

Cadre institutionnel, financier et politique en matière de santé : c'était comment avant « l'accord papillon » ?

Fédération des Maisons Médicales

Bruxelles, le 11 février 2014

➤ 1831 : Etat unitaire

La question linguistique est un facteur d'instabilité depuis l'indépendance....

Celle-ci va progressivement conduire à une remise en cause de l'Etat belge unitaire

➤ Naissance des mouvements flamands et wallons

- mouvement flamand (axe linguistique et culturel) = un fédéralisme basé sur deux communautés
- mouvement wallon (axe économique et territorial) = un fédéralisme basé sur trois régions

Les 5 premières réformes de l'ETAT

- **1^{ère} réforme** - 1970 : 3 communautés culturelles + bases des 3 régions
- **2^e réforme** - 1980 : transformation des communautés culturelles en communautés à part entière
 - chacune est dotée d'un Conseil (parlement) et d'un Exécutif (gouvernement)
 - matières culturelles + matières personnalisables (santé et aide sociale)
 - création de 2 Régions (flamande et wallonne) avec parlement et Gouvernement
 - au nord du pays : fusion Communauté et Région
 - région bruxelloise reconnue depuis 1970 : « au frigo »

- **3^e réforme** : 1988 - 1989

- région bruxelloise : Conseil et Gouvernement
 - protection de la minorité néerlandophone de Bruxelles : parité au sein du Gouvernement et « sonnette d'alarme »
- nouvelles compétences aux Communautés (notamment l'enseignement) et aux Régions (entre autres transports et travaux publics)

- **4^e réforme** : 1993

- la Belgique en Etat fédéral
- fin des doubles mandats des parlementaires
- réforme du Sénat
- élargissement des compétences des Communautés et Régions : traités internationaux, Régions chargées de la promotion des exportations
- + accords intra francophones : Saint-Quentin

- **5^e réforme** : 3 accords

- 5 avril 2000 : élargissement des compétences régionales à l'agriculture et au commerce extérieur
- accord du Lambermont du 16 octobre 2000 :
 - régionalisation des lois communales et provinciales
 - refinancement des Communautés
 - transfert de 11 contributions vers les Régions (telles que la redevance radio-télé, les droits de succession et d'enregistrement, taxe de circulation et de mise en circulation + centimes additionnels ou soustractions à l'IPP)
 - transfert de la coopération au développement (pour les compétences régionales et communautaires) aux Communautés et Régions
- accord du Lombard du 28 avril 2001 : modification des institutions bruxelloises

La Belgique fédérale

- le fédéralisme belge est dit de «dissociation», les entités fédérées exerçant des compétences soustraites progressivement au pouvoir central
- différents niveaux de pouvoir
=> différents textes législatifs (lois, décrets, ordonnances)
- pas de « hiérarchie des lois »
- les compétences de la Région wallonne, de la Région bruxelloise, de la Région flamande, de la Communauté française et de la Communauté germanophone sont des compétences exclusives
- équipollence des normes
=> Parlement fédéral ne peut jamais révoquer une loi ou un décret régional ou communautaire
- entités fédérées exercent des compétences attribuées

➤ Aujourd'hui, il y a 8 entités qui disposent du pouvoir législatif c'est-à-dire habilitées à édicter des lois, décrets et ordonnances :

1. l'Etat fédéral
2. la Communauté flamande
3. la Communauté française
4. la Communauté germanophone
5. la Région wallonne
6. la Région de Bruxelles-Capitale (pas concernée par la santé)
7. la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale
8. la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale

+ 7 Ministres de la Santé !!! (il y en même eu 8)

- 4 régions linguistiques
- Région de langue allemande
 - Région de langue néerlandaise
 - Région de langue française
 - Région bilingue de Bruxelles -Capitale

A retenir

➤ Compétences communautaires

1. Culture

2. Enseignement

3. Matières personnalisables (santé et aide aux personnes): 1 réforme en 1980 + réforme intrafrancophone en 1993

▶ Sur des **territoires**, des **compétences** sont exercées par des **entités**

▶ Il y a donc trois notions à retenir:

1. **des territoires**

2. **des compétences**

3. **des entités** (fédérale et fédérées)

Les institutions bruxelloises

- Institutions exerçant les compétences :
 - la Région de Bruxelles-Capitale exerce les compétences régionales
 - les Commissions communautaires française, flamande et commune - où siègent des élus régionaux - exercent des compétences communautaires

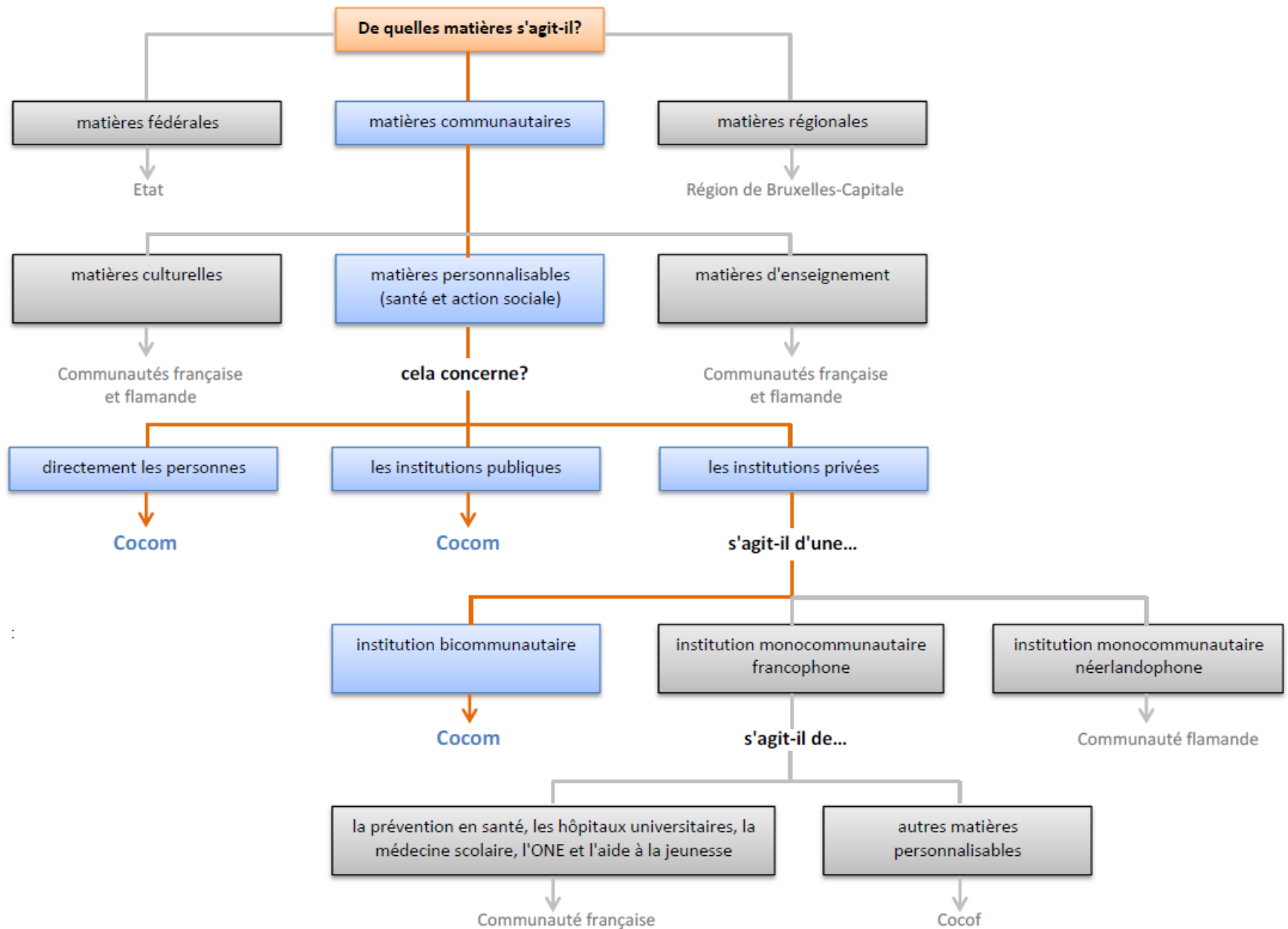
NB : La COCOF et la VGC sont des structures déconcentrées des Communautés française et flamande c'est-à-dire sous leur tutelle et dans un rôle supplétif

- pas de sous-nationalités

Les institutions bruxelloises (suite)

- Les institutions privées ont le choix de leur appartenance communautaire qui est déterminée par leurs activités ou leur organisation. Si elles ne choisissent pas , elles deviennent bicommunautaires
- Les institutions publiques sont automatiquement bicommunautaires

L'exercice des compétences dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale



Compétences Communauté/Région

2ème réforme - toujours actuellement d'application

Les matières personnalisables touchent plus particulièrement les personnes (loi spéciale du 8 août 1980) :

- Deux grands domaines :
 - la **santé** et
 - l'**aide aux personnes**

En matière de santé, on distingue :

- la dispensation des soins et
- la médecine préventive

Compétences des communautés (suite)

➤ 1° La politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins

à l'exception :

- a) de la **législation organique**
- b) du **financement de l'exploitation**, lorsqu'il est organisé par la législation organique
- c) de **l'assurance maladie-invalidité**
- d) des règles de base relatives à la **programmation**
- e) des règles de base relatives au **financement de l'infrastructure**, (incl. appareillage médical lourd)
- f) des **normes nationales d'agrément** (si celle-ci concerne b), c), d) et e) ci-dessus)
- g) de la détermination des conditions et de la désignation comme **hôpital universitaire**

Compétences des communautés (suite)

- 2° L'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales

Compétences des communautés (suite)

- **En matière d'aide aux personnes**, il y a 7 secteurs :
1. la politique de **la famille** (aide et assistance aux familles et aux enfants)
 2. la politique de **l'aide sociale**, sauf les principes fondamentaux des CPAS, le minimex
 3. la politique d'**accueil et d'intégration des immigrés**
 4. la politique des **handicapés**, sauf les allocations et les règles relatives à l'intervention pour la mise au travail
 5. la politique du **troisième âge** (maisons de repos, flat-services, centres de jour ...)
 6. **l'aide à la jeunesse**, à l'exception des règles de droit civil (statut des mineurs par exemple) et de droit pénal
 7. **l'aide sociale aux détenus** en vue de leur réinsertion sociale

Compétences du fédéral

- les nombreuses exceptions précitées (essentiellement les législations organiques et le financement des soins)
- la politique relative à l'art de guérir, l'art pharmaceutique , les denrées alimentaires, la gestion des crises sanitaires ainsi que l'aide médicale urgente restent des compétences fédérales

Compétences en santé (avant la 6^{ème} réforme de l'Etat)

1. En principe, tout est transféré aux entités fédérées, sauf le financement des soins de santé

En pratique,

- a) l'exception fédérale est plus importante que la règle générale
- b) les entités fédérées ont plus une compétence « d'organisation » (exécution de la programmation , inspection et délivrance des agréments, ...)

2. La prévention collective est transférée mais pas la prévention individuelle

+ *matières d'aide sociale (politique familiale, politique d'aide sociale, d'intégration des immigrés, politique des handicapés, 3^{ème} âge, protection de la jeunesse, aide sociale aux détenus)*

Concrètement...

En simplifiant

➤ Compétences des entités fédérées

1. dans les institutions de soins et structures dépendant de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins (hôpitaux, MRS, habitations protégées, MSP, SISD, plateforme-psychiatriques, plateformes en soins palliatifs *)
 - inspection
 - octroi de l'agrément
 - application des législations fédérales
 - octroi de priorité en matière de programmation
 - pas de compétences normatives (sauf normes complémentaire, par ex. qualité)
 - pas de financement si ce n'est subsidiation des infrastructures (compétence partagée avec le fédéral)

* les centres de revalidation sont de la compétences du fédéral

Concrètement (suite)

2. en dehors des institutions de soins

Compétences normative

Subsidiation et financement (pas les soins proprement dits)

- services de santé mentale
- toxicomanie
- maisons médicales (ASI)
- centres de coordination de soins et services à domicile
- télé-accueil

3. prévention

- promotion de la santé
- programmes de dépistage (cofinancement fédéral)
- vaccination (cofinancement fédéral)
- Médecine scolaire
- Inspection d'hygiène
- Statistiques naissances , décès

4. structures relevant de l'aide aux personnes (en rapport avec le transfert des compétences)

- maisons de repos

Compétence normative

Subsidiation des infrastructures

Pas de compétence en matière de financement des soins (forfait)

- services pour personnes handicapées (services d'hébergement et aide individuelle)

Compétence normative

Subsidiation (pour les aides à la mobilité, articulation avec le fédéral)

Concrètement (suite)

➤ Entités réceptacles

- communautés (Flamande, Française ,Germanophone + bicommunautaire)
- cas particulier : Communauté française a transféré l'exercice des compétences à la Région wallonne et à la COCOF sauf prévention, promotion de la santé et Hôpitaux universitaires (qu'ils soient situés sur le territoire de la Région wallonne ou de Bruxelles) Saint-Luc, Erasme, CHU de Liège, Mont-Godinne et Bordet
- la Communauté flamande n'a pas transféré de compétences à la VGC, ce qui l'empêche de disposer d'un pouvoir normatif

Concrètement Bruxelles

- COCOF : 3 hôpitaux, 1/3 des lits de maisons de repos brux + toutes les autres structures (pas actuellement de MSP)
- COCOM : tous les hôpitaux publics et privés (à l'exception des hôpitaux universitaires, de ceux de la COCOF et de la VG), 2/3 des lits des maisons de repos + toutes les autres structures (pas de maisons médicales et structures toxicomanie)
- Communauté française : hôpitaux universitaires francophones (Erasme et Saint-Luc)
- VG (C) : hôpital AZ VUB et psych. Sint Alexius, 2 maisons de repos, habitations protégées, 1 SISD ...

Coordination/conflits d'intérêts et de compétences

- Section législation Conseil d'Etat
- Cour constitutionnelle (ex cour d'arbitrage)
- Comité de Concertation Gouvernement fédéral - Gouvernements régionaux et communautaires
- Conférences interministérielles
- Protocoles d'accord
- Accords de coopération
- Entre francophones : comité francophone de coordination des politiques sociales et de santé
- Entre bruxellois : **la CCC est compétente en tant qu'organe de concertation et de coordination entre la Communauté française et la Communauté flamande** (en vue de la plus grande cohérence possible dans la politique des matières personnalisables)

Exemples de litiges (en rapport avec les matières santé)

- avis du Conseil d'Etat relatif au décret du 25 février 1997 relatif à la gestion totale de la qualité dans les établissements de soins : *pas possible avec les compétences limitées des communautés. Un système de qualité intégrale nécessite un accord de collaboration entre les Communautés concernées et l'Etat*
- arrêt cour d'arbitrage du 15 juillet 1998 : rejet du recours en annulation du décret de la Communauté flamande
- arrêt cour d'arbitrage du 20 novembre 1997 : rejet du recours en annulation de la loi du 29 avril 1996 - évaluation qualitative de l'activité médicale et infirmière
- Arrêt n° 33/2001 de la cour d'arbitrage du 13 mars 2001. Numéro du rôle : 1822. En cause : le recours en annulation totale ou partielle du décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance de soins (zorgverzekering)

Cohérence

La Conférence interministérielle de la santé

- 2 conférences par an au minimum
- Présidence tournante
- Tous les thèmes sont abordés : de la prévention aux soins palliatifs
- Pour chaque thème, un groupe de travail technique
- Pas une semaine sans une réunion d'un GT technique
- Une cinquantaine d'accords de coopération et de protocoles d'accord depuis les dix dernières années
- Méthodes originale de coopération adaptées aux spécificités des différentes entités :
 - Par ex les « équivalents MRS »
 - Les accords « asymétriques » (vaccination HPV en VG et dépistage du cancer colo-rectal en CF

Modèle actuel de gestion des matières

➤ Fédéral

1. INAMI

- **Principes fondateurs:**
 - solidarité
 - concertation sociale
 - cogestion
 - démocratie participative

Système bismarckien versus bévéridgien

Modèle actuel de gestion des matières

2. SPF Santé publique (normes, financement des hôpitaux et infrastructure)

- Organes d'avis (CNEH...)

3. SPF Sécurité sociale (APA)

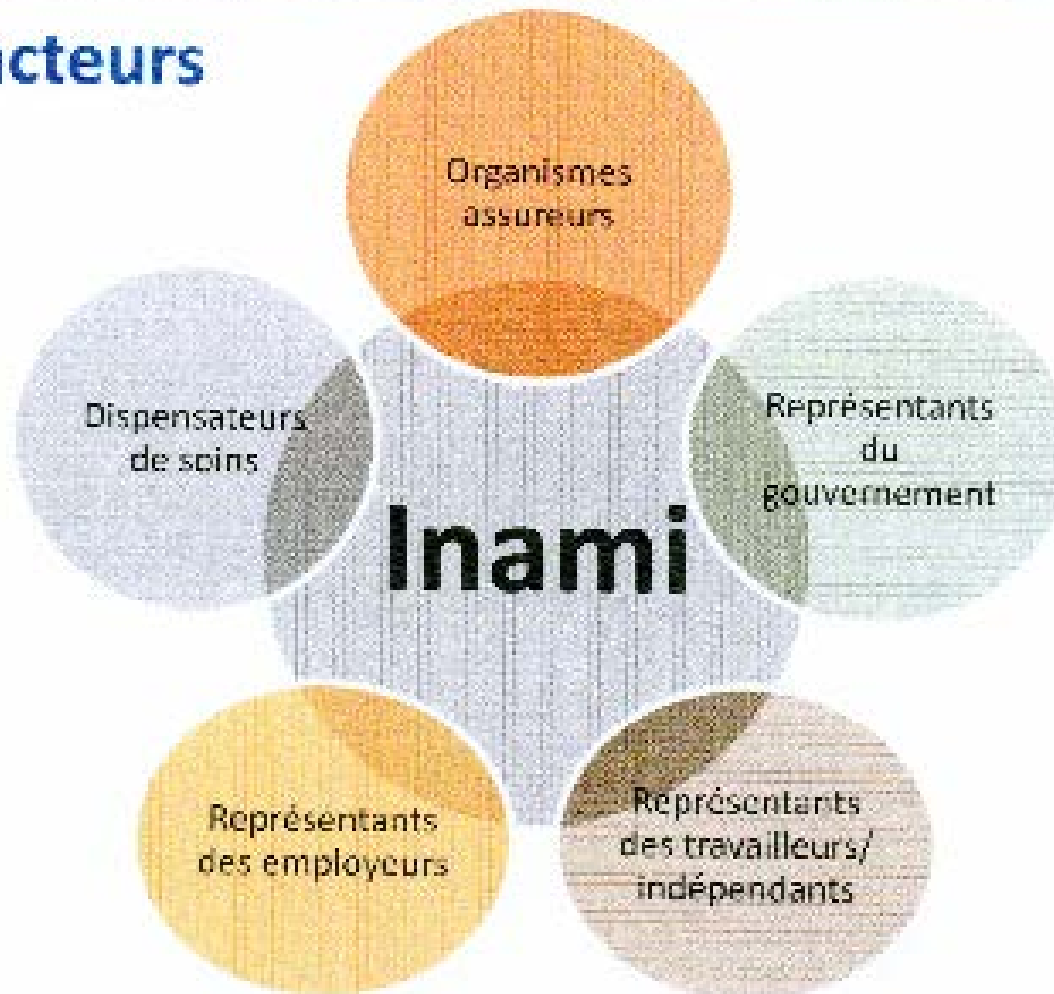
4. SPF Economie (prix des maisons de repos)

5. Communautés et Régions : administrations et organes d'avis (système bévériidgien)



La concertation en assurance soins de santé (1)

- Les acteurs

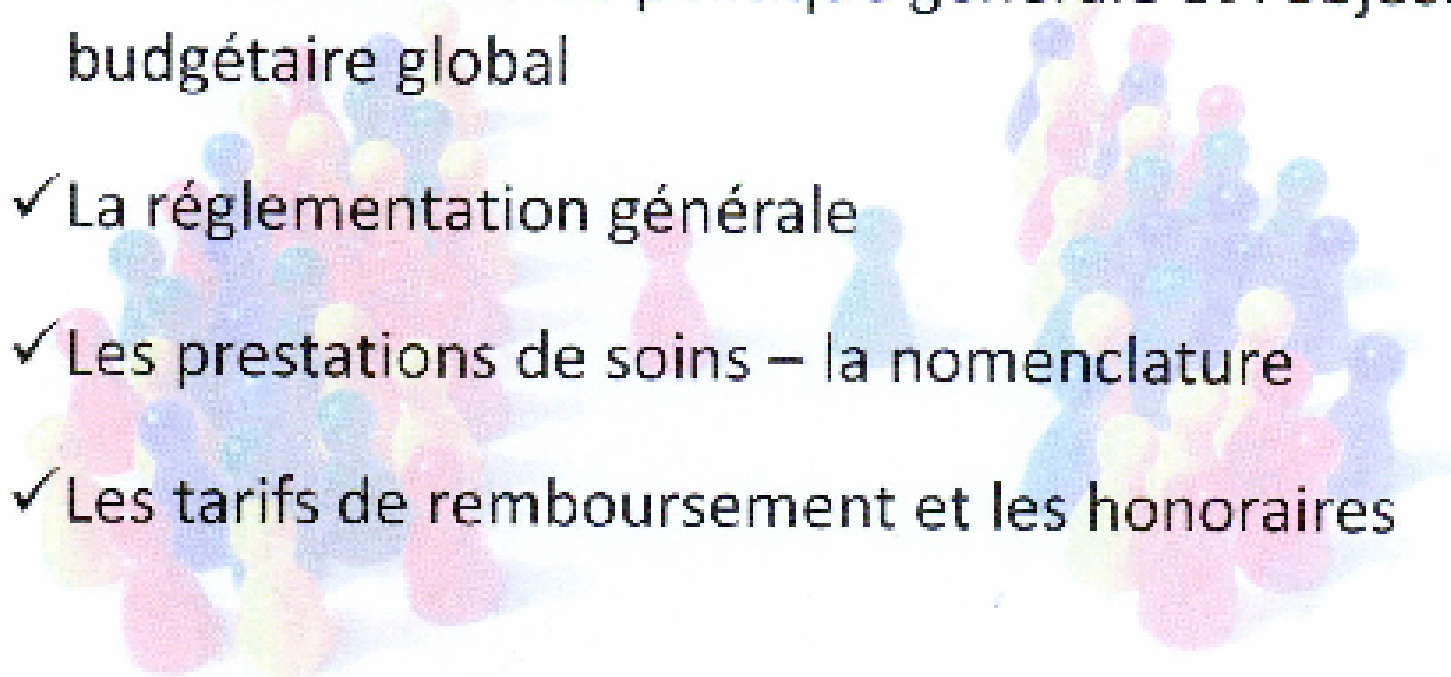




La concertation en assurance soins de santé (2)

- **Les objets**

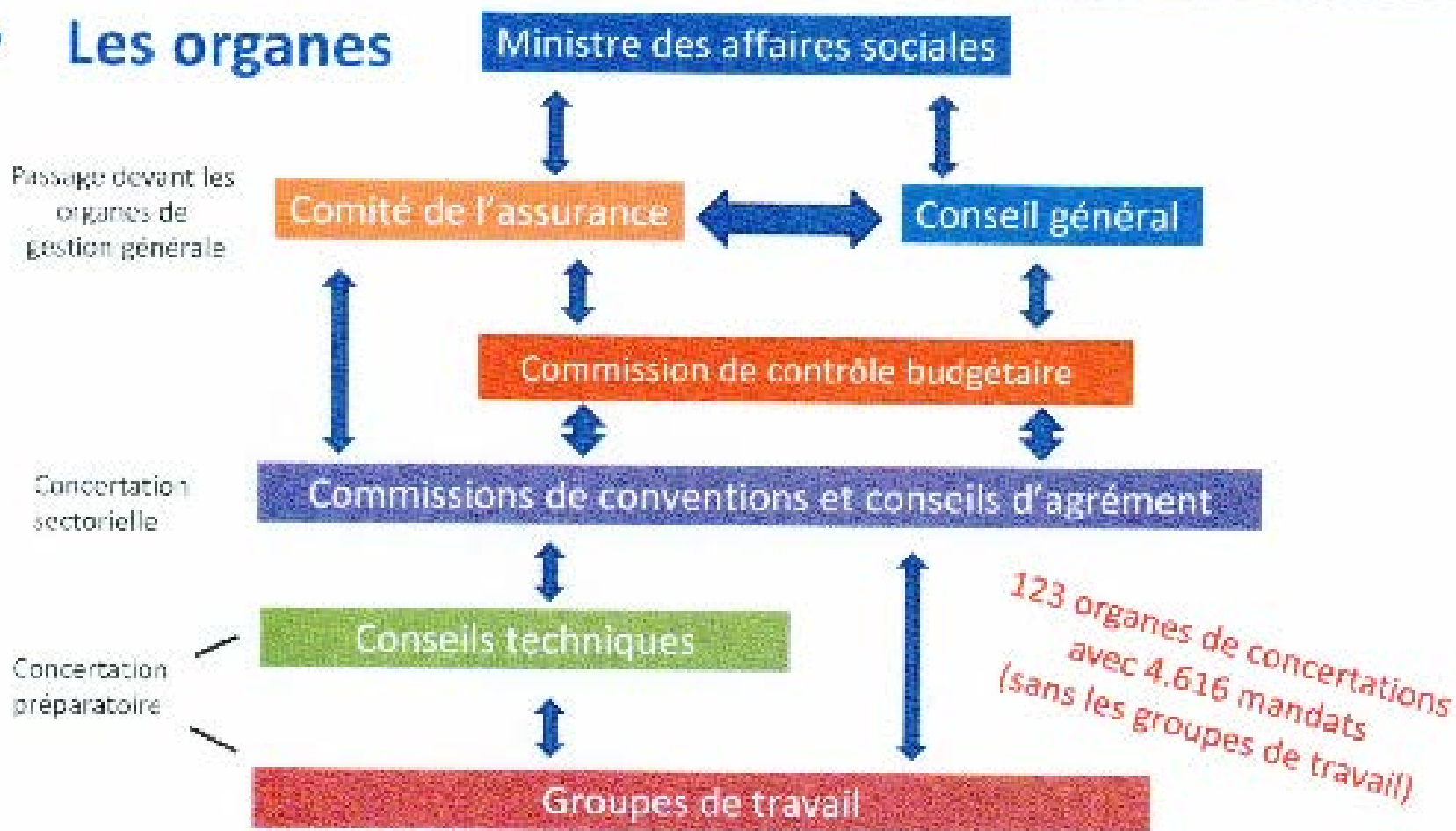
- ✓ Les orientations de politique générale et l'objectif budgétaire global
- ✓ La réglementation générale
- ✓ Les prestations de soins – la nomenclature
- ✓ Les tarifs de remboursement et les honoraires





La concertation en assurance soins de santé (3)

- Les organes



En synthèse, complexité institutionnelle +++

Pas d'homogénéisation

Pour la santé : une réforme proprement dite : 1980
(transfert de l'état fédéral vers les Communautés) +
une réforme intrafrancophones (1993 - accord Saint-
Quentin)

La 6^{ème} réforme vise

I'HOMOGENEISATION DES COMPETENCES

- Homogénéisation de la politique hospitalière
- Homogénéisation de la politique aux personnes âgées et soins long care
- Homogénéisation de la santé mentale
- Homogénéisation de la politique de prévention
- Homogénéisation de la politique des personnes handicapées

1. RAPPEL MATIÈRES TRANSFÉRÉES

❖ Homogénéisation de la politique hospitalière

Deux compétences particulières sont visées dans le transfert :

a. Le financement des infrastructures hospitalières

b. Les normes d'agrément (pas de budget) avec des limites importantes :

- la programmation reste de compétence fédérale, des accords bilatéraux asymétriques pouvant néanmoins être conclus lorsqu'une Communauté le souhaite
- le financement des hôpitaux reste de compétence fédérale, de même que les règles relatives à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux
- on vérifiera que les normes d'agrément édictées par les Communautés n'ont pas d'impact négatif sur les budgets fédéraux, à défaut d'accord bilatéral
- les normes qualitatives de référence sont celles édictées par l'Union européenne

❖ Homogénéisation de la politique des personnes âgées et soins « long care »

Il s'agit du plus grand transfert dans le secteur des soins de santé. Cette homogénéisation se traduit par le transfert de l'ensemble du secteur des maisons de repos aux Communautés. Ce secteur regroupe les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), les maisons de repos et de soins (MRS), les centres de courts séjours (CS), les centres de soins de jour (CSJ).

Ce transfert concerne également les structures de soins « long care » à savoir, les services de soins/hôpitaux spécialisés isolés et gériatriques isolés , les établissements de santé issus de conventions de revalidation conclues avec l'INAMI

❖ Homogénéisation des soins de santé mentale

Trois types d'établissements et des services relevant du secteur de la santé mentale sont transférés aux entités fédérées :

- les plateformes de concertation en santé mentale
- les habitations protégées pour patients psychiatriques
- les maisons de soins psychiatriques

❖ Homogénéisation de la politique de prévention

- Vaccination, screening, plan nutrition ,hygiène dentaire chez les enfants
- Concernant la lutte contre la dépendance, le Fonds national assuétudes sera transféré aux Communautés ainsi que la compétence relative à l'organisation des consultations dans le cadre du sevrage tabagique

❖ Organisation des soins de santé en première ligne

- Les Communautés se voient confier un rôle central dans l'organisation des soins de santé de première ligne qui se traduit par le transfert des compétences et des budgets concernant :
 - les services intégrés de soins à domicile (SISD)
 - les cercles des médecins généralistes
 - Réseaux Locaux Multidisciplinaires (RLM) qui sont actuellement des projets pilotes à l'initiative de la convention médico-mut pour soutenir les trajets de soins diabète et insuffisance rénale chronique
 - les fonds « Impulseo » (qui permettent de faciliter l'installation de médecins généralistes dans certaines zones géographiques)
 - les plateformes de concertation, les équipes de soutien aux soins palliatifs (à l'exception des infirmières à domicile) et les centres de jour de soins palliatifs

❖ Homogénéisation de la politique d'aide aux personnes handicapées

Deux compétences seront transférées aux Communautés en matière d'aide aux personnes handicapées :

- l'allocation d'aide aux personnes âgées (APA)
- les moyens et équipements d'aide à la mobilité des personnes handicapées

Agrément des prestataires de santé (pas de budget lié à la matière si ce n'est personnel transféré)

- Du point de vue quantitatif, matière la plus importante : 230.000 prestataires, plusieurs milliers de dossiers par année (les transferts concerne la moitié)
- Les entités fédérées seront compétentes pour agréer les prestataires de soins dans le respect des conditions d'agrément déterminées au fédéral
- La compétence relative à la définition de sous-quotas est transférée aux communautés
- Cœur de E-health
- Lien de l'agrément des prestataires et des remboursements AMI

Aujourd'hui : SPF Santé publique (DG2)

Matières transférées aux Communautés (à titre indicatif montants de l'accord de 2011)

- MR, MRS, CCS, CSJ	2.425 Millions €
- Hôpitaux	742 Millions €
- Conventions INAMI	170 Millions €
- APA et aides à la mobilité	573 Millions €
- Santé mentale	175 Millions €
- <u>Prévention et première ligne</u>	<u>126 Millions €</u>
- TOTAL	4.211 Millions €

- ❖ Différents accords de coopération entre autorité fédérale et entités fédérées prévus dont
 - Composition et financement de l'Institut (du futur)
 - Gestion et financement du KCE
 - Gestion et utilisation d'e-Health
 - Modalité de contingentement des métiers de la santé
 - Modalité d'adaptation et d'évaluation de l'AR n°78
 - La manière dont est organisée la concertation entre les autorités concernées sur les accords sociaux
 - Modalités de respect des engagements internationaux en rapport avec la santé (COORMULTI)

Matières transférées aux régions actuellement communautaires

- ***programme de promotion de la santé + CLPS/SCPS :***

- politique de prévention des assuétudes
- politique de l'EVRAS et prévention du sida
- politique de prévention du suicide
- formation, recherche, outils, communication
- politique de santé communautaire

+ 1 organe consultatif : le conseil supérieur de promotion de la santé et ses différentes commissions

- ***programmes de dépistage colon + sein (cofinancé avec le fédéral) :***

Il est à noter que la vaccination HPV n'est pas transférée car enfants à l'école de moins de 18 ans

- ***certificats de naissance et de décès***
- ***agrément des services de médecine du travail (avec commission d'agrément)***
- ***inspection d'hygiène*** (concrètement surveillance et prophylaxie des maladies infectieuses par médecins qui veillent à surveiller et à limiter tout risque d'épidémie)
- ***politique de prévention de la tuberculose***

- La 6^{ème} réforme apportera-t-elle dans les faits davantage d'homogénéisation ?
- La 6^{ème} réforme simplifiera-t-elle le système ou celui-ci deviendra-t-il encore plus complexe et coûteux qu'actuellement?

Questions?

Merci de votre attention