

Repenser le financement du système de santé

France Defrenne,
chargée de projets pour
le programme Education
permanente de la Fédération
des maisons médicales.

Les précédents articles se situaient jusqu'ici à un niveau global. Rétrécissons à présent le champ pour regarder ce qui se passe en Belgique. Dans l'option d'assurer le chemin vers la couverture sanitaire universelle dans notre pays, il paraît opportun, dans un contexte de crises plurielles, de repenser les modes de financement de notre système de santé.

En Belgique, la plus grande partie de dépenses de soins de santé est payée actuellement par les mutualités et l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité), c'est-à-dire par l'assurance maladie. Mais l'État fédéral et les entités fédérées dépensent également de l'argent pour les soins de santé (médecine scolaire, prévention...). Le patient paie une part importante des soins de santé de sa poche : le ticket modérateur, suppléments¹, médicaments et dispositifs non remboursés ainsi que des primes pour des assurances complémentaires (qui permettent une couverture partielle pour les frais d'hospitalisation, les visites chez le médecin, le spécialiste et les frais de traitement notamment).

Si chez nous, à l'origine, le système de santé était bismarkien, c'est-à-dire alimenté par le prélèvement de cotisations chez les travailleurs constituant les seuls assurés, la couverture a été étendue un peu plus tard, fin des années '60, aux familles, aux chômeurs, aux enfants... Le système a évolué vers un modèle mixte, bismarkien (pour deux-tiers) et beveridgien, basé sur l'impôt (pour le tiers restant) : voir l'encart *Systèmes de santé en Europe*, page 35.

Le modèle bismarkien et le modèle beveridgien reconnaissent le rôle de la solidarité sociale avec des

1. En février 2016, le magazine *Question à la une ?* consacrait la première partie de son émission aux pratiques des soignants en matière de coût des soins. Il faisait le constat que plus le patient était aisé financièrement, mieux il était traité. En effet, certains médecins spécialisés au sein des hôpitaux font par exemple payer un tarif double aux patients qui veulent être soignés plus vite. Et encore que des médecins refusent d'opérer des malades qui choisissent une chambre double, bien moins rémunératrice que la chambre particulière.
http://www.rtb.be/auvio/detail_questions-a-la-une?id=2084517

modes de financement différents des soins de santé. Cependant, nous dit Amit Sengupta coordinateur global associé du Mouvement populaire pour la santé notamment, la raison première de l'émergence de ces programmes en Europe est la recherche de stabilisation du revenu et la protection contre la perte de salaire en cas de maladie, bien plus que le paiement des dépenses médicales qui n'arrivera que plus tard. Les programmes sont à l'origine conçus comme un moyen de maintenir les revenus et d'acheter l'allégeance politique des travailleurs ». Pour lui, « ils ont été construits autour de contradictions fondamentales. [...] entre le caractère solidaire du financement et l'appropriation privée des fonds de la collectivité par les prestataires de soins, y compris les industries [...] compagnies pharmaceutiques et fabricants d'équipements). Mais aussi, entre les intérêts des individus et de la société tout entière dans un système de soins sûr, efficace et bon marché d'un côté, et de l'autre les intérêts des prestataires privés et des fabricants pour la vente toujours croissante de produits [...] » [A p.13-14].

Tous les citoyens belges sont couverts. En partie. En effet, couverture de tous ne signifie pas couverture totale. La couverture varie selon le statut (bénéficiaire de l'intervention majorée, assuré ordinaire...). Souvenons-nous que la troisième dimension de la couverture sanitaire universelle indique que pour assurer l'accessibilité financière à tous, elle doit être la plus étendue possible (voir l'article page 16). Notre pays semble être sur cette voie. Aujourd'hui, même pour les non assurés, des systèmes sont mis en place, notamment l'aide médicale urgente, même si leur accès reste difficile vu les méandres administratifs (voir l'article page 75). D'autres mécanismes existent (voir l'article page 43).

Des modèles du passé ?

De l'avis de Benoît Mathivet (interview *Santé conjuguee*, avril 2016), spécialiste en politique de financement de la santé au siège de l'Organisation mondiale de la santé. « Pour lui, le statut de la personne, le statut d'employé, ne devrait pas avoir d'impact sur la couverture contre le risque financier lié à la maladie. Ce qui est important, c'est d'avoir l'assurance qu'on va être couvert lorsque l'on tombe malade, et cela transcende la source de financement pourvu qu'elle soit publique et prépayée (c'est-à-dire sans paiement au moment de la matérialisation de risque). Le contexte de l'apparition des deux modèles (sortie de guerre) relève du passé. Avec la couverture sanitaire universelle, on part du principe que la santé est un droit.

Quelle que soit la source, les contributions des personnes, qu'elles soient salariales ou par un système de taxation générale, cela importe peu. On sort de la distinction. On en parle plus vraiment en ces termes. D'ailleurs, de manière générale, la plupart des systèmes ont évolué vers un mixte de ces sources ».

Ces modèles sont une réponse à un contexte d'après-guerre. Le contexte actuel est tout autre, ce qui nous invite à repenser les modèles.

Chez nous, tout va bien alors ?

Avec la récente réforme de l'Etat (la 6^{ème}) et le transfert de compétences vers les régions, les impôts deviennent une prérogative des entités fédérées, quant à la perception des cotisations liées au travail, cela reste du ressort de l'Etat fédéral. Cette répartition n'est-elle pas un frein vers la couverture sanitaire universelle ? Un genre de système à plusieurs vitesses : entre entités fédérées et Etat fédéral positionnés différemment politiquement d'une part ; entre entités fédérées, avec chacune des enjeux communautaires différents d'autre part, avec une alimentation des caisses de l'impôt qui dépendra du contexte, du type de population, de l'état des finances de la région, des communes, de la localisation... avec une probable répercussion sur les politiques de santé et la couverture des soins, créant ainsi des inégalités de traitement entre les personnes sur un même territoire national.

Lors d'une interview², Yves Hellendorff, permanent national à la Centrale nationale des employés, nous disait : « il y a 15 ans, nous étions proches de la couverture sanitaire universelle. Aujourd'hui, on s'en éloigne. On a déplacé le niveau de solidarité avec la réforme de l'Etat alors que la solidarité est la plus efficace lorsqu'elle est la plus large ».

Ce qui se passe chez nous ne va pas dans ce sens. Et le risque, ce sera une incapacité de prise en charge. En effet, le choix fait au niveau fédéral de réduire les moyens alloués aux soins de santé pour résoudre l'accroissement des dépenses va dans ce sens. 110 millions de dépenses dues notamment à un dérapage dans le secteur des médicaments³. En avril 2016⁴, le gouvernement fédéral prévoit pour l'ajustement budgétaire une série de mesures d'économies dans le domaine des soins de santé et de l'invalidité avec un gain prévu de 50 millions d'euro mais aussi des économies de 170 millions dans le secteur des médicaments.

L'institut Itinera⁵ publiait en 2014 une analyse sur la politique de santé en Belgique et soulignait que « la quote-part que le patient doit payer de sa poche est montée à 20 %, alors qu'aux Pays-Bas elle n'est que de 6 %, [que cette] situation entraîne un creusement du fossé entre riches et pauvres, et [que] près de quatre fois plus de consultations médicales sont reportées pour raisons financières, entre les hauts (4 %) et les bas (27 %) revenus. »

Se dirige-t-on en Belgique vers plus de paiements directs de la part des patients ? Dans son dossier de campagne⁶ sur le droit à la santé, le Centre national de coopération au développement (CNCD) soutient qu'en effet, petit à petit, l'Europe va à l'encontre des recommandations internationales en la matière. Sous prétexte d'austérité imposée, de nombreux pays sont en train de détricoter leur système de financement solidaire du secteur de la santé et, ainsi augmentent la pression financière sur le patient.

2. Interview par *Santé conjuguee* en janvier 2015.

3. Dossier de campagne du Centre national de coopération au développement, *la santé, une marchandise ? Les dangers d'une commercialisation des soins*, p.25 (Zoom : fixation du prix des médicaments et remboursement), avril 2016.

4. *Le soir* du 11 avril 2016, « la suédoise avance ses pions pour l'ajustement 2016 ».

5. http://www.itinerainstitute.org/sites/default/files/articles/pdf/communication_soins_de_sante_fr.pdf

6. Etude du Centre national de coopération au développement, p.37.

Quelles pistes pour l'avenir ?

Pour Yves Hellendorff, on pourrait « imaginer des financements alternatifs pour alimenter la sécurité sociale, pas nécessairement en lien avec la santé : de nouvelles taxes, des taxes sur les transactions financières, sur les fortunes et les dispositifs financiers ». Taxes aussi sur les émissions de gaz carbonique comme l'ajoute Remco van de Pas⁷, de l'Institut de médecine tropicale, qui insiste également sur le fait que « la non taxation des richesses privées empêche de nombreux pays de financer un système public fort pour atteindre ou maintenir une vraie couverture sanitaire universelle » et que « ce n'est pas seulement le problème des pays pauvres. La question fiscale est étroitement liée à celle des progrès en matière de couverture sanitaire universelle ». Elle est en effet liée à la capacité des États d'assurer leurs responsabilités vis-à-vis de la population, même si ce n'est pas le seul élément constituant d'un pouvoir public fort. Pouvoir public fort comme condition nécessaire (et pourtant pas suffisante) à la mise en place de partenariats public-privé garantissant, comme le souligne Benoît Mathivet (pour autant que soit validée l'hypothèse idéologique selon laquelle les partenariats public-privé seraient incontournables), un juste équilibre : « le financement du système de santé doit être de manière prépondérante public si l'on veut aller vers la couverture sanitaire universelle » (voir l'article page 23).

Les nouvelles taxes évoquées par Yves Hellendorf pourraient d'ailleurs en partie n'être que la concrétisation d'une logique d'internalisation⁸ des coûts pour la santé selon le principe pollueur-payeur. Or, de nos jours, la logique de responsabilisation individuelle

7. *Fiscalité et politique, deux ingrédients clés pour une couverture santé universelle*, Remco van de Pas, Wemos (Amsterdam) <http://e.itg.be/ihp/archives/political-context-universal-health-coverage/>

8. L'internalisation correspond au fait de prendre en compte, au sein des charges d'une entreprise, les coûts causés à l'extérieur par les activités de celle-ci [ou « externalités négatives »]. Il peut par exemple être question des frais liés aux nuisances écologiques. Le principe pollueur-payeur a été adopté par l'Organisation de coopération et de développement économiques en 1972 et fait partie, avec le principe de précaution, de prévention et de correction de la pollution, des principes fondamentaux de l'Acte unique européenne de 1987 pour fonder juridiquement la politique de l'environnement de l'Union (http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/fr/FTU_5.4.1.pdf).

menace toujours plus les valeurs de solidarité et de justice sociale. Ainsi, dans l'enquête menée auprès des citoyens pour les 50 ans de l'INAMI⁹, on peut lire un intérêt de la population pour une différenciation des cotisations en fonction du style de vie (par exemple, 25 % des répondants estimaient que les non-fumeurs devraient cotiser moins que les fumeurs), une approche qui tend à nier les inégalités sociales et leurs impacts sur le style de vie, et par là-même tend à les renforcer fortement. A contrario, il est possible de s'attaquer à la source, par une taxation adéquate qui fasse contribuer aux dépenses de santé publique ceux qui engrangent les plantureux bénéfiques liés aux activités polluantes ou toxiques. De même, il est également possible de réduire les coûts en amont par une application des principes de précaution et de prévention. Pourtant, dernièrement encore, l'Europe a donné l'exemple inverse, en choisissant, suite au scandale Volkswagen, de revoir les normes d'émission de certains polluants à la hausse pour quelques années pour s'adapter au marché, alors que les effets néfastes en termes de santé publique sont bels et bien connus. De la même manière, la prolongation de l'autorisation de vente sur le marché européen du glyphosate, désormais reconnu par l'Organisation mondiale de la santé comme substance potentiellement cancérogène montre le pouvoir des lobbies en matière de « mitage » de la santé bien en amont des soins. Ces mesures ne seront donc possibles que si l'on s'applique à réduire la puissance d'influence des lobbies des multinationales.

Ce n'est en tout cas pas avec le taxshift fiscal que nous allons vers une nouvelle manière d'alimenter les caisses de la sécurité sociale. Récemment mis en application par notre gouvernement, ce système fait glisser la taxation du travail vers la taxation de produits de consommation dont l'objectif annoncé est la création et l'augmentation du pouvoir d'achat. En réalité, l'idée est surtout de relancer la croissance et de servir encore mieux le système capitaliste. On vide et on décentralise. On réduit les cotisations sociales mais les dépenses augmentent. Et pour que cela paraissent cohérent, on les a rebaptisées « charges sociales » ; elles semblent ainsi être devenue un poids (comme le sont dans cette optique « les plus vulnérables ») et non plus un instrument de la solidarité.

9. <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/50years/Pages/50-ans-enquete-population.aspx#.V0MYc01JlXI>

Les systèmes « bismarckiens »

Allemagne, Belgique, Autriche, France, pays d'Europe centrale

Ce système, basé sur le principe de l'assurance, est lié au travail et financé par des cotisations sociales financées à la fois par les salariés et les employeurs. Au fil des années cependant, entre l'évolution des taux de chômage et la volonté d'égalité devant l'accès aux soins, les systèmes dits bismarckiens ont évolué vers une plus grande intervention de l'Etat, où les frais des soins sont généralement pris en charge par les caisses d'assurance maladie dont la gestion peut être centralisée (France) ou régionalisée (Allemagne).

L'offre de soins y est en général à la fois publique et privée. Le modèle bismarckien accorde le plus souvent le droit aux patients de choisir leur médecin et garantit le statut de la médecine libérale.

Les systèmes « beveridgiens »

Angleterre, Danemark, Finlande, Suède, Irlande

Le modèle de Beveridge assure le principe de la gratuité des soins étendue à l'ensemble de la population dans le but de garantir une couverture universelle de maladie. La couverture du risque maladie est attachée à un critère de résidence sur le territoire national et non pas au travail comme dans le système bismarckien. Le financement de système, où l'Etat est prédominant, est assuré par l'impôt.

L'organisation des structures de santé se caractérise par un système national, dans lequel les hôpitaux appartiennent aux collectivités publiques et les médecins hospitaliers ont un statut de salariés. Les médecins généralistes sont soit sous contrat avec le *National Health Service* britannique, soit employés directement par des centres de santé locaux (Suède, Finlande).

Les systèmes mixtes d'assurance maladie

Espagne, Italie, Portugal, Grèce

Certains pays européens du Sud peuvent difficilement être classés dans une catégorie ou l'autre puisqu'ils ont des caractéristiques qui relèvent des deux modèles. En voulant uniformiser leur système national de santé pour le fonder sur un principe de couverture universelle des soins, ces pays, pénalisés par un retard économique sur l'Europe du Nord, ont dû pallier de nombreuses difficultés qui engendraient une inégalité face aux soins. Dans les années 80, ils ont dû faire face à une récession économique et ont vu leur financement public diminuer. La mise en place de ces systèmes hybrides complexes (à la fois étatiques et régionalisés) s'est donc effectuée dans la douleur.

Les vagues d'élargissement des années 2000 ont vu rentrer dans l'Union européenne des pays issus de l'ex-bloc soviétique (Lettonie, Lituanie, République tchèque, Pologne, Hongrie...) historiquement dotés de systèmes hyper centralisés des régimes communistes. Ces pays ont jeté ces systèmes aux oubliettes et fait de la santé l'une de leur priorité en matière de politique publique, la considérant comme un facteur essentiel de progrès social. Ils se sont principalement inspirés du modèle de leur voisin allemand avec la création de caisses, plus ou moins autonomes, et ils ont tous plus ou moins privatisé l'un des maillons de la chaîne du secteur de la santé.

Extraits de *Les systèmes de santé en Europe*, sur www.vivre-ensemble.be, avril 2010.

Pour l'épidémiologiste anglais Richard Wilkinson¹⁰, la réduction des inégalités repose elle aussi sur une adaptation de la fiscalité : « Les impôts permettent de répondre rapidement au problème. Il faudrait un accord international pour régir les impôts des plus riches et éviter l'évasion fiscale. Mais augmenter les impôts est politiquement délicat et il serait plus fondamental de réduire les écarts de revenus avant qu'ils ne soient taxés. Je pense que la culture du bonus et de l'évasion fiscale est le reflet d'une défaillance des contraintes démocratiques. Ces gens font ce qu'ils veulent quand ils veulent. Nous devons lutter contre ces attitudes en étendant les mécanismes démocratiques dans la sphère économique ».

En 2013, dans son plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle (voir l'article page 23), l'Organisation mondiale pour la santé recommande aux organisations de la société civile de participer au débat sur la politique fiscale globale pour augmenter le budget de la santé publique, de s'opposer à des financements reposant sur les paiements directs, de préconiser des stratégies qui incluent dès le départ les populations pauvres et vulnérables ou encore d'être vigilantes à l'égard des allocations de fonds qui bénéficient de manière disproportionnée aux soins hospitaliers tertiaires, aux dépens d'un investissement dans les services de soins de santé primaires locaux, ou qui bénéficient de manière disproportionnée aux traitements, aux dépens de la prévention et de la promotion.

Veiller à ce que les groupes vulnérables (femmes, enfants, personnes âgées¹¹...) qui ont le plus grand besoin de soins reçoivent une part équitable des prestations et ne contribuent pas à celles-ci de manière disproportionnée. Obliger les parties prenantes puissantes à rendre compte de leurs actes est l'un des mécanismes les plus efficaces pour veiller à ce que les réformes pro-

posées et / ou mises en œuvre au nom de la couverture sanitaire universelle soient véritablement universelles.

Réduire les dépenses de santé n'est probablement pas la solution. Ce qu'il faut, c'est faire des économies pour dégager des ressources pour mieux financer des services de qualité et pour le plus grand nombre. Améliorer l'efficacité notamment nous dit l'Organisation mondiale de la santé dans son plaidoyer (au niveau des prestations, des ressources humaines, de la gouvernance...).

La voie vers la couverture sanitaire universelle, nous dit encore l'Organisation mondiale de la santé, passe par un financement qui doit être efficace (au niveau du mécanisme de collecte), efficient (voir plus haut) et équitable (avec un mécanisme de contribution obligatoire).

Parmi les pistes pour améliorer la situation et assurer une accessibilité plus grande aux services de santé, le permanent CNE propose « le tiers payant pour certains, la gratuité pour d'autres catégories de personnes ».

Une autre piste évoquée par Yves Hellendorff résiderait dans « l'obligation d'ouverture à un certain nombre de patient sans couverture sociale dans les hôpitaux comme conditions de financement de l'Etat. Pénaliser les hôpitaux qui excluent ! ». Définir des quotas de prise en charge minimale des personnes « hors systèmes ».

La couverture sanitaire universelle n'est pas unique, elle doit s'élaborer et se décliner en fonction du contexte social, économique et politique de chaque pays. Cela ne veut pas dire que l'on ne peut pas s'inspirer de ce qui existe. En restant prudent cependant nous indique Benoît Mathivet, avant de répliquer un modèle¹², « il faut être sûr qu'on en a compris sa structure et s'assurer une période d'adaptation. Il n'y a pas de recette miracle. Les mesures prises doivent être adaptées au contexte local ».

Une vision à long terme est essentielle. Et comme le dit encore Remco van de Pas, « si nous sommes tous d'accord pour que la couverture universelle santé soit à l'agenda post 2015, nous devrions être prêts à nous engager vraiment dans la bataille politique et idéologique qui suivra » (voir les articles en pages 20 et 23).

10. <http://rue89.nouvelobs.com/2013/10/20/richard-wilkinson-les-inegalites-nuisent-a-tous-y-compris-plus-aises-246731>.

11. Lire notre dossier « Devenir Regards sur le vieillissement » paru dans *Santé conjuguee* n°72-2015. Et plus particulièrement « Vieillissement : un poids pour le système de santé ? » de Marianne Prévost.

12. Il existe des exemples dans le contexte africain. Benoît Mathivet abordait celui du financement communautaire de la santé au Rwanda répliqué ailleurs en Afrique avec des échecs car mal compris et pas adapté.

Le Niger en route vers une nouvelle politique santé

Au Niger, le gouvernement s'est engagé sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Le ministère de la Santé publique a créé un comité technique en charge de réfléchir à la couverture santé universelle, de définir un modèle et d'élaborer les textes législatifs nécessaires pour sa mise en œuvre. L'objectif : améliorer l'offre de soins (renforcer les infrastructures et équipements, les compétences et les ressources humaines et la disponibilité des médicaments) ; développer un système de protection contre le risque de maladie pour les populations vulnérables par le biais d'un fonds de solidarité et promouvoir des mutuelles santé organisées sur une base communale pour les travailleurs du secteur informel et du monde rural ; améliorer le financement et la gouvernance de la santé.

Mais le chemin est long à parcourir. La gratuité des soins avait été introduite au Niger en 2006 pour les enfants de 0 à 5 ans, les césariennes, la planification familiale, les consultations prénatales et les cancers gynécologiques. Ces mesures ont donné de bons résultats. Aujourd'hui, 90 % des femmes bénéficient de consultations prénatales, contre 38 % il y a quelques années. On note aussi des progrès en termes d'infrastructures, de distribution de médicaments et de ressources humaines. Malgré ces avancées notoires, l'offre de soins reste insuffisante et les budgets de l'État alloués à la santé demeurent en deçà des engagements régionaux et internationaux (6,8 % en 2014).

Source : Note technique de la proposition d'architecture CUS/N, synthèse des travaux de l'atelier de Sai Dore, novembre 2013 ; le site web de l'Universal Health Coverage Partnership : <http://uhcpartnership.net/fr/country-profile/niger-4/> ; <https://www.oxfamfrance.org/actualites/areva-niger-acces-sante/gratuite-des-soins-sante-au-niger-experience-reussie-mais-menacee>

« Les questions de financement sont donc centrales aux perspectives et aux choix qui orientent les différents « chemins » vers l'universalisation de la couverture en santé : financement de l'offre, financements solidaires de la couverture des risques, financement propre des ménages pauvres »¹³.

Pour la Fédération des maisons médicales, l'enjeu est de préserver une sécurité sociale unifiée et solidaire qui respecte pleinement le principe d'équité : chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins. Une sécurité sociale coupée en deux ne respecte pas ce principe. Les riches risquent de payer plus ou moins que leurs moyens en fonction de leur besoin ce qui ne respecte pas la séparation complète entre ce qu'on paye (lié aux moyens) et ce qu'on reçoit (lié aux besoins) qui est la caractéristique même du principe d'équité.

Une nouvelle fenêtre d'opportunité vers des systèmes de santé plus équitables souligne le Centre national de coopération au développement dans son dossier de campagne consiste en l'intégration de l'objectif de couverture sanitaire universelle dans les objectifs des Nations-Unies pour 2030, les objectifs de développement durable¹⁴. Ils préconisent la mobilisation de ressources publiques supplémentaires comme levier facilitant l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables. Mais également, avec un engagement fort des acteurs (société civile...), garants d'équité, pour assurer que tout financement supplémentaire soit collecté et distribué dans un souci d'équité, indispensable pour atteindre le changement. ■

Référence

Sengupta Amit, *Couverture sanitaire universelle : Par delà la rhétorique*. Occasional paper n°20 – novembre 2013. Municipal Services Projets.

En ligne : <http://municipalservicesproject.org>
(pour la version web, mettre le lien direct : http://municipal-servicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/OccasionalPaper20_Sengupta_Couverture_Sanitaire_Universelle_Par_dela_la_rhetorique_Nov2013.pdf)

13. Margot Nauleau et al., « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé, *Revue Tiers Monde*, 2013/3 (n°215), juillet-septembre 2013, p.143.

14. Objectifs de développement durable qui remplace les objectifs du millénaire, dans une vision globale, comme la santé globale. Voir l'article page 16.