



A NOTRE SANTÉ !

Michel Roland
Georges Bauherz
www.campagnetamtam.be

Coordination : Violaine Wathelet



A NOTRE SANTÉ !

En Belgique, les soins de santé sont un secteur particulièrement important de notre économie. Les dépenses de santé, de l'ordre de 44 milliards, représentent aujourd'hui un peu plus de 10 % du produit intérieur brut (PIB) [1] [2]. La part du lion du financement de ces dépenses repose sur le financement public soit 77% alors que 23 % est supporté par le patient (18% supporté par des paiements directs et 5% en assurance maladie volontaire) [3].

Le financement de nos soins de santé dépend donc aujourd'hui majoritairement de la sécurité sociale dont il est un des secteurs principaux (avec celui des pensions), représentant 37,5% de l'ensemble de nos dépenses sociales. Nous cotisons donc tous et toutes pour notre santé et pour celle des autres à travers nos salaires et nos revenus d'indépendants [4]. Pour une explication plus approfondie de l'organisation des soins de santé, voir annexe.

Cette note a pour ambition de montrer comment la politique des soins de santé du gouvernement Michel se place dans l'approfondissement des logiques néolibérales, mais surtout en quoi elle marque un tournant fondamental, d'abord au niveau des mécanismes budgétaires et de financements, mais aussi par la modification de la gestion paritaire du secteur de la santé.

1. LA MARCHANDISATION ET LA PRIVATISATION DE NOS SOINS DE SANTÉ EST EN MARCHÉ, SUIVANT LES LOGIQUES IMPLACABLES DU NÉOLIBÉRALISME.

Le secteur des soins de santé n'a pas été épargné par les idées néolibérales. Depuis quelques années, on observe ainsi une marchandisation et une privatisation (à but de lucre) du secteur [5].

Ainsi, l'évolution des proportions relatives des « trois piliers » (sécurité sociale, assurances groupes, assurances individuelles) [6] ou des diverses sources de financement des soins de santé traduisent un mouvement de privatisation et de marchandisation. On remarque que les deuxième et troisième piliers croissent de plus en plus. Ainsi, en dix ans, de 2003 à 2014, la part des assureurs a augmenté de 41 % pour 1,8 milliards [7]. Or, les assurances qui constituent ces deux piliers sont

généralement des structures à but de lucre qui tentent donc de maximiser leur profit. Que ce soit en matière de soins de santé, de pension, d'invalidité etc. un nombre conséquent de mesures des derniers gouvernements ont été dans le sens d'une déconstruction structurelle du premier pilier. Il est difficile de ne pas y voir l'objectif sous-jacent de prouver l'inefficacité d'une sécurité sociale financée sur une base solidaire, pour suggérer d'abord, favoriser concrètement ensuite, le développement de sources de financement d'avantage individuelle.

A partir du moment où les soins de santé sont perçus comme des biens et services capables de générer du profit et sont confiés à des organismes dont une des missions principales est de maximiser le capital, les risques de créer une médecine à deux vitesses sont conséquents. En effet, s'il faut maximiser le profit pour rémunérer le capital, il faudra d'une part, se tourner vers ce qui "rapporte" (maison de repos, examens techniques, discrimination des assurés, patients...) et d'autre part, délaissé ce qui n'enregistre pas de rentrées suffisantes (prévention, soins des personnes précaires,...). Les organismes privés à but de lucre vont donc probablement se centrer sur ce qui « rapporte » et l'Etat devra se charger du reste. On tend ici progressivement vers un modèle de sécurité sociale libérale [8] où la participation de l'Etat et de la collectivité dans les soins de santé doivent être réduits pour laisser la libre concurrence des structures privées opérer. C'est le développement de "la médecine à deux vitesses": du "palliatif" étatique via une couverture minimale des risques sociaux réservée aux plus démunis, et des soins onéreux et d'avantage privatisés et marchandisés pour les classes moyennes et les plus riches, qui ne sont au final, pas mieux soignés non plus.

Sans compter que les frais de gestion des assurances privées des deuxième et troisième piliers sont bien plus élevés (20% de leurs primes) que ceux des mutuelles (3% des dépenses totales en soins de santé et indemnités [9]). Ces frais de gestion sont supportés in fine par les clients/patients. Enfin, dans un système largement ouvert au financement par des assureurs privés, comme aux États-Unis, on peut constater que ce niveau élevé de dépenses n'est pas contrebalancé par une qualité accrue de la santé publique. Avec un PIB par habitant de 57.000 \$ (contre 41.000 \$ pour la Belgique) et une part de 17,1 % de ce PIB (contre 10,6 % en Belgique) consacré à la santé, leurs indicateurs de santé sont moins bons que ceux de nombreux pays dont le PIB par habitant est plus bas, avec une espérance de vie aux USA de 79,3 ans, inférieure à celle de la Belgique avec 81,8 ans [10].

Par ailleurs, sur le plan sémantique, la doxa néolibérale n'a plus parlé de contributions sociales, mais d'abord de cotisation puis enfin aujourd'hui de charges sociales. Le principe de solidarité, ADN de l'organisation de nos soins de santé est donc aujourd'hui présenté comme une contrainte, un poids, une charge !

LA MARCHANDISATION ET LA PRIVATISATION DES SOINS DE SANTÉ SE MANIFESTENT PAR TROIS CONSÉQUENCES CONCRÈTES :

A. LE REPORT OU LE RENONCEMENT DANS L'ACCÈS AUX SOINS, SPÉCIALEMENT EN PREMIÈRE LIGNE

Une partie importante de la population reporte ou renonce encore à ses soins de base. Ainsi, une enquête menée par Solidararis en 2014 [11] montre qu'une personne sur cinq en Wallonie déclare avoir retardé ou renoncé à des soins alors qu'elle en avait besoin. Parmi ces reports, les consultations et visites des médecins généralistes constituent le deuxième poste de dépenses dans le budget santé du ménage moyen (20% des dépenses), juste derrière les médicaments (35,4%). Ce sont aussi parmi les soins de santé les plus fréquemment reportés (22,8% du total des reports), juste derrière les médicaments (32,9%) et les soins dentaires (22,9%) [12]. L'enquête de santé des belges de 2013 [13] note, quant à elle, que le pourcentage des ménages indiquant devoir reporter la consommation médicale est de 8% pour l'ensemble de la Belgique, mais varie fortement en fonction des Régions: en Région bruxelloise, 22% des ménages indiquent être dans ce cas, en Région wallonne il s'agit de 9% et en Région flamande de 5%.

Les reports de soins restent ainsi conséquents et atteignent un niveau inquiétant qui remet même en question l'accès aux soins universel prévu et garanti par la sécurité sociale à tous ses affiliés. Les femmes (24,9%), les familles monoparentales (44,3%), les adultes âgés entre 18 et 45 ans (1 personne sur 3) et les groupes sociaux les plus faibles (26%) sont les catégories les plus touchées par le phénomène [14].

Pourquoi ?

On peut d'abord mettre en avant la part importante des dépenses de santé supportée par le patient. En 2017, 23 % des dépenses de santé sont supportées par le patient (18% supporté par des paiements directs 5% en assurance maladie volontaire [15]). L'ensemble de nos pays voisins (Allemagne, France, Pays-bas, Luxembourg, ...) font mieux que nous.

L'augmentation du ticket modérateur, en partie mise en place par le gouvernement actuel, s'inscrit dans cette tendance. Sous la législature de Madame De Block, le ticket modérateur pour les consultations gynécologiques est, par exemple, passé de 8 euros à 12 euros [16] et il a été prévu d'économiser 32,89 millions en 2015 via l'harmonisation et augmentation des tickets modérateurs chez les spécialistes [17]. La population ressent une augmentation systématique de la charge financière des dépenses de soins directs, entraînant des reports de soins, et un risque élevé d'endettement voire un risque de basculement dans la pauvreté.

Lié notamment à l'augmentation du ticket modérateur, il faut souligner que l' « out-of-pocket [18] » s'est accru dans des proportions considérables. Depuis les années 2000, on constate que le montant des dépenses prises en charge par le patient a doublé [19]. Ce sont spécialement les groupes les plus vulnérables de notre société (incapables de souscrire à des assurances privées) qui en sont les victimes potentielles.

Par ailleurs, les études montrent aussi que la perception d'un ticket modérateur sur les soins médicaux de première ligne, de même que l'interdiction d'appliquer le tiers-payant [20] entraînent une sous-consommation de soins, en particulier pour les populations plus défavorisées, et cela malgré le mécanisme de « Maximum à facturer » mis en place par l'assurance soins de santé [21]. A contrario, la diminution ou la suppression du ticket et l'octroi du tiers-payant ne provoquent pas de surconsommation de soins mais permettent de ramener la consommation de soins à un niveau « normal » [22].

On peut donc se demander si le ticket modérateur ne passe donc pas à côté de son objectif de diminuer l'utilisation inappropriée des soins. En freinant l'accès aux soins de première ligne, il provoque un report de soins avec un impact négatif sur la santé et des dépenses plus importantes en deuxième ligne, notamment en médicaments et en hospitalisation, comme l'ont démontré d'autres analyses, notamment celle du KCE en 2008 [23].

B. LES MAISONS MÉDICALES ET LE MORATOIRE

Beaucoup d'études montrent qu'une première ligne de soins largement accessible renforce l'efficacité, la qualité et l'équité du système de soins de santé [24]. Cette première ligne de soins accessibles est l'une des missions fondamentales des maisons médicales.

Le secteur connaît une croissance conséquente : il y a actuellement 176 maisons médicales et au cours des 10 dernières années, 10 centres en moyenne ont débuté leurs activités chaque année, entraînant un doublement du nombre de structures sur cette période. Ce constat montre à quel point les maisons médicales attirent beaucoup de patients et de professionnels de la santé. Une majorité d'entre-elles travaillent au forfait et non à l'acte. Le système de financement au « forfait » bénéficie à 3% de la population (360.000 personnes) en Belgique [25]. Les maisons médicales fonctionnent dans le cadre d'un budget global, réparti entre les différents centres sur base d'un montant forfaitaire par patient. Jusqu'en 2013, ce budget était un dérivé direct des budgets du financement à l'acte. À partir de mai 2013, le montant forfaitaire pour chaque centre et pour chaque discipline est calculé séparément sur base du profil de risques de ses patients et de leur besoin en soins. Ce qui en fait un système de soins équitable, innovant et évolutif.

La population qui consulte les maisons médicales est plus jeune (32 ans pour 40 ans à l'acte), plus défavorisée (41% BIM pour 17 % à l'acte), ou avec un risque de pauvreté plus élevé [26].

Evaluer correctement l'impact de ce système de financement des soins de première ligne est délicat. Les populations couvertes étant très spécifiques, il est nécessaire de faire une étude « cas-témoins », comparant des cohortes de patients démographiquement et socialement semblables dans les 2 systèmes. Une évaluation du KCE de 2008 a effectué cette analyse complexe et a conclu que le coût des soins pour l'assurance soins de santé est équivalent quel que soit le système de financement [27]. Concernant la qualité des soins, les indicateurs (prévention, prescription de certaines classes de médicaments) penchent en faveur du système au forfait. Pour les patients soignés en maisons médicales, les tickets modérateurs sont jusqu'à 20% moins élevés. Ces conclusions ont été reconfirmées par l'Agence Intermutualiste (AIM) en 2017 [28].

Malgré ces divers éléments, en octobre 2016, la Ministre actuelle de la Santé a décidé d'un moratoire sur les nouvelles maisons médicales au forfait pour en geler la croissance. Elle a en outre demandé à grand prix (200.000 €) une nouvelle évaluation qui a été confiée à KPMG, cabinet d'audit privé, plutôt qu'au KCE, structure publique scientifique d'excellence spécialement créée pour ce genre d'étude. Depuis plus d'un an donc, aucune nouvelle structure forfaitaire n'a pu ouvrir ses portes. Il s'agit bien d'une décision idéologique, contre une initiative petite mais significative, qui tente, avec succès, d'explorer une autre organisation de système de soins promouvant une vision holistique de la santé et une prise en charge multidisciplinaire. La grande accessibilité de la première ligne que permet cette organisation des soins favorise un échelonnement naturel et contrebalance donc le modèle hospitalo-centré d'organisation des soins prédominant en Belgique. Bien que des améliorations soient encore possibles et nécessaires, ce modèle est efficient d'un point de vue économique. Les résultats de l'audit commandé à KPMG, publiés en janvier 2018, sont favorables aux maisons médicales et viennent confirmer l'efficacité et la pertinence de ce système.

Alors que ce système collectif d'organisation des soins de santé se distingue et refuse de tomber dans la marchandisation et la privatisation à but de lucre des soins et lutte contre la mise en place d'une médecine à deux vitesses et d'une vision hospitalo-centré de la santé, le moratoire a montré que le gouvernement se montre hésitant à encourager sans ambiguïté ce type d'initiative.

C. LES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES À L'HÔPITAL : LA MÉDECINE À DEUX VITESSES

Tout comme les autres postes du budget de la santé, les hôpitaux sont aussi soumis aux politiques d'assainissement budgétaire. Dans un contexte où la croissance des dépenses liées à la santé augmentent, où les techniques médicales progressent (ce qui a un coût) et où les ressources mutualisées diminuent, les hôpitaux sont contraints de trouver leurs recettes ailleurs.

Une récente étude de l'AIM (Agence intermutualiste) a montré que, malgré l'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires en chambre commune et à deux lits imposée en 2013 par la Ministre de la Santé de l'époque (Laurette Onkelinx), les suppléments d'honoraires à l'hôpital ont augmenté 2,5 fois plus rapidement que les honoraires INAMI de 2006 à 2015. En 2015, ils représentaient 18% des honoraires INAMI contre 14% en 2006. A ce rythme, dans 20 ans, ils représenteront 30% des honoraires remboursés par l'assurance maladie [29].

L'étude montre aussi que les suppléments d'honoraires se concentrent sur les personnes âgées et les patients chroniques qui ont des durées de séjour plus longues et des hospitalisations répétées. Ainsi, 22,6% des séjours hospitaliers avec les suppléments les plus élevés concernent des patients oncologiques alors qu'ils représentent à peine 1% de la population [30].

Par ailleurs, on relève des différences de pratique tarifaire importantes entre hôpitaux, parfois même au sein d'un même bassin de soins. Pour une intervention courante comme une appendicectomie, le patient peut payer jusqu'à 5 fois plus de suppléments d'honoraires (498 € vs 2.695 €) en fonction de l'hôpital [31].

Enfin, les suppléments d'honoraires sont aussi très inégalement répartis entre médecins. Ainsi, 10% de prestataires attestent 45% du total des suppléments d'honoraires à l'hôpital et 11% des prestataires n'attestent aucun supplément d'honoraire à l'hôpital. Les spécialités techniques et chirurgicales sont celles qui demandent le plus de suppléments. L'augmentation de la proportion de chambres particulières va encore accentuer ce mouvement, ce qui devrait faire remettre en question le principe même des suppléments d'honoraires à l'hôpital.

Cette situation constitue évidemment les germes d'une médecine à deux vitesses, la seconde privatisée et (beaucoup) plus chère :

- L'augmentation des suppléments d'honoraires se traduisant par des augmentations substantielles des primes d'assurances hospitalisation, de plus en plus de patients ne peuvent plus se les payer, en particulier les populations les plus fragilisées sur le plan social et de la santé.
- L'absence de régulation des suppléments d'honoraires génère par ailleurs une surenchère entre hôpitaux pour attirer les médecins les plus réputés, avec des risques que le système ne

permette plus de garantir à chacun un même accès à des soins de même qualité.

- Quant au patient, il est confronté à l'insécurité tarifaire dans la mesure où il ne peut pas déterminer a priori le montant des suppléments qui lui seront facturés.
- Enfin, les suppléments d'honoraires sont aussi un moyen pour certains hôpitaux de développer des politiques de soins non-financées et de pallier les déséquilibres de la nomenclature qui pénalisent certaines spécialités.

2. LE TOURNANT DU GOUVERNEMENT MICHEL : UN DOUBLE IMPACT SUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Si la situation actuelle des soins de santé en Belgique résulte des politiques antérieures, force est cependant de constater que sous le gouvernement Michel, un tournant fondamental s'est opéré, d'abord au niveau des mécanismes budgétaire et de financements mais aussi par la modification de la gestion paritaire, véritable ADN de notre système des soins de santé.

A. DIMINUTION DES BUDGETS POUR LES SOINS DE SANTÉ : LA SÉCURITÉ SOCIALE DEVIENT UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT [32]

A partir de 2008, on observe un changement de cap dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Le taux d'investissement dans les soins de santé tend à se tasser et la croissance des dépenses ralentit. En réaction à la crise financière et aux exigences de rigueur budgétaire imposées par l'Europe, les Etats ont fait certains sacrifices ou ont pris des mesures pour améliorer l'efficacité de leurs soins.

En Belgique, comme ailleurs, on observe ce changement de cap. Au cours de la législature précédente, 1,1 milliard d'économies structurelles ont été réalisées dans l'Assurance maladie et ont été affectées à l'assainissement des finances publiques. Le mot d'ordre de l'ensemble des acteurs a cependant été de conserver une couverture de santé de qualité et accessible, et malgré le cadre budgétaire plus restreint, de nouveaux besoins ont pu être rencontrés. Les économies ont visé principalement une prescription plus rationnelle des médicaments, de certains examens dont ceux d'imagerie médicale, de la biologie clinique, des implants... Et bien qu'encore timidement, des investissements ont pu être réalisés dans la prise en charge de la dépendance et des maladies chroniques à travers la mise en place du plan Cancer, du plan Malade Chronique, l'amorce des problématiques liées à la multidisciplinarité, le lancement des postes de gardes,... Mais, depuis 2015, le gouvernement a consolidé et amplement accéléré la tendance à l'austérité engagée depuis 2008 dans les soins de santé. Le cadre budgétaire n'a jamais été aussi austère. Les exigences

d'économies - nécessaires pour respecter une norme de croissance budgétaire abaissée par le gouvernement de 3% à 1,5% officiellement et même à 0,5% officieusement en 2017 - sont particulièrement conséquentes : au total, les économies structurelles nettes [33] à réaliser pour respecter la trajectoire budgétaire imposée aux soins de santé sont d'environ 1,541 milliard d'€ sur l'ensemble de la législature (c'est-à-dire à l'horizon 2019 [34]. La nouvelle réglementation régissant le processus budgétaire introduite lors du budget 2017 vient encore confirmer la volonté d'assainir les dépenses en matière de soins de santé. En effet, cette nouvelle réglementation supprime la notion de « besoins » d'investissements budgétaires que pouvaient auparavant formuler les Commissions de Conventions et d'Accords. Et introduit à la place l'exigence de formuler des propositions d'économies pour compenser tous dépassements budgétaires ou demandes de nouveaux moyens, peu importe qu'il existe un réel besoin sociétal derrière cette réalité. La logique d'« austérité » est donc ici institutionnalisée et le fonctionnement en « silos », caractéristique des soins de santé et pourtant obsolète à un moment où des réformes de fond sont plus que nécessaires, est encore confirmé.

Or, face à des besoins qui restent conséquents, trop peu de moyens financiers entraînent des risques de pressions budgétaires et laisse présager très peu d'opportunités pour investir dans la réforme de nos soins de santé. Les budgets de 2015, 2016, 2017 et 2018 laissent effectivement très peu de « souffle » et ne permettent pas d'implémenter une vision de long terme des soins de santé, telle celle pourtant, originellement, développée dans l'Accord de Gouvernement. Cela peut faire craindre à un maintien de la vision hospitalo-centriste dominant actuellement dans les soins de santé et au retard d'une implémentation d'un système de soins plus adapté aux enjeux d'avenir et à l'évolution des besoins.

Réduire les budgets des soins de santé sans parvenir à implémenter des réformes structurelles risquerait alors de se traduire par un transfert de charges vers les patients et favorisera une privatisation larvée des soins. En prenant des mesures très ciblées, comme annoncé par le gouvernement, les patients des catégories socio-économiques les plus faibles pourraient certes bénéficier d'un remboursement plus important. Mais dans l'ensemble nous prenons le risque de créer une médecine à deux vitesses, avec une « assistance sociale [35] » stigmatisante pour les plus démunis et un système d'avantage marchandisé pour les autres, même si ce n'est pas le but recherché par le gouvernement. Cette évolution serait d'autant plus inquiétante quand on sait que la part à charge du patient dans le système de soins belges est déjà aujourd'hui plus conséquente que chez nos voisins. Il est pourtant indispensable qu'il soit investi, avec vision, dans les soins de santé afin de faire face aux enjeux de santé de demain tels la multiplication des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Autrement dit, les budgets des soins de santé devraient idéalement s'atteler à déployer une conception de long terme pour le

systeme de demain, tel que s'employer à la mise en place d'une première ligne plus développée, au déploiement d'une structure de soins à domicile plus large, à la création de réponses aux problèmes de dépendance et à des alternatives à l'hospitalisation comme cela avait été annoncé dans l'Accord de gouvernement en 2014.

B. AFFAIBLISSEMENT DE LA CONCERTATION SOCIALE, LES EXEMPLES DE L'ÉLABORATION DES BUDGETS 2015, 2016 ET 2017 [36]

En Belgique, la confection du budget des soins de santé est conçue comme un exercice annuel de plusieurs mois. Fidèle à son origine bismarckienne, ce processus implique différentes étapes de négociation sociale et différents acteurs. Le travail de négociation se fait dans un premier temps au sein des Commissions de Conventions et d'Accords lorsqu'elles déterminent chacune leurs priorités budgétaires, au printemps, et au sein du Comité de l'Assurance ensuite, lorsque les représentants tant des prestataires de soins que des mutualités formulent une première proposition budgétaire globale, début octobre.

Après l'étape au Comité de l'Assurance, c'est au Conseil Général de l'INAMI, où siègent les mutualités, les représentants des employeurs, les syndicats et le gouvernement, que le rôle d'approbation finale du budget global est donné. La philosophie de la réglementation régissant le processus budgétaire introduite en 1993 posait dans ses « principes élémentaires » le fait qu'« il faut découpler chronologiquement la définition des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie du conclave budgétaire gouvernemental » - et ce, pour éviter que la sécurité sociale devienne une variable d'ajustement du budget gouvernemental - et qu' « il faut que les décisions soient prises au niveau le plus proche possible de la réalité quotidienne » [37]. C'est donc pourquoi il a été souhaité que le budget des soins de santé soit mené à bien par un processus de concertation et que ce soit le Conseil Général de l'INAMI qui ait le rôle d'approbation finale du budget global des soins de santé et non le cabinet. Les principes élémentaires précisent bien que « le ministre des Affaires Sociales ne peut intervenir qu'en ultime recours » [38]. Un budget décidé par le Conseil des Ministres et le cabinet est censé être l'exception et non la règle. La situation est pourtant en train de devenir toute autre aujourd'hui.

Précédemment, une proposition budgétaire ayant généralement été adoptée au Comité de l'Assurance, était reprise dans sa majorité par le Conseil Général, même si le Ministre y apportait quelques fois des modifications importantes. Mais lors de l'élaboration du budget de 2016 en 2015 par exemple (et on observera également des méthodes similaires lors du budget 2017) c'est une proposition construite ex-nihilo, sans aucune référence à la proposition déposée une semaine

plus tôt par le Comité de l'Assurance que le gouvernement dépose sur la table du Conseil Général.

Le Conseil Général de l'INAMI a rejeté cette nouvelle proposition déposée par l'exécutif fédéral. Peu relevé par la presse nationale, ce fait est pourtant historique. Un tel rejet d'une proposition gouvernementale au sein du Conseil Général n'était plus survenu depuis les années nonante à l'époque où les Affaires Sociales étaient gérées par la socialiste Magda de Galan. En effet, si les représentants des employeurs ont soutenu le gouvernement fédéral, cela n'a pas suffi à déboucher sur la majorité simple nécessaire pour valider la proposition, la Mutualité Socialiste, la FGTB et la CSC ayant voté contre et la Mutualité Chrétienne, les Mutualités Libres et le président du Conseil Général s'étant abstenus.

L'absence de concertation entre les partenaires sociaux et le gouvernement dans le cadre de l'élaboration de cette proposition gouvernementale, qui imprime une trajectoire différente de celle qui avait été négociée par les acteurs sectoriels, la faiblesse de vision de long terme que traduit cette note et les économies importantes qu'elle entérine ont été les raisons principales de l'absence de soutien des syndicats et des mutuelles. Comme le prévoit la procédure dans ce cas de figure peu fréquent, où les instances de concertation tripartite de l'INAMI sont mises en échec, l'initiative budgétaire revient au gouvernement.

Avec un argumentaire et des craintes similaires à celles formulées par le Conseil Général, l'opposition parlementaire a fortement critiqué la proposition de budget du gouvernement. Pour répondre aux objections de l'opposition, le Premier Ministre s'était engagé à prendre le temps d'analyser les raisons du refus au niveau de l'INAMI en Conseil des ministres et d'en rediscuter à la Chambre. C'était sans compter sur la proactivité de sa ministre de la Santé. M. De Block qui annonce le lendemain à la presse, à la veille du Conseil des Ministres, que le Budget 2016 des soins de santé a été entériné. Cette proposition budgétaire sera alors finalement effectivement arrêtée sans modifications importantes de fond et de forme par le Conseil des Ministres suivant, niant ainsi la concertation sociale en amont. On retrouve un même modus operandi en 2016, lors de l'élaboration du budget 2017.

Ce dernier est marqué par l'introduction, sur initiative du cabinet, d'une nouvelle réglementation régissant le processus budgétaire (CGV 2016/095 ADD). Cette nouvelle réglementation a été justifiée officiellement par la nécessité de mise en accord du calendrier budgétaire belge avec le calendrier européen. Cependant cette nouvelle réglementation a pour principale conséquence d'apporter des changements majeurs dans la répartition des rôles lors du processus budgétaire et dans la capacité effective de mener des réflexions transversales et concertées.

Ainsi, cette réglementation introduit une plus grande confusion dans le déroulement du processus de concertation, une répartition des tâches entre les diverses organes beaucoup moins claire et une compréhension plus difficile du cadre budgétaire pour les différents acteurs. Le cadre budgétaire y est, par exemple, divulgué au compte-goutte, dans un processus continu au fur et à mesure des décisions gouvernementales, et peut donc potentiellement être révélé postérieurement aux dates limites pour la clôture d'une proposition budgétaire par les partenaires et acteurs de la concertation collective.

Mais le changement le plus notable et regrettable derrière cette nouvelle réglementation concerne le temps accordé au Comité de l'Assurance pour, à partir des positionnements des différentes Commission de Conventions et d'Accords, construire une proposition de budget concertée. Antérieurement, il possédait trois mois (de juillet à fin septembre) pour aboutir à une telle proposition. Ce qui permettait la possibilité d'une concertation large des différents organismes assureurs entre eux et des discussions entre organismes assureurs et représentants des professionnels de la santé. Dans la nouvelle réglementation, par contre, il y a, à peine une quinzaine de jours prévus pour ce travail d'arbitrage transversal. Formuler une proposition concertée ayant pu être discutée autant entre mutuelles qu'avec les prestataires a donc été impossible. En conclusion, si la concertation sociale reste possible en théorie dans la nouvelle réglementation introduite par le cabinet, ses conditions d'existences en pratique sont nulles. Ainsi, en 2016, le Comité de l'Assurance n'a effectivement pas su rendre une proposition de budgets partiels déclinés pour chaque secteur, n'ayant eu ni les informations suffisantes sur le cadre budgétaire global, ni eu le temps de réaliser sur cette base un débat de fond avec l'ensemble des parties prenantes. De ce fait, cette réglementation renforce, à l'inverse, la marge de manœuvre et l'influence du cabinet qui, sans proposition conforme des organes originaux de concertation, a le champ d'autant plus libre pour formuler sa propre proposition budgétaire.

La concertation sociale, pourtant ADN de notre sécurité sociale, a été fortement affaiblie ces deux dernières années par l'action du gouvernement actuel. Paradoxalement, la Ministre déclarait pourtant dans sa note de politique de santé 2015 « la concertation avec tous les acteurs intéressé est mon leitmotif ! ». Le rôle de co-gestion de la politique de santé et des problématiques budgétaires historiquement confié à des organes basés sur la pluralité et composés de représentants du gouvernement, mais également de partenaires et d'acteurs sociaux est aujourd'hui de plus en plus nettement accaparé par le Conseil des Ministres.

3. CONCLUSION

Notre sécurité sociale était originellement construite selon un modèle dit « bismarckien » [39] plaçant la concertation au centre et cherchant la contribution de tous et toutes mais aussi la couverture de tous et toutes à travers une institutionnalisation large de la solidarité.

A l'origine, l'Etat s'était vu attribuer un rôle de médiateur et de contrôle de ce système bipartite, mais au fil des crises économiques et politiques, le gouvernement a quitté sa seule posture de « contrôleur » pour se positionner également, aux côtés des autres acteurs, comme gestionnaire financier et politique. Ainsi, même si les acteurs sont restés les mêmes, on peut clairement parler d'une évolution d'une gestion bipartite de notre sécurité sociale belge vers une gestion tripartite.

Si cette logique tripartite pointait déjà avant le gouvernement Michel, l'arrivée au pouvoir de cette nouvelle coalition marque un tournant dans la gestion des soins de santé. Les derniers budgets ont pu démontrer le développement simultané de deux tendances manifestement symptomatiques du gouvernement actuel.

Premièrement, il s'agit de l'imposition d'un cadre budgétaire particulièrement sévère dans les soins de santé. Un cadre budgétaire axé sur la réduction des dépenses et le remplacement de la notion de « besoins » d'investissements budgétaires que pouvaient auparavant formuler les Commissions de Conventions et d'Accords par l'exigence de formuler des propositions d'économies.

Deuxièmement, il a également été démontré la mise sous tutelle de la concertation sociale par le gouvernement afin d'augmenter la marge de manœuvre détenue par le Conseil des Ministres. La concertation sociale est pourtant l'ADN de notre sécurité sociale !

Ces deux lignes de fonds semblent faire évoluer notre société vers un contrat social tout autre : notre sécurité sociale originellement de type « bismarckienne » évoluerait vers un modèle de sécurité sociale, appelé par les économistes et sociologues « sécurité sociale libérale » ou « résiduaire ». Ces systèmes de sécurité sociale, principalement observés dans les pays anglo-saxons, sont caractérisés par une couverture minimale des risques sociaux, réservée aux plus démunis et gérée de manière fortement étatique. Parallèlement, pour les classes moyennes ou privilégiées, la protection sociale est d'avantage privatisée et marchandisée. Nous prenons le risque de créer une médecine à deux vitesses, avec une « assistance sociale [40] » stigmatisante pour les plus démunis et un système d'avantage marchandisé pour les autres. Cette évolution serait d'autant plus inquiétante quand on sait que la part à charge du patient dans le système de soins belges est déjà aujourd'hui plus conséquente que chez nos voisins.

1. UNE BRANCHE DE NOTRE SÉCURITÉ SOCIALE

Notre sécurité sociale, telle qu'on la connaît encore actuellement, est née de la volonté de paix sociale des organisations patronales et syndicales, après des siècles de luttes ouvrières. Dans le « Pacte social belge », entériné en 1944, on retrouve les éléments fondateurs d'un système de sécurité sociale dit bismarckien [41]. Ce système prévoit la centralisation de l'ensemble des caisses déjà existantes en un organisme : l'Office National de la Sécurité Sociale (ONSS). Celui-ci s'occupera de répartir les sommes mutualisées des travailleurs entre les différentes branches de notre sécurité sociale (les soins de santé (INAMI), les pensions (ONP), le chômage (ONEM), les prestations familiales (ONFATS), les maladies professionnelles (FMP), les accidents de travail (FAT), les congés payés (ONVA).

C'est en 1964 qu'est créé l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, une structure de gestion à la fois pour la maladie et l'invalidité qui en découle. D'emblée l'INAMI a été conçu comme une branche de l'ONSS. Aussi, l'organisation de la majorité du corps médical inscrit sa pratique dans une philosophie libérale (ordre des médecins, syndicats corporatistes...) prolongeant et encrant encore un peu plus la médecine dans une pratique à l'acte.

Le financement des soins par la sécurité sociale représente ce que l'on appelle le premier pilier. C'est celui qui a été au centre de la construction de notre système, de notre contrat social. Garanti par un état social, il prévoyait que chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. La redistribution des richesses se faisait donc en amont (via les cotisations sociales et autres impôts). Les individus en besoin de soins recevaient la même couverture en aval. Cette « universalité » de la dispense de soin traduit la prise de conscience que les inégalités sociales viennent de choix politiques arbitraires. On découvre que les problèmes sanitaires sont la résultante de déterminants sociaux plus que de la responsabilité de l'individu. Dans cette perspective, la couverture santé doit devenir une responsabilité collective et non plus individuelle. Ce premier pilier est public et non-marchand (« non-profit »). Il se caractérise par une perspective sociale a priori, par l'absence de discrimination dans son offre de soins, par une responsabilité (à visée universelle) envers la population, par l'adéquation entre ses choix en matière de soins et la politique de santé générale, et par son objectif non lucratif.

Mais les soins de santé sont aussi financés par un deuxième (les assurances groupes d'entreprises) et un troisième (les assurances individuelles) piliers, privés et marchands. Ils n'ont pas de perspective sociale a priori, ils présentent le plus souvent une discrimination dans l'offre de soins, ils n'ont pas de visée universelle, ils ne sont pas nécessairement en accord avec la politique de santé générale, ils sont orientés marchandises et ont un but essentiellement lucratif.

Les deux autres piliers concurrencent le premier puisqu'ils opèrent une sélectivité des individus en amont en identifiant d'une part ceux qui ont la capacité de financer une assurance privée et d'autre part, ceux qui ne présentent pas de risques élevés de mauvaise santé. Et dans ce cas, plus le risque de mauvaise santé est important chez un individu, plus le coût de son assurance privée aura tendance à augmenter. La concurrence entre les piliers alimente effectivement la concurrence entre les groupes d'individus. Un phénomène qui met à mal les principes de droit social et de cohésion sociale.

Les différences entre ces trois piliers sont fondamentales :

1 ^{er} pilier	2 ^e pilier	3 ^e pilier
Public	Privé	Privé
Visée universelle	Population cible spécifique	Visée personnelle
Type répartition	Type capitalisation	Type capitalisation
Collectif	Collectif	Individuel
Basé sur la solidarité	Basé sur le risque actuarien (collectif)	Basé sur le risque actuarien (individuel)
Protection sociale	Assurance sociale	Assurance sociale

Il faut également noter l'évolution de la structure des sources de financement de la sécurité sociale. Si en 1955, les ressources alternatives (il s'agit surtout de l'impôt, de la TVA) ne finançaient pas la sécurité sociale la réalité est tout à fait différente aujourd'hui puisqu'en 2012, le financement alternatif constituait 17,45% des ressources financières de la sécurité sociale. Cette évolution montre une tendance importante dans la structure de financement: la fiscalisation de la sécurité sociale [42].

Tableau 2: Pourcentage des parts des diverses sources de financement dans le financement de la sécurité sociale pour les employés

	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2010	2011	2012
Cotisations sociales	70	68	71	74	68	61	62	70	75	72,5	69,33	68,15	64,11	62,3	62,37
Subventions publiques	24	24	21	20	28	33	30	20	16	12	11,5	10,2	13,26	11,09	14,5
Financement alternatif	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8,5	14,03	16,5	17,21	20	17,45
Autres	6	8	8	6	4	6	8	10	3	7	5,15	5,15	4,92	6,87	5,68

2. UNE GESTION PARITAIRE DES SOINS

Dès son origine, la spécificité du modèle belge de sécurité sociale était celle d'impliquer les principaux intéressés. La logique adoptée était et reste la suivante: puisque ce sont les employeurs et les travailleurs qui financent le système de protection sociale, ils devront eux-mêmes en assurer la gestion. En Belgique, la Sécurité Sociale est donc co-gérée par les employeurs et les salariés dans un système institutionnalisé, dit de gestion paritaire. En 1963 [43], le paritarisme sera élargi aux mutualités et aux prestataires de soins et cette logique de co-gestion sera appliquée à tout le secteur de l'assurance maladie. L'équilibre budgétaire était garanti, un système d'accords entre organismes assureurs (mutuelles) responsabilisés et prestataires de soins était défini, le champ d'application étendu à quasi l'ensemble de la population. Cette gestion paritaire fait suite au conflit qui opposa les médecins et le gouvernement. Ce dernier voulait fixer leurs honoraires. A noter que cette loi suscita une opposition féroce dans le corps médical, qui partit en grève en organisant la pénurie des soins et qui finit par obtenir la suppression de certains articles initialement prévus dans la loi.

Dans ce modèle de gestion paritaire, les besoins sociaux ne sont donc pas fixés «aveuglément» par le marché mais ils s'expriment sous forme de dialogue au sein de la concertation sociale. Ce modèle contractuel est également très différent de celui d'une gestion étatique de la sécurité sociale. L'économiste et politicien flamand, Herman Deleeck [44], fin connaisseur de l'histoire de notre sécurité sociale rappelait que «notre sécurité sociale, n'est pas étatique, elle est encadrée dans nos organisations sociales. Ce système de sécurité sociale n'est pas unitaire mais pluraliste et il est, à l'intérieur d'un cadre légal, dirigé et géré de façon autonome. Il n'est donc pas un sous-produit d'un appareil d'Etat». Selon cet auteur, les organisations sociales œuvrant dans le paritarisme sont le gage des valeurs de solidarité, d'économie sociale et de contre-pouvoir démocratique face à l'Etat et au marché. L'Etat s'est donc vu attribuer un rôle de médiateur et de contrôle.

L'architecture de ce système vise aussi à assurer une meilleure adéquation entre les décisions de politiques sociales et les besoins des citoyens grâce aux organisations sociales qui assurent une plus grande proximité avec les réalités de terrain. La gestion paritaire limite également le risque d'inertie et d'isolement bureaucratique du système et permet une adaptation plus dynamique et réceptive à l'évolution mouvante de l'environnement et des réalités de soins [45].

L'avantage d'un tel système est qu'il permet également d'assurer une certaine stabilité dans le temps. En effet, dans les pays où le système de santé est intégralement géré par l'Etat, l'orientation de la politique de santé peut basculer rapidement au gré des changements politiques sans que les acteurs de terrain n'aient leur mot à dire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Assuralia 2016, OCDE 2017 – tableaux et calculs voir annexe PDF

[2] La moyenne européenne se situant à 9,4 % (2016). Suisse, Allemagne, Suède, France, Pays-Bas, Autriche, Grande-Bretagne, Irlande, Italie, Espagne, se situant entre 12 et 9 %.

[3] OCDE., Panorama de la santé, 2017, Assuralia 2016.

[4] Budget de la sécurité sociale SPF _ Sécurité sociale : https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/sespros-2015-fr_1.pdf.

[5] On entend par marchandisation le fait de considérer les soins de santé comme un "produit" sur un marché. Les bénéficiaires sont alors des consommateurs, qui choisissent librement le produit qui est le mieux pour eux. On entend par privatisation le transfert des responsabilités du secteur public vers des acteurs du secteur privé. Il est à noter que le "secteur privé" est vaste et couvre donc des réalités fort différentes. Entre une multinationale, un indépendant et une ASBL, le spectre est immense. On peut néanmoins tenter d'y voir plus clair en scindant ce secteur en deux : le secteur privé à but de lucre et celui qui poursuit une finalité sociale et n'est pas animé par la recherche du profit. Lorsqu'on parle de privatisation dans les soins de santé, il faut envisager deux éléments : l'offre des soins et leur financement. En Belgique, la privatisation de l'offre est instituée puisque la plupart des prestataires de soins hors hôpitaux (y compris maisons médicales) sont des "privés". On parle de privatisation du financement des soins lorsque ce dernier se fait uniquement ou majoritairement par le biais d'une implication financière du patient pour le financement de ses propres soins ou pour couvrir ses propres risques via une assurance privée.

[6] Assuralia, « Dépenses nationales dans les soins de santé », in Assurinfo, n°13, 12^{ème} édition, 6 avril 2017.

[7] On distingue entre autre les systèmes « bismarckiens » comme le nôtre de ceux dit « libéraux » ou « résiduels ». Le fondement de notre système est basé sur un principe de solidarité (chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins) et de concertation sociale (les acteurs comme les mutualités sont les garants de l'intérêt général des patients et de la socialisation du marché dans la régulation du système). Dans un système libéral, les citoyens de la classe moyenne sont encouragés à se protéger seuls face aux risques de santé via les assurances privées et les plus pauvres sont couverts un minimum par l'État via les politiques d'assistances.

[8] Dans le cadre du financement de la sécurité sociale, on distingue trois piliers, qui se différencient selon le type de solidarité qu'ils mettent en œuvre. Le premier pilier est celui du régime obligatoire, qui fonctionne sur la base des cotisations prélevées sur les revenus du travailleur salarié ou du travailleur indépendant et des subsides de l'État. Le deuxième pilier est facultatif. Il est constitué par les systèmes qui octroient des compléments de pension par exemple dans le cadre des entreprises ou dans certains secteurs. Le troisième pilier, également facultatif, ne fait pas partie de la sécurité sociale au sens strict car il est constitué par l'effort consenti individuellement

par les personnes qui souscrivent volontairement auprès d'une banque ou d'une compagnie d'assurance des assurances facultatives..

[9] Conrath A, Avalosse H, Regueras N, van Cutsem P, Callens M. 2014. Frais d'administration des organismes assureurs. MC-Informations. 257 : 12-16.

[10] 2015 OECD Health Statistics et banque mondiale <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.PP.CD>

[11] Solidarisis direction marketing, rapport d'enquête : Report et renoncement à des soins de santé et des médicaments prescrits suite à des difficultés financières, 2014 (dossier UNMS interne).

[12] Ibidem

[13] ISP-WIV- Enquête de santé des belges- 2013.

[14] Ibidem

[15] Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017. Assuralia 2016.

[16] https://www.rtbef.be/info/belgique/detail_sante-consulter-des-specialistes-va-souvent-couter-plus-cher-en-2015?id=8412122

[17] Comité de l'Assurance-Note CSS 2014-223. Budget 2015. Assurance soins de santé.

[18] « out-of-pocket » est la somme déboursée par les patients sans intervention des assurances publiques et privées.

[19] <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr#>

[20] Le ticket modérateur est la somme prise en charge par le patient pour ses soins alors que le tiers payant est la somme prise en charge par l'organisme assureur.

[21] Le système du MAF fixe un plafond annuel de tickets modérateurs à charge d'un ménage. Dès que ce plafond est dépassé, les membres du ménage MAF se voient rembourser leur quote-part personnelle légale pour les soins de santé dont ils bénéficient durant le reste de l'année civile. Cette disposition ne vise pas les suppléments d'honoraires. Pour bénéficier du MAF, différents critères liés au statut, au niveau de revenu, à l'âge ou à la consommation médicale existent. Soulignons que ce système est plus proche des politiques d'assistance que d'assurance sociale.

[22] Jean-Marc Laasman, Leila Maron et Jérôme Vrancken « Le tiers-payant social: pour quel accès aux soins? », in Service études Solidarisis, avril 2012; « L'intervention majorée: pour qui? Pour quelle accessibilité aux soins de santé? », in Service études Solidarisis, avril 2014. « Regulating Patient's Access To Health Care », International Journal of Public Health Care Management and Economics (Volume 1, Issue 2; 2011)

[23] KCE, « Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », in KCE Reports 85B, 2008, pp.162.

[24] Par exemple, Starfield B. Shi Leivu, Macinko J., Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, 2005.

[25] IMA-AIM, « Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België : een update », 7/12/17; Boutsen M., Laasman J-M, Manon L., Pirson A-F, « Les maisons médicales “à la loupe” », in UNMS, oct. 2017; Audit KPMG-2018.

[26] Ibidem

[27] Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2008, « Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », KCE Reports 85B, p.162

[28] IMA-AIM, « Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België : een update », 7/12/17

[29] AIM, « Etude sur les suppléments d'honoraires » in Medico-Mut, 22 mai 2017

[30] AIM, « Etude sur les suppléments d'honoraires » op cit.

[31] Solidaris, baromètre coûts hospitaliers, 2016

[32] P. van Cutsem - Budget 2015 : négociation sociale atypique et révision du cadre budgétaire, MC Informations N°259-, Mars 2015 ; P. van Cutsem - Budget fédéral des soins de santé 2016- MC informations N°263, Mars 2016 ; P. van Cutsem - Budget fédéral 2017 des Soins de santé- MC informations N°267, 7 Mars 2016

[33] Soit la somme des économies cumulées au cours des 5 années de la législature pour respecter une trajectoire où les dépenses ne tiendraient pas compte des mesures prises par le gouvernement (économies, blocage structurel ou dépenses/remboursements liés à l'article 81).

[34] A cela, 224 millions € d'économies hors objectif budgétaire doivent également être gardés en perspective. Soit au total, 1,7 milliards € d'économies nettes à l'horizon 2019. Pour déterminer la contribution de l'Assurance soins de santé à l'assainissement budgétaire, il faut ajouter la marge entre la norme à 3% qui avait été fixée par le gouvernement précédent et les dépenses à politique constante, soit 1 milliard €. On arrive donc à une contribution de l'assurance soins de santé à l'assainissement budgétaire de 2,8 milliards € sur la législature. Source: calcul des services études des mutualités chrétiennes et mutualités socialistes sur base de l'ensemble des documents budgétaires officiels récents.

[35] Les théoriciens des systèmes de protection sociale distinguent la sécurité sociale de l'assistance sociale qui toutes deux procèdent d'une histoire et d'une logique différentes. La sécurité sociale représente un mécanisme d'assurance face aux risques sociaux qui, dans les systèmes bismarckiens est financée solidairement et s'adresse à tous en fonction des besoins. L'assistance sociale représente le filet de sécurité de dernier recours, octroyé aux personnes dont les ressources sont insuffisantes, financée par les impôts et versée par les collectivités publiques sans contrepartie de cotisation.

[36] P. van Cutsem - Budget 2015 : négociation sociale atypique et révision du cadre budgétaire, MC- Informations N°259-, Mars 2015 ; P. van Cutsem - Budget fédéral des soins de santé 2016- MC informations N°263, Mars 2016 ; P. van Cutsem - Budget fédéral 2017 des Soins de santé- MC informations N°267, 7 Mars 2016

[37] Repris de Cours des Comptes (2006), p 28, point 53.

[38] Idem.

[39] Dans ce système le financement se fait largement par des cotisations proportionnelles au salaire. De même , les allocations octroyées sont proportionnelles à la rémunération perdue. Ce système génère une solidarité verticale et horizontale forte entre actifs et inactifs, malades et bien portants, hauts revenus et faibles revenus... Egalement, dans ce système une distinction nette est faite entre la sécurité sociale et l'assistance sociale. Cette dernière devant être en situation résiduaire.

[40] Les théoriciens des systèmes de protection sociale distingue la sécurité sociale de l'assistance sociale qui toutes deux procèdent d'une histoire et d'une logique différentes. La sécurité sociale représente un mécanisme d'assurance face aux risques sociaux qui, dans les systèmes bismarckiens est financé solidairement et s'adresse à tous en fonction des besoins. L'assistance sociale représente le filet de sécurité de dernier recours, octroyé aux personnes dont les ressources sont insuffisantes, financée par les impôts et versée par les collectivités publiques sans contrepartie de cotisation.

[41] Le financement se fait largement par des cotisations proportionnelles au salaire. De même, les allocations octroyées sont proportionnelles à la rémunération perdue. Ce système génère une solidarité forte, verticale et horizontale entre actifs et inactifs, malades et bien portants,.... Egalement, dans ce système une distinction nette est faite entre la sécurité sociale et l'assistance sociale. Cette dernière devant être une situation résiduaire.

[42] Itinera, 2013/06 (18.02.2013) Le financement des soins de santé en Belgique

[43] Loi du 25 avril 1963 relative à la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

[44] H. Deleeck, « De architectuur van de welvaartstaat opnieuw bekeken », in Acco, 2003., p 440

[45] H. Fuss , La genèse clandestine de la sécurité sociale en Belgique, 1958.