines médicales.

9. Une réorganisation des métiers de santé

- Réorganisation et rééquilibrage des tâches entre les différents prestataires, notamment pour trouver un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle des prestataires.
- Renforcement du rôle (et revalorisation, dès l'entame des études de médecine) de la médecine générale dans le cadre d'une réorganisation de la 1^{ère} ligne. Entre autres, une meilleure structuration des différentes formules de groupement de praticiens et une meilleure organisation de la garde en médecine générale, qui nécessite un financement plus adéquat des postes médicaux de garde et des honoraires de disponibilité.
- Structuration et valorisation de l'éducation à la santé et de la prévention dans la perspective du développement de projets de santé communautaire.
- Mise en place d'une politique d'échelonnement de soins.
- Une incitation accrue à la collaboration multidisciplinaire et structurée.

10. Une réforme de la planification médicale

- Faire aboutir le chantier en cours de la Fédération Wallonie-Bruxelles sur la planification des sous-quotas, et ce dans une perspective de couverture équitable de l'offre de soins à l'échelle du pays, pour répondre aux besoins réels de la population, en tenant compte des spécificités régionales.
- Une valorisation financière du travail des généralistes en zones de pénurie – en trouvant en solution institutionnelle pour coordonner les matières communautaire (planification), régionale (Impulseo) et fédérale (nomenclature) – et du travail de certains spécialistes (pédiatres, psychiatres, gériatres, intensivistes, urgentistes...).
- Une meilleure organisation des stages, dont l'objectif premier doit rester la formation et l'accompagnement et, surtout, des conditions de travail des futurs médecins.