

Budget soins de santé

Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ?

Louise Lambert (Service d'études)

Résumé

Le budget des soins de santé au niveau fédéral représente une enveloppe de 26,4 milliards en 2019. Branche de la sécurité sociale, il est cogéré par les partenaires sociaux, les mutualités, les prestataires de soins et le gouvernement, dans un système basé sur le principe de la concertation sociale. Exercice annuel, l'établissement du budget des soins de santé traduit les grandes orientations des politiques menées et la vision défendue pour notre système de santé.

Dans cet article, nous synthétisons les principales tendances observées dans le budget des soins de santé ces 15 dernières années en nous attardant davantage sur la dernière législature. Nous explicitons les deux lignes de forces majeures des choix politiques pris : premièrement, l'évolution du budget (section 1) marqué par un affaiblissement de sa croissance (section 1.1), de fortes mesures d'économie à partir de 2012 (section 1.2) et une privatisation accrue des soins (section 1.3). Deuxièmement, l'affaiblissement des acteurs sociaux et du modèle de concertation au profit du gouvernement et des arbitrages politiques à partir de 2015 (section 2) avec l'imposition d'un cadre budgétaire et réglementaire de plus en plus serré (section 2.1) et l'influence de plus en plus forte du gouvernement sur le processus d'élaboration du budget (section 2.2). Enfin, ce sont aussi des questions d'organisation et de fonctionnement des soins de santé qui vont déterminer la qualité et l'accessibilité de notre système de santé. Dans la section 3, nous détaillons certaines caractéristiques du budget des soins de santé qui entravent la mise en œuvre d'une bonne politique de santé (section 3.1) et nous revenons sur l'organisation de deux secteurs clés : les hôpitaux et les médicaments (section 3.2).

Mots-clés : *budget, soins de santé, économies, nouvelles initiatives, privatisation, concertation sociale, gouvernance, sécurité sociale.*

1. Introduction

En Belgique, les soins de santé sont un secteur particulièrement important de notre économie. Les dépenses totales de santé, équivalentes à 45,4 milliards en 2017, représentent un peu plus de 10,3% du produit intérieur brut (PIB). Cela situe la Belgique dans la moyenne européenne¹.

Une grande partie de ces dépenses repose sur le financement public (76%). Les soins de santé représentent 33% de l'ensemble des dépenses de notre sécurité sociale². Cette dernière s'est consolidée après la seconde guerre mondiale avec pour objectifs d'assurer la paix sociale, de protéger les travailleurs et de mieux répartir la valeur ajoutée créée dans notre économie. Garantie par l'Etat social, elle est bâtie sur un principe fondamental de solidarité : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. La redistribution des richesses se fait donc en amont (au niveau du financement via les cotisations sociales et autres impôts) tandis que les individus bénéficient de la même couverture en aval. Ce premier pilier du financement vise à offrir à tous les belges des soins de qualité et accessibles. Il est cogéré par les partenaires sociaux (employeurs et travailleurs), les mutualités, les prestataires de soins et le gouvernement, dans un système institutionnalisé dit de gestion paritaire et basé sur le principe de la concertation.

Outre le financement public, 24 % du financement est supporté par le patient - 19% par des paiements directs et 5% en assurances complémentaires (tant de la part des mutualités que des compagnies

¹ Allemagne : 11,2%, France : 11,3% et Pays-Bas : 10,1%. Source : OCDE.

² Source : Comité de Gestion de la Sécurité Sociale - sécurité sociale des travailleurs salariés uniquement.

d'assurances privées). C'est plus que dans nos pays voisins (voir Tableau 1). Cela entraîne des problèmes de report de soins : l'Enquête de Santé (2018) révèle que 15% des ménages belges éprouvent de sérieuses difficultés à supporter les dépenses directes de santé (au niveau du quintile des revenus les plus faibles et les plus élevés, ce niveau s'élève respectivement à 28% et 6%). Les inégalités sociales de santé sont élevées en Belgique : l'écart entre les besoins en soins médicaux non satisfaits des plus pauvres et des plus riches est le plus important de tous les pays occidentaux de l'UE³.

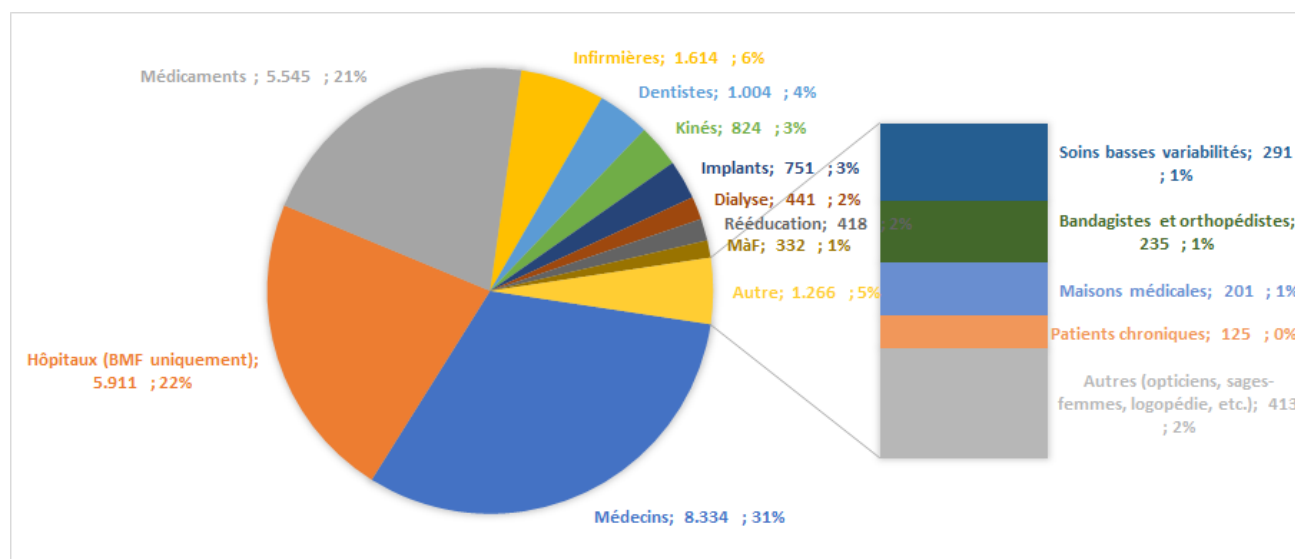
Tableau 1 : Chiffres-clés sur les dépenses de santé pour une sélection de pays de l'OCDE (2018), en pourcentage des dépenses de santé totales. Source : OCDE⁴.

	Belgique	France	Allemagne	Pays-Bas
Dépenses publiques de santé	75,8%	83,3%	84,5%	81,7%
Dépenses privées de santé	24,2%	16,3%	15,4%	17,9%
Paiements directs à charge des patients	19,1%	9,2%	12,5%	10,8%
Assurances complémentaires	5,1%	7,1%	2,9%	7,1%

2. Evolution du budget

Dans cet article, nous nous focalisons sur le budget fédéral des soins de santé qui représentait 26,4 milliards en 2019⁵. Les grands postes de ce budget sont les suivants : les honoraires et actes techniques des médecins (spécialistes et généralistes) pour 8,3 milliards, les hôpitaux pour 5,9 milliards et les médicaments pour 5,5 milliards (voir Figure 1).

Figure 1 : Les grands postes du budget fédéral des soins de santé, en millions (2019). Source : INAMI.



³ Commission européenne (2019) *Country Report Belgium 2019*. European Semester. Brussels.

⁴ Attention, la méthodologie de ces données est contestée. Voir à ce sujet, Calcoen, P. (2019) *Les dépenses privées en soins de santé. Le rôle des assurances santé privées*. Itinera Institute.

⁵ Suite à la sixième réforme de l'Etat, certaines compétences (aide au sevrage tabagique, aides à la mobilité, soins en maison de repos, soins dans certains centres de réhabilitation, prise en charge des soins psychiatriques, une partie du financement des hôpitaux) ont été transférées aux entités fédérées, représentant un montant d'un peu moins de 4 milliards en 2018.

2.1. Evolution de la norme de croissance et des dépenses

En Belgique, le mode de calcul du budget des soins de santé est fixé par la loi. Le budget d'une année équivaut à celui de l'année précédente auquel on rajoute la norme de croissance, la masse d'indexation et quelques dépenses spécifiques. Ce budget global ainsi déterminé constitue ce qu'il est permis de dépenser au cours d'une année.

La norme de croissance du budget des soins de santé est donc une donnée importante puisqu'elle détermine l'ampleur du budget qui peut être utilisé dans les soins de santé et les marges existantes pour financer de nouvelles initiatives. Celle-ci a évolué dans le temps, au fil des législatures (voir Tableau 2).

En 2005, le gouvernement Verhofstadt II décide d'augmenter la norme de croissance de 2,5% à 4,5%. C'est un élément phare et assumé de la coalition violette alors au pouvoir. Huit années plus tard, en 2013, le gouvernement Di Rupo décide de la ramener à 2 puis 3%. Cette première diminution n'a pas rencontré de fortes oppositions au sein des secteurs de soins. D'une part, la norme de croissance de 4,5% était particulièrement élevée par rapport à la croissance budgétaire des autres branches de la sécurité sociale et à la croissance du PIB, fortement affectées par la crise de 2008. D'autre part, une norme de croissance de 4,5% ne correspondait plus à l'évolution des besoins. En effet, le rythme de croissance des dépenses était inférieur à celle-ci, engendrant d'importants excédents dans le budget des soins de santé : on passe d'un excédent annuel de 148 millions en 2005 à un excédent d'1,8 milliard en 2011⁶. En 2011, les mutualités, les prestataires de soins, les partenaires sociaux et la Ministre Onkelinx vont jusqu'à décider de mettre à disposition de la sécurité sociale un milliard d'euros venant du budget des soins de santé afin de combler son déficit⁷.

En 2015, le gouvernement Michel décide d'abaisser la norme de croissance à 1,5%. La justification (scientifique ou politique) ayant motivé ce choix n'a pas été fournie par celui-ci. Or, ce chiffre a de quoi surprendre. En effet, selon le Bureau fédéral du Plan, « *les déterminants structurels endogènes des dépenses de soins de santé (prévalence des maladies chroniques, vieillissement de la population, facteurs socioéconomiques, évolution de la pratique médicale et progrès technologique médical) conduisent à une croissance moyenne de ces dépenses de 2,5% par an en termes réels [pour le budget fédéral des soins de santé], soit nettement au-dessus de la norme de 1,5%* »⁸. Puisque la norme de croissance n'est plus suffisante pour suivre l'évolution des besoins en soins, des économies et arbitrages deviennent nécessaires pour maintenir l'équilibre budgétaire (voir point 1.2).

En outre, la croissance réelle du budget autorisé pour les soins de santé fut généralement inférieure à la norme de croissance. Soit parce que le gouvernement décida de ne pas octroyer la totalité de la norme de croissance en bloquant une partie du budget des soins de santé. En effet, la norme de croissance constitue un "montant maximum" et la loi n'impose pas qu'il soit affecté dans son entièreté au financement des dépenses. Entre 2012 et 2019, le gouvernement a régulièrement imposé des mesures d'économie directement sur l'objectif budgétaire et, de ce fait, n'a pas octroyé la totalité de la norme. Entre 2017 et 2019, le gouvernement a également bloqué 341 millions qui n'ont pas pu être utilisés pour le financement des dépenses de santé (130, 142 et 69 millions respectivement en 2017, 2018 et 2019). Soit parce que l'indexation des soins de santé fut inférieure à l'indice santé. En 2015, le gouvernement décide d'abandonner l'indice santé comme outil d'indexation du budget des soins de santé. A partir de cette date, l'indexation se fait selon une estimation de la masse d'index évaluée secteur par secteur et non plus globalement. L'indexation dorénavant octroyée représente environ 60% de l'indexation accordée selon l'ancienne méthode de calcul.

A côté de la norme de croissance et de la croissance réelle du budget, il faut encore regarder un dernier indicateur pour bien comprendre les dynamiques qui affectent le budget des soins de santé : la croissance des dépenses, qui peut différer de celle du budget lorsqu'il y a « sous-consommation », c'est-à-dire lorsque l'entièreté du budget n'est pas dépensé. A partir de 2010, la croissance annuelle des dépenses s'est tassée. Si elle s'élevait à 4,1% (hors inflation) en moyenne sur la période 2000-2009, elle est tombée à 1,3% sur la période 2009-2019. Sous le gouvernement Michel, la croissance moyenne des dépenses devient inférieure à celle du PIB pour la première fois en 25 ans, signe d'un changement de paradigme dans la vision des soins de santé.

⁶ Gillis, O. (2014). Budget 2013. "Un budget qui invite à la modération », *MC-informations*, 251, p.8.

⁷ https://www.rtf.be/info/belgique/detail_la-securite-sociale-a-l-equilibre-en-2011?id=4856443 consulté le 15/06/2020.

⁸ Bureau Fédéral du Plan (2019) Perspectives économiques 2019-2024. Juin 2019. p.18.

D'un point de vue budgétaire, une plus faible croissance des dépenses de santé peut être considérée par certains comme une bonne nouvelle, mais cette dernière peut également indiquer un report de soins plus important dans certains secteurs de soins. La plupart des études en économie de la santé montre que les dépenses de santé diminuent proportionnellement plus que le pouvoir d'achat lorsque celui-ci décroît. La crise économique de 2008 et la stagnation des salaires⁹ qui lui a succédé sont autant d'éléments qui viennent peser sur le pouvoir d'achat et donc sur les dépenses de santé. La récente crise du COVID et ses conséquences socio-économiques laissent craindre un report similaire. En outre, la privatisation progressive des soins de santé (hausse des suppléments d'honoraires¹⁰, croissance des assurances privées, etc.) impacte l'accessibilité des soins de santé et peut aussi entraîner report de soins et baisse des dépenses (section 1.3). Enfin, l'accélération des mesures d'économie a également engendré un tassement des dépenses (voir section 1.2)¹¹.

Tableau 2 : Evolution de la norme de croissance, de la croissance de l'objectif budgétaire, des dépenses totales de santé et du PIB, en termes réels, par législature (IPC base = 2015). Source : INAMI, calculs propres.

Note : à partir de 2013, on enlève les recettes art.81 qui viennent gonfler artificiellement les dépenses et objectifs totaux. Pour la croissance réelle de l'objectif budgétaire, nous enlevons également le blocage structurel, les sous-utilisations structurelles et les montants réservés qui correspondent à des budgets qui ne pourront être utilisés.

Gouvernement	Ministre de la Santé	Années	Norme de croissance légale	Croissance réelle objectif budgétaire	Croissance réelle des dépenses	Moyenne croissance réelles des dépenses	Moyenne croissance PIB réel ¹²
		1996-2007	1,5% - 2,5% - 4,5%*	3,7%		3,6%	2,5%
Leterme I	Onkelinx	2008	4,5%	3,0%	5,0%	3,7%	0,8%
Van Rompuy		2009			6,9%		
Leterme II		2010			1,0%		
Leterme II		2011			1,9%		
Di Rupo		2012			0,9%		
Di Rupo		2013	2,0%	1,9%	1,6%	1,5%	0,9%
Di Rupo		2014	3,0%		2,0%		
Michel	De Block	2015	1,5%	1,0%	6 ^e réforme	1,0%	1,7%
Michel		2016			-0,5%		
Michel		2017			0,3%		
Michel		2018			1,0%		
Michel		2019			3,1%		

* La norme de croissance légale est de 1,5% entre 1996-2000, de 2,5% entre 2001-2004 et de 4,5% entre 2005 et 2007

⁹ En effet, les salaires stagnent depuis 2007. Voir à ce sujet : Lambert L., Van Cutsem, P., Sheikh Hassan, N. et El Otmani Y. (2019) « Le pouvoir d'achat en Belgique : une analyse par décile ». *Note d'éducation permanente de l'ASBL Fondation Travail-Université.*

¹⁰ Les suppléments ou dépassements d'honoraires sont des honoraires facturés par les prestataires de soin (médecin généraliste, spécialiste, kiné...) en supplément des tarifs fixés par l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité).

¹¹ Enfin, il faut également mentionné que le taux de croissance plus faible à partir de 2015 peut en partie s'expliquer par la 6^{ème} réforme de l'Etat qui a transféré le budget alloué aux maisons de repos aux entités fédérées (2,8 milliards en 2014). Or, c'est un budget qui était en forte croissance entre 2000 et 2014 (en moyenne, +7% hors inflation annuellement entre 2000 et 2014). Ce budget a évolué beaucoup moins rapidement dans les entités fédérées (+1,1% en moyenne entre 2015-2018).

¹² Source : OCDE.

2.2. Economies & nouvelles initiatives dans les soins de santé

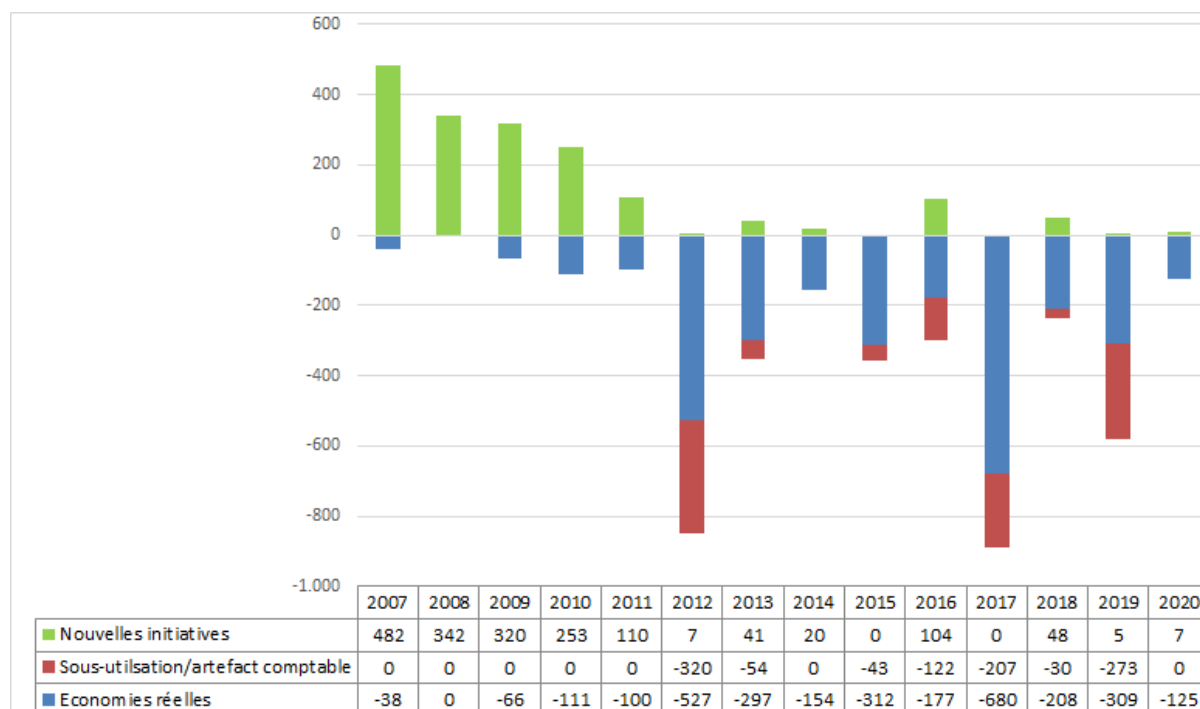
Chaque année, l'objectif budgétaire est comparé aux estimations techniques de l'INAMI (estimations des dépenses sur base du passé) et aux mesures d'économie déjà actées par le gouvernement lors du conclave budgétaire de l'été. Si le solde est négatif, des mesures d'économie supplémentaires vont devoir être prises pour le ramener à zéro (voir Tableau 3). On se garde toutefois la possibilité de prendre de nouvelles initiatives, financées alors via une réallocation des moyens au sein de l'objectif budgétaire.

Tableau 3 : Exemple de calcul pour déterminer l'excédent ou le déficit structurel à compenser.

Objectif budgétaire 2020 (= objectif budgétaire 2019 + norme de croissance réelle de 1,5% + indexation + quelques dépenses spécifiques)
- Mesures d'économie décidées lors du conclave budgétaire
- Estimations techniques 2020 (dépenses)
= solde (si positif, marges pour de nouvelles initiatives ; si négatif, économies nécessaires)

Avec une norme de croissance de 4,5%, les années 2007-2011 ont vu relativement peu de mesures d'économie être prises dans les soins de santé et, bien qu'en diminution progressive, le financement de nouvelles initiatives restait assez élevé (voir Figure 2).

Figure 2 : Financement de nouvelles initiatives et montants des économies structurelles contenus dans les propositions budgétaires des soins de santé, 2007-2020, en millions. Source : INAMI



De 2012 à 2014, de plus importants efforts commencent à être consentis pour assainir les finances publiques (et satisfaire les règles européennes de rigueur budgétaire) et, parallèlement, le financement de nouvelles initiatives diminue fortement. Au total, un milliard d'économies est réalisé sous le gouvernement Di Rupo tandis que le financement de nouvelles initiatives est limité à 177 millions. En outre, environ 370 millions apparentés à une sous-utilisation structurelle sont retirés du budget des soins de santé. En fait, avec une norme de croissance de 4,5% puis 2% puis 3%, la comparaison des estimations des dépenses avec l'objectif budgétaire ne nécessitait pas de prendre de mesures d'économie. Mais, le gouvernement a décidé d'imposer des mesures d'économie en amont lors des conclaves budgétaires. L'année 2012 marque donc une rupture de tendance dans le budget des soins de santé, avec l'instauration d'un climat d'austérité et un financement plus faible de nouvelles initiatives.

Les secteurs les plus touchés par ces économies sont les spécialités pharmaceutiques, les honoraires médicaux, les hôpitaux et les implants. Les économies visaient principalement une prescription plus rationnelle des médicaments, une diminution du prix de certains médicaments et l'incitation du pharmacien de délivrer le médicament le moins cher ainsi qu'une prescription plus rationnelle de certains examens dont ceux d'imagerie médicale et de la biologie clinique. Le mot d'ordre de l'ensemble des acteurs était toutefois de conserver une couverture de santé de qualité et accessible en prenant des mesures d'économies visant surtout l'efficacité.

L'année 2015 se distingue par l'absence totale de financement de nouvelles initiatives, fait relativement historique. Elle marque le début de la législature du gouvernement Michel, qui sera caractérisée par de lourdes mesures d'économie et un financement faible, voire nul, de nouvelles initiatives.

Ainsi, au total, entre 2015 et 2020, 2,485 milliards sont économisés dans les soins de santé et 165 millions sont dégagés pour financer de nouvelles initiatives.

Dans les 2,485 milliards économisés (voir Tableau 4), on trouve d'abord environ 675 millions qui peuvent être considérés comme du « nettoyage » au sein du budget, résultant d'une double comptabilisation ou d'une sous-utilisation considérée comme structurelle. Ces économies s'apparentent donc plutôt à des artefacts comptables¹³.

Reste donc un peu plus de 1,8 milliard d'économies réelles. Nous avons classé les différentes mesures d'économie selon qu'il s'agit de mesures d'efficacité (comme une baisse de prix d'un médicament), de mesures qui impactent directement l'accessibilité et/ou la qualité des soins (une hausse des tickets modérateurs¹⁴ ou une moins bonne prise en charge à l'hôpital par exemple) ou qui impactent indirectement l'accessibilité et/ou la qualité des soins (par exemple les sauts d'index pour les tarifs des honoraires et actes techniques des prestataires qui entraînent mécontentement et peuvent se traduire par une hausse des suppléments et des déconventionnements¹⁵, ou des conditions de travail plus dures pour les prestataires qui peuvent impacter la qualité des soins). Enfin, pour certaines mesures, nous manquons d'information pour évaluer leurs impacts et nous n'avons pas réussi à les classer.

Tableau 4 : Classification des mesures d'économie prises entre 2015 et 2020. Source : les mesures proviennent des différentes propositions budgétaires (documents INAMI), la classification et les calculs sont propres. Les chiffres sont des estimations et sont donc à prendre avec précaution.

Types de mesures	Conséquence	Montants (en millions)	Pourcentage
Artefact comptable		+ - 675	27%
Mesures d'économie		+ - 1.810	73%
Dont	<i>Efficacité</i>	+ - 770	+ - 30%

¹³ Par exemple le retrait de la sous-utilisation des conventions internationales pour 176 millions ou les 100 millions d'euros consacrés aux traités internationaux dans les hôpitaux, également comptabilisés au SPF Santé publique.

¹⁴ Le ticket modérateur désigne le montant restant à charge du patient après l'intervention de l'assurance obligatoire (hormis l'éventuel supplément d'honoraire demandé par des médecins non-conventionnés).

¹⁵ Un médecin conventionné adhère à la convention médico-mutualiste et s'engage ainsi à respecter les honoraires de référence fixés dans la convention. Les prestataires non conventionnés, quant à eux, n'adhèrent pas à l'accord médico-mutualiste et sont libres de fixer le montant de leurs honoraires.

	<i>Impacte directement l'accessibilité et/ou la qualité des soins</i>	+ - 130	+ - 5%
	<i>Impacte indirectement l'accessibilité et/ou la qualité des soins</i>	+ - 760 (dont 400 saut d'index)	+ - 30%
	<i>Non classée</i>	+ - 150	+ - 7%
Total		2.485	100%
Mesures structurelles		+ - 2.100	

Une partie importante des mesures d'économie prises (environ 30%) visent à amener plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources. 80% de ces mesures ont pour but de réguler le secteur des médicaments via des diminutions de prix de certains médicaments (essentiellement les médicaments hors brevets) ou via une augmentation de la prescription de médicaments bons marchés. Dans les autres secteurs, on retrouve par exemple des mesures qui visent à simplifier certaines procédures.

Cependant, les patients n'ont pas été épargnés par les mesures d'économie. Certaines mesures ont eu des répercussions directes sur l'accessibilité et la qualité des soins (telles que l'augmentation des tickets modérateurs chez les spécialistes pour 33 millions, la modification des catégories de remboursement des antibiotiques pour 15 millions, la diminution du remboursement des corticostéroïdes nasaux pour 15,3 millions, la diminution de la durée de séjour en hôpital après accouchement sans planification d'un suivi à domicile pour les jeunes parents pour 12 millions, l'augmentation des plafonds pour le maximum à facturer pour 14 millions, le retard de mise en œuvre du tiers payant¹⁶ chez les spécialistes pour 39 millions, etc.). Pensées sur le court terme et imposées de manière unilatérale, ces mesures permettent peu d'adaptations structurelles et de gains d'efficacité de long terme de notre système de soins.

Mais c'est aussi indirectement que certaines mesures d'économie ont des répercussions sur l'accessibilité et la qualité des soins. Entre 2015 et 2017, la masse d'index des honoraires des prestataires a systématiquement été amputée d'une partie de son montant. Si cela a permis au gouvernement d'économiser 400 millions en trois ans, cela a créé de fortes frustrations et remises en question de la part des prestataires de soins quant à la plus-value du système de conventions et d'accords¹⁷. Or, les déconventionnements qui peuvent résulter de ces sauts d'index ont un impact sur l'accessibilité des soins. D'autres mesures, touchant les revenus des prestataires de soins ou des hôpitaux peuvent entraîner un mécontentement et pousser au déconventionnement ou à la hausse des suppléments demandés (comme la diminution linéaire du financement des hôpitaux pour 18 millions ; d'autres économies dans les hôpitaux pour 90 millions visant à supprimer certains lits et fermer quelques services ; des coupes linéaires dans tous les secteurs pour 85 millions ; des économies dans le secteur infirmier pour 10 millions, etc.). On note également la confiscation de certains budgets obsolètes qui auraient pu être alloués à des projets visant à améliorer la qualité des soins (comme la suppression des honoraires chapitre IV pour les pharmaciens pour 14 millions). De plus, un moratoire a été instauré sur les maisons médicales (7 millions) et les postes de garde (5 millions). En 2017, suite à ce moratoire, aucune nouvelle maison médicale n'a pu ouvrir ses portes¹⁸. Pourtant, plusieurs récentes études mettent en évidence les bons résultats des maisons médicales en termes d'accessibilité, de prévention, de qualité et de coordination des soins¹⁹.

¹⁶ Le tiers payant est un mécanisme qui permet au patient de payer au dispensateur de soins uniquement la part des frais qui est à sa charge (tickets modérateurs et suppléments). Il ne doit pas déboursier la partie remboursée par la mutualité.

¹⁷ En 2017, les honoraires de l'ensemble des prestataires de soins encaissent l'amputation de deux tiers de leur masse d'index. Grâce à une clause prévoyant que l'accord médico-mutualiste peut être rompu en cas d'économies supplémentaires décidées unilatéralement par le gouvernement, les syndicats de médecins ont annoncé que l'accord médico-mutualiste pour 2016 et 2017 était considéré comme « dissous par la loi ». Les kinés et les dentistes ont également fortement remis en question le principe des conventions.

¹⁸ Le moratoire fut levé en 2018.

¹⁹ Voir entre autres IWEPS (2019) *Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ?* Rapport de recherche n° 32 et IMA (2017) *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België: een update*. Accessible sur : https://aim-ima.be/IMG/pdf/maisons_medicales_ima.pdf.

Enfin, soulignons que la grande majorité des mesures prises sont structurelles et ont donc des effets à la fois pour l'année où les mesures sont prises mais également pour l'ensemble des années à venir (par exemple, si les sauts d'index n'ont lieu qu'une seule fois, ils impactent le montant des honoraires tout au long de la carrière puisqu'ils réduisent chaque année le montant des honoraires du montant de l'index non-octroyé).

Depuis 2012, la contribution de l'assurance obligatoire soins de santé à l'assainissement des finances publiques a donc été conséquente. En 2012, la marge initiale et les mesures d'économie permettent de dégager 2,3 milliards entièrement alloués à l'effort d'assainissement. L'année suivante, les mesures d'économie dans les soins de santé représentent 10% des économies prises par le gouvernement. En 2015, les soins de santé fournissent 22% de l'effort total d'assainissement réalisé par la Belgique et sont le secteur de l'économie belge qui contribue le plus à cet effort. En juillet 2015, le tax shift est voté. La sécurité sociale est la source principale de ce nouvel effort (22,8% de l'argent dégagé, c'est-à-dire 1,7 milliard), et représente des montants bien plus importants que ce que doivent rapporter les médiatiques taxes sur la spéculation et taxe 'caïman' (respectivement 28 et 260 millions). En 2017, sur les 2,4 milliards d'efforts de consolidation budgétaire supplémentaires que le Comité de monitoring²⁰ a estimé nécessaire pour l'Etat Fédéral, 1,2 milliard concerne la sécurité sociale dont 894 millions pour les soins de santé. Bref, le climat d'austérité qui s'est imposé après la crise de 2008, et surtout à partir de la crise de la dette publique en 2011, n'épargne pas les soins de santé. Au contraire, c'est un des secteurs les plus vivement touché. Et, si certaines mesures visent plus d'efficacité, d'autres impactent la qualité et l'accessibilité des soins.

2.3. Privatisation des soins de santé

Un enjeu sur lequel il nous semble important de nous attarder est de comprendre l'impact de ces politiques d'austérité sur la croissance des dépenses de santé à charge des patients. S'il nous est impossible dans le cadre de cet article d'isoler cet impact et de conclure à une causalité entre les deux variables, nous essayons dans cette section de mieux cerner comment évolue la part à charge des patients. Nous nous focalisons sur la privatisation du financement des soins, c'est-à-dire le transfert d'un financement public vers un financement privé pour couvrir les dépenses de santé (via le développement des assurances facultatives privées, la hausse des paiements directs des ménages, le recours accru au partenariat public-privé pour le financement des infrastructures de soins, etc.). Nous laissons pour une autre étude la privatisation de la délivrance des soins (rachats d'hôpitaux publics par des fonds privés, externalisation de services accomplis dans les hôpitaux, accroissement des acteurs privés à but lucratif dans certains secteurs (firmes pharmaceutiques, chaînes de pharmacies, laboratoires, maisons de repos, etc.)).

Comme nous l'avons mentionné en introduction, la part des dépenses de santé à charge des patients est élevée (24%) par rapport à nos pays voisins. Elle est restée plus ou moins constante depuis les années 2000 selon les données de l'OCDE. Cependant, la méthodologie de ces données comportent d'importantes lacunes²¹ et de nombreux agrégats ne sont pas correctement enregistrés en Belgique (suppléments en ambulatoire, médicaments non-remboursés, certains matériel comme les lunettes ou le matériel d'incontinence, les frais dentaires non-remboursés, etc.). A défaut de données macroéconomiques fiables, nous nous concentrerons sur certaines évolutions qui, si elles n'offrent pas une image globale du coût à charge des patients, procurent néanmoins une indication robuste des tendances en cours.

On note tout d'abord certaines évolutions positives : les tickets modérateurs ont augmenté moins vite que les dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé, les soins dentaires ont été rendus gratuits pour les enfants (à condition de trouver un dentiste conventionné), les soins des patients chroniques sont mieux remboursés et les 'petits risques' des travailleurs indépendants ont été intégrés en 2008 dans l'assurance obligatoire soins de santé (auparavant, les indépendants devaient souscrire à une assurance privée, auprès de leur mutualité ou d'une compagnie d'assurances, pour couvrir ces dépenses de santé).

Cependant, d'autres évolutions indiquent un accroissement du coût à charge des patients. Concernant les assurances privées, les encaissements des assurances facultatives²², donc les primes

²⁰ Comité de Monitoring- Rapport du 18 juillet 2016.

²¹ Voir à ce sujet, Caeloen, P. (2019) *Les dépenses privées en soins de santé. Le rôle des assurances santé privées*. Itinera Institute.

²² tant celles offertes par les mutualités que celles des compagnies d'assurances

payées par la population, sont passées de 1,084 milliard en 2008 à 2,144 milliards en 2018, soit une croissance annuelle moyenne de 7,1% alors que les dépenses nominales de l'assurance obligatoire soins de santé ont cru de 4,1% en moyenne sur la même période. Le développement des assurances privées au détriment de l'assurance obligatoire réduit l'accès aux soins de santé. En effet, les assurances privées créent une triple segmentation verticale de la population : entre classes sociales (certaines classes de travailleurs jouissent davantage d'une assurance groupe d'entreprise que d'autres), entre travailleurs et non travailleurs (les non-travailleurs ne bénéficient pas d'assurance groupe) et entre niveaux de revenus (les personnes appartenant aux déciles de revenus inférieurs peuvent plus difficilement s'offrir individuellement une assurance facultative). En outre, il existe un risque élevé d'une différenciation des primes basée sur les risques de maladie. 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. Or, les publics avec des indices socioéconomiques faibles sont également plus à risque d'être en moins bonne santé. Enfin, le marché des assurances privées est moins efficace car les assurances privées ne possèdent pas les instruments politiques pour contrôler les dépenses de santé et connaissent des coûts de gestion avoisinant les 20%, contre seulement 3,3% pour les mutualités²³. Le système de soins de santé américain, fortement privatisé, est pour cela emblématique puisque les dépenses de santé représentent 17% du PIB contre seulement 10% en Belgique.

Un autre indicateur de la hausse de la part à charge du patient concerne l'augmentation des suppléments d'honoraires²⁴ en cas d'hospitalisation. Si les honoraires de l'assurance obligatoire soins de santé facturés lors d'hospitalisations classiques ou de jour ont augmenté de 3,7% en moyenne entre 2006 et 2018, les suppléments d'honoraires ont cru en moyenne de 7,8% sur la même période²⁵. Ainsi, en 2018, les suppléments facturés au patient lors de séjours hospitaliers (hospitalisation classique et de jour) représentent 18,4% des honoraires AO (assurance obligatoire) officiels alors qu'ils en représentaient 13,7% en 2006. Les pratiques varient fortement entre hôpitaux, selon le type de pathologie et surtout selon le type de chambre. L'accessibilité financière des chambres individuelles est soumise à une telle pression pour les citoyens sans assurance hospitalisation qu'elle est devenue un exemple de soins de santé à deux vitesses.

En outre, malgré des données incomplètes et sous-estimées, divers auteurs s'accordent sur une augmentation assez notoire des suppléments en ambulatoire ces dernières années²⁶. Autre signal du développement d'une médecine fonctionnant à deux vitesses et d'une hausse des suppléments demandés : le déconventionnement dans le chef de certains prestataires comme les gynécologues ou les dentistes (seuls 24% des gynécologues et 34% des dentistes étaient totalement conventionnés en 2019).

Enfin, on note également un report de soins croissant qui pourrait en partie s'expliquer par la hausse du coût à charge des patients. Les données EU-SILC (Eurostat) montre que la proportion des personnes (16 ans et plus) déclarant avoir dû renoncer à des besoins médicaux pour des raisons financières a augmenté au fil du temps, passant de 0,5% en 2008 à 2,2% en 2014, puis s'est stabilisée aux alentours de 2,0% en 2017. Pour les soins dentaires, les tendances sont les mêmes mais les proportions sont plus élevées : de 1,4% en 2008 à 3,5% en 2017.

Pour compenser cette hausse du coût à charge du patient, certaines dispositions ont été prises visant à améliorer l'accessibilité financière aux soins des groupes sociaux fragilisés. En 1994, le système des franchises sociales et fiscales, rebaptisé en 2002 le Maximum à Facturer (MàF), est instauré pour essayer d'amortir la hausse des tickets modérateurs. Le MàF est une mesure basée sur l'année civile qui garantit à un ménage que pour l'année concernée, ses dépenses en matière de soins de santé (ticket modérateur) ne dépasseront pas un certain plafond, déterminé en fonction de ses moyens

²³ Hermesse, J. et Bouvy, J. (2017) « Parce que la santé n'est pas une marchandise ». *Politique revue belge d'analyse et de débat*, (101).

²⁴ Les suppléments ou dépassements d'honoraires sont des honoraires facturés par les prestataires de soin (médecin généraliste, spécialiste, kiné...) en supplément des tarifs fixés par l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité).

²⁵ IMA (2020). Etat des lieux des coûts hospitaliers à charge des patients, données 2018, à paraître.

²⁶ Piet Calcoen (2019) opcit et Solidaris (2019) Baromètre suppléments d'honoraires facturés en ambulatoire en 2016-2017. Mars 2019. Solidaris pointe par exemple une augmentation de 15% des suppléments en ambulatoire entre 2016 et 2017, essentiellement facturés par des prestataires de soins non conventionnés. Solidaris conclut qu'au total, la part du coût à charge du patient bénéficiaire ordinaire qui consulte un prestataire non conventionné représente 29% chez le généraliste, 36% chez le dentiste, 45% chez le médecin spécialiste et 47% chez le kinésithérapeute.

financiers. Le MâF va être fortement élargi au fil des ans afin de mieux prendre en compte certaines situations particulières (comme le fait de bénéficier du statut affectation chronique). Il passe d'un budget de 154 millions en 2003 à un budget de 327 millions en 2018²⁷. Autre mécanisme ciblé, instauré en 1963, l'intervention majorée permet à certains assurés de payer une quote-part moindre lors d'un séjour hospitalier, ainsi que pour la plupart des soins ambulatoires assurés par les médecins, dentistes, kinésithérapeutes ou encore pour les médicaments. D'abord octroyée uniquement sur la base d'un avantage social ou sur base des revenus chez certaines catégories de personnes²⁸, l'intervention majorée va être élargie en 2007 à toutes les personnes à faible revenu (statut Omnio puis BIM). Le nombre de personnes bénéficiant de l'intervention majorée va fortement augmenter entre 2006 et 2016, passant de 1,302 millions de bénéficiaires à 2,042 millions²⁹. La part relative de bénéficiaires dans la population belge augmente alors de 12,4% des assurés à 17,7% sur la même période. A titre de comparaison, le taux de pauvreté passe de 14,7% en 2006 à 15,5% en 2016³⁰.

2.3.1 L'efficacité des politiques ciblées en question

Or, l'efficacité des politiques ciblées fait débat au sein des économistes et sociologues. En 1998, Walter Korpi et Joakim Palme, deux sociologues suédois, ont mis en avant le paradoxe de la redistribution. Ils soutiennent que « *plus on cible les prestations sur les pauvres [...] moins nous avons de chances de réduire la pauvreté et les inégalités* »³¹. Pour l'expliquer, Korpi et Palme argumentent que les prestations ciblées portent souvent l'étiquette de services pour les pauvres et peuvent stigmatiser la population bénéficiaire. En demandant ces prestations, une personne reconnaît l'insuffisance de ses ressources et, à partir de là, se voit elle-même comme pauvre ; cela souligne sa marginalité par rapport aux normes de la société. Cela peut conduire à une situation où les gens ne veulent pas demander de prestations, même s'ils y auraient droit sur la base de leurs revenus (taux de non recours élevé). En outre, les règles régissant de telles aides sont souvent compliquées ce qui peut entraîner une méconnaissance de ses droits. Enfin, Korpi et Palme formulent l'hypothèse centrale que le soutien politique en faveur de la redistribution est beaucoup plus vulnérable et enclin à s'éroder dans les pays où l'accès à la protection sociale tend à être conditionné à des seuils de revenus, dans la mesure où les classes moyenne et supérieure doivent alors se tourner vers le marché des assurances privées pour se protéger contre les risques sociaux, et finissent par devenir réticentes à continuer à financer des dispositifs publics auxquelles elles ne sont guère susceptibles d'accéder. Il est, selon eux, plus efficace de redistribuer en amont à la source (via une progressivité dans la fiscalité) et de mettre ensuite en place des politiques plus universelles.

A partir des années 2000, le paradoxe de la redistribution est cependant remis en question empiriquement. Des pays comme le Danemark et la Suède augmentent les politiques ciblées tout en préservant le caractère universel de leur sécurité sociale avec un impact positif sur la redistribution³². Certains auteurs défendent alors une sélectivité réfléchie à l'intérieur d'un cadre universaliste (targeting within universalism), visant à étendre le plus possible le champ d'application des mécanismes assurantiels tout en gardant, à l'intérieur du cadre, des prestations augmentées à certaines catégories plus vulnérables³³. Reste l'équilibre, difficile à trouver, entre politiques ciblées et mécanismes universels, avec le risque de délégitimer les mécanismes assurantiels et de basculer d'un régime d'assurance sociale à un régime d'assistance sociale³⁴.

Hausse des suppléments, accroissement des assurances privées et des remboursements ciblés sur les plus pauvres et, parallèlement, mesures d'économies dans les dépenses publiques des soins de santé, nous retrouvons ici les prémices d'un recul progressif de l'Etat au profit des assurances privées et au

²⁷ INAMI (2020) *Maximum à facturer. Evolution du nombre de bénéficiaires, impacts réglementaires et tendances observées*. Service du contrôle administratif.

²⁸ VIPO - veufs, invalides, pensionnés, orphelins et aussi chômeurs de plus de 50 ans et handicapés

²⁹ Rapport Standardisé INAMI (2019). Secteur 23 : Du maximum à Facturer.

³⁰ Source: Eurostat, EU-SILC.

³¹ Korpi, W. et Palme, J. (1998) « The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality : Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries », *American Sociological Review* 63 (5), 661-687.

³² Marx, I., Salanauskaite, L. et Verbist, G. (2013) «The Paradox of Redistribution Revisited: And That It May Rest in Peace?», *IZA Discussion Paper* 7414, Bonn, Institute for the Study of Labor (IZA).

³³ Dumont, D. (2018) « Repenser la sécurité sociale avec le revenu de base contre le revenu de base ». *Politique revue belge d'analyse et de débat*, (107)

³⁴ 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 est financée solidairement et s'adresse à tous en fonction des besoins. L'assistance sociale représente le *filet de sécurité* de dernier recours, octroyer aux personnes dont les ressources sont insuffisantes, financée par les impôts et versée par les collectivités publiques sans contrepartie de cotisation.

dépend des patients. Avec le risque de basculer, petit-à-petit, d'un système de sécurité sociale à un système d'assistance sociale.

3. Evolution de la concertation sociale

Fidèle à son origine 'bismarckienne', la spécificité du modèle belge de sécurité sociale est d'impliquer les principaux intéressés : puisque ce sont les employeurs et les travailleurs qui financent majoritairement le système de protection sociale via les cotisations sociales, ils devront en assurer la gestion. En 1963, le paritarisme sera élargi aux mutualités et aux prestataires de soins pour l'assurance-maladie.

En Belgique, la confection du budget des soins de santé est un exercice annuel de plusieurs mois, qui implique différentes étapes de concertation sociale. Le travail de négociation se fait dans un premier temps au sein des *Commissions de Conventions et d'Accords* (commission par secteur de soins rassemblant les mutualités et prestataires de soins concernés) lorsqu'elles déterminent chacune leurs priorités budgétaires. Ensuite, au sein du *Comité de l'Assurance*, lorsque les représentants tant des prestataires de soins que des mutualités formulent une première proposition budgétaire globale, début octobre. Cette proposition doit par ailleurs respecter le cadre budgétaire fixé par le gouvernement.

Après l'étape du Comité de l'Assurance, c'est au *Conseil Général de l'INAMI*, composé de 5 représentants des employeurs, 5 représentants du gouvernement, 5 représentants des mutualités et 5 représentants des syndicats (les prestataires de soins n'ont qu'une voix consultative dans cet organe), qu'est donné le rôle d'approbation finale du budget global. Depuis 2001, c'est le gouvernement lui-même qui se charge de déposer une proposition de budget au Conseil Général, proposition qui, généralement, reprend la majeure partie du contenu de celle du Comité de l'Assurance.

La philosophie régissant le processus budgétaire pose 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* »³⁵. C'est 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* »³⁶.

Cependant, le rôle du gouvernement va s'accroître au fil des années, au détriment de celui des partenaires sociaux. La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994 octroie un droit de veto au gouvernement dans l'établissement du budget des soins de santé au sein du Conseil Général puisque « *les propositions ne peuvent être approuvées que lorsqu'elles obtiennent la majorité des voix des membres du Conseil général en ce compris les voix de tous les membres du groupe [des représentants du gouvernement]* »³⁷. Ce droit de veto, concédé uniquement au gouvernement, fait dire aux partenaires sociaux qu'il n'y a pas de véritable gestion paritaire. En outre, depuis des années, les mutualités ne sont « *même pas associées à la fixation ni à l'exécution d'un certain nombre d'objectifs budgétaires partiels qui représentent pourtant ensemble plus d'un tiers des dépenses [BMF³⁸, produits pharmaceutiques, accords sociaux] et qui ont été à l'origine de la plupart des dépassements budgétaires par le passé* »³⁹.

³⁵Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales au sujet du projet de loi portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (actuellement reprise dans la loi SSI coordonnée), *Doc. parl.*, Sénat, 1992-1993, 579/2, pp. 8-9.

³⁶ *Ibidem*

³⁷ Article 16, § 3 de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994 http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994071438&table_name=loi

³⁸ Le Budget des Moyens Financiers (BMF) est une source de revenus importante pour les hôpitaux, qui couvre les frais d'admission et de séjour de patients dans un hôpital mais nullement les honoraires de médecins, les prestations techniques ou les médicaments.

³⁹ Cour des comptes (2017) *Responsabilité financière des mutualités. Rapport en exécution de la résolution de la Chambre des représentants du 22 octobre 2015*, p.28.

Les évolutions qui ont eu lieu ces cinq dernières années, tant dans le cadre légal (section 2.1) que dans la manière dont la concertation sociale fut menée (section 2.2) s'inscrivent dans cette tendance et vont encore affaiblir le modèle de co-gestion.

3.1. Evolution du cadre légal

Lors de la précédente législature, deux changements interviennent dans le cadre légal définissant la procédure budgétaire pour les soins de santé.

En 2015, le gouvernement Michel décide un nouveau cadre contraignant pour la législature 2015-2019. Deux modifications majeures ont lieu que nous avons déjà détaillées précédemment : la norme de croissance est ramenée de 3% à 1,5% et l'indice santé est abandonné comme outil d'indexation du budget des soins de santé, au profit d'une nouvelle méthode qui n'accordera pas plus de 60% de l'indexation octroyée selon l'ancienne méthode.

En 2017, la Ministre des Affaires Sociales introduit une nouvelle réglementation régissant le processus budgétaire dont l'objectif annoncé est d'aligner le calendrier budgétaire belge avec le calendrier européen.

Cette nouvelle réglementation a plusieurs conséquences. Premièrement, point positif, elle prévoit une présentation des projections des dépenses préalablement au débat budgétaire proprement dit, ce qui permet de mieux ancrer les discussions au sein des commissions de conventions et d'accords dans le contexte global du budget. Cependant, de manière générale, cette réglementation introduit une plus grande confusion dans le déroulement du processus de concertation. 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 au Comité de l'Assurance.

Cette nouvelle réglementation supprime également 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'économie pour compenser tout dépassement budgétaire ou toute demande de nouveaux moyens, même s'il existe un réel besoin sociétal derrière cette demande. La logique d'« austérité » est donc institutionnalisée et le fonctionnement en silos est à nouveau confirmé.

Mais le changement le plus notable et préjudiciable à la gestion paritaire de la sécurité sociale derrière cette nouvelle réglementation concerne le temps accordé au Comité de l'Assurance pour, à partir des positionnements des différentes Commissions de conventions et d'accord, construire une proposition de budget concertée. Antérieurement, il avait trois mois (de juillet à fin septembre) pour aboutir à une telle proposition. Cette temporalité permettait une large concertation des différents organismes assureurs et représentants des professionnels de la santé. Dans la nouvelle réglementation, une quinzaine de jours est réservée pour effectuer ce travail d'arbitrage transversal, ce qui rend tout débat de fond avec l'ensemble des parties prenantes quasi impossible.

En conclusion, si la concertation sociale reste possible en théorie dans la nouvelle réglementation, ces conditions d'existence sont fortement affaiblies dans la pratique. De ce fait, cette réglementation renforce, à l'inverse, la marge de manœuvre et l'influence de la Ministre qui, sans proposition conforme du Comité de l'Assurance, a plus de marges pour formuler sa propre proposition budgétaire.

3.2. Gestion effective du budget

Cette section se focalise sur les dernières étapes du processus budgétaire : l'approbation d'une proposition budgétaire globale au Comité de l'Assurance puis au Conseil Général de l'INAMI et, lorsque celle-ci n'a pas pu être approuvée, le renvoi au Conseil des Ministres.

Avant 2015, une proposition budgétaire ayant été adoptée au Comité de l'Assurance, le gouvernement reprenait la majorité de son contenu dans sa *Proposition de la délégation gouvernementale au Conseil Général*, même si le Ministre y a malgré tout quelques fois apporté des modifications importantes.

En 2015, cependant, le gouvernement a adressé au Conseil Général une «*proposition de la délégation gouvernementale*» différant substantiellement de la proposition formulée par les mutualités au Comité de l'Assurance et annonciatrice de coupes budgétaires importantes. Celle-ci a toutefois été approuvée au Conseil Général à la majorité simple⁴⁰.

En 2016, à la surprise générale, c'est une proposition construite ex-nihilo, sans 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 rejette alors cette nouvelle proposition. 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. 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. La proposition budgétaire fut alors entérinée sans modifications importantes par le Conseil des Ministres suivant sans que soient expliquées les raisons du refus du Conseil général de l'INAMI.

En 2017, la concertation sociale est de nouveau mise en échec. Cela à la fois au Comité de l'Assurance où il n'a pas été possible de formuler une proposition budgétaire en raison du nouveau cadre réglementaire, et au Conseil Général où la proposition gouvernementale construite ex-nihilo par le gouvernement a été rejetée à cause du manque de concertation qui la caractérisait. Le Conseil des Ministres a donc, comme en 2016, à nouveau décidé seul du budget pour les soins de santé, planifié en huis-clos pendant le conclave budgétaire, sans discussion avec les acteurs des soins de santé.

En 2018, une proposition budgétaire plébiscitée quasi unanimement a pu être obtenue au Comité de l'Assurance malgré le nouveau cadre budgétaire. Le gouvernement a apprécié la bonne volonté des parties et a accepté la proposition de budget. La proposition au Conseil Général n'a pas entraîné d'importantes modifications par rapport à celle du Comité de l'Assurance.

En 2019, le Conseil Général a décidé de ne pas tenir compte de la proposition approuvée par le Comité de l'Assurance. La nouvelle proposition, présentée de la main de la Ministre, a tout de même été approuvée au sein du Conseil général.

Enfin, en 2020, les prestataires de soins et les mutualités ont approuvé quasiment à l'unanimité (deux abstentions) une proposition de budget au Comité de l'Assurance. Cependant, au Conseil Général, pour la première fois, aucune *Proposition de la délégation gouvernementale* n'a été mise sur la table et la proposition du Comité de l'Assurance a été rejetée (les syndicats et les mutualités y étaient favorables, le gouvernement s'est abstenu et les employeurs s'y sont opposés). En n'apportant pas de proposition budgétaire et en s'abstenant de voter celle du Comité de l'Assurance, le gouvernement a donc doublement contourné la concertation sociale. Finalement, le Conseil des Ministres a décidé, en huis-clos et sur proposition de la Ministre, d'un budget pour les soins de santé en 2020. La proposition est dans la ligne de celle du Comité de l'Assurance, mais supprime les 100 millions de moyens supplémentaires pour de nouvelles initiatives qui avaient pu être dégagés.

Ainsi, entre 2015 et 2020, le budget des soins de santé a été voté au Conseil des Ministres sans concertation avec le secteur trois années sur six (voir Tableau 5). Cette procédure est inédite et ne s'était plus produite depuis les années nonante. Ce nouveau modus vivendi, à savoir un budget non plus décidé au niveau des organes de concertation, mais directement par le Conseil des Ministres, est pourtant en désaccord avec la philosophie de la réglementation introduite en 1993. Une telle procédure doit rester l'exception et non la règle. En outre, quatre années sur six, le contenu de la proposition votée au Conseil Général ou au Conseil des Ministres différait fortement de celui issu de la concertation sociale. L'influence des exigences gouvernementales sur la conception du budget s'est donc faite de plus en plus forte ces dernières années.

Enfin, dans le cadre du processus budgétaire, d'autres décisions ont été décidées en cours d'année par le gouvernement, sans concertation sociale (tax shift, Pacte d'Avenir dans le secteur pharmaceutique, mesures d'économies décidées lors des conclaves budgétaires).

Tableau 5 : Résumé du vote et du contenu des propositions budgétaires pour les soins de santé, 2015-2020

⁴⁰soutenue par le gouvernement et les représentants des employeurs, rejetée par les syndicats socialistes et chrétiens ainsi que les Mutualités Socialistes avec l'abstention de la Mutualité chrétienne, des Mutualités Libres et du syndicat libéral.

	Vote d'une proposition sur le budget			Contenu de la proposition au Conseil Général/conseil des ministres
	Approuvée au Comité de l'Assurance (CA)	Approuvée au Conseil Général	Décidée au Conseil des Ministres	
2015	x	✓		Diffère de la proposition du CA
2016	✓	x	✓	Diffère de la proposition du CA
2017	x	x	✓	Diffère de la proposition du CA
2018	✓	✓		Ressemble à la proposition du CA
2019	✓	✓		Diffère de la proposition du CA
2020	✓	x	✓	Ressemble à la proposition du CA

La concertation sociale, pourtant ADN de notre sécurité sociale, a donc été fortement affaiblie ces six dernières années par l'action du gouvernement précédent. Le rôle de cogestion de la politique de santé et des problématiques budgétaires, historiquement confié à des organes basés sur la pluralité et composé de représentants du gouvernement, mais également de partenaires et d'acteurs sociaux, fut de plus en plus nettement pris par le Conseil des Ministres. Nous l'avons montré, les mesures prises par le gouvernement ont affaibli les organes de concertation en amont (nouvelle réglementation régissant le processus budgétaire, modification du cadre budgétaire en cours d'année sans concertation), mais également en aval en contournant les organes de négociation, en proposant des budgets substantiellement différents des propositions du Comité de l'Assurance ou en votant ce dernier au Conseil des ministres.

4. Derrière le budget, des enjeux de gouvernance

Au-delà de l'ampleur du budget des soins de santé et de l'évolution de la concertation sociale, ce sont aussi les questions d'organisation et de fonctionnement du budget des soins de santé qui vont déterminer la qualité et l'accessibilité de notre système de santé. Certains éléments - l'éclatement des compétences, le fonctionnement en silos et une vision court-termiste et peu motivante - entravent la mise en place d'une bonne politique de santé (section 3.1). Au sein de chaque secteur de soins, les politiques menées et la manière dont est organisé le financement vont également avoir des répercussions sur la qualité et l'accessibilité des soins. Sans vouloir étayer l'organisation de chaque secteur, nous voudrions mettre en exergue les points saillants de deux secteurs clés - les hôpitaux et le secteur des médicaments (section 3.2).

4.1. Quelques principes généraux

4.1.1. L'éclatement des compétences entre les différents niveaux de pouvoir.

Suite aux différentes réformes de l'Etat, la promotion de la santé et la prévention, l'organisation des soins primaires et des soins palliatifs, les soins de maternité et de l'enfance, les services sociaux et les soins non hospitaliers de proximité, le financement des investissements hospitaliers et la définition des normes d'agrément des hôpitaux sont aujourd'hui des compétences communautaires. Avec huit ministres en charge de la santé en Belgique, l'organisation des soins de santé est complexe et nécessite une coordination accrue entre les différentes entités fédérées.

Prenons la prévention par exemple. En Belgique, les dépenses en prévention représentaient à peine plus de 2% de l'ensemble des dépenses de santé en 2017, soit une part inférieure à la moyenne de l'UE de 3,1%⁴¹. Certains indicateurs régressent (la proportion de Belges de plus de 65 ans vaccinés

⁴¹ State of Health in the EU. Belgique. Profils de santé par pays 2019, consulté sur https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_be_french.pdf

contre la grippe passe de 64% en 2004 à 58% en 2018, un pourcentage très en deçà de l'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé de 75%⁴²). En outre, les taux de vaccination et de dépistage diffèrent fortement d'une région à l'autre, posant d'importants problèmes en cas d'épidémie (en 2017, 66% des Flamands à risque sont vaccinés contre la grippe contre 49% des Bruxellois et 44% des wallons). On voit ici toute la difficulté de mener une politique ambitieuse, cohérente et coordonnée compte tenu de la répartition des compétences découlant des diverses réformes de l'Etat.

4.1.2. Le fonctionnement en silos des soins de santé

Le fonctionnement de notre système de soins demeure cloisonné, avec des commissions paritaires par profession qui négocient tarifs et nouvelles politiques avec les mutualités. Au Comité de l'Assurance, les représentants des prestataires de soins (7 médecins, 6 paramédicaux, 5 établissements de soins, 2 pharmaciens et un dentiste) sont mandatés pour représenter leur secteur et leurs intérêts. Ils doivent rendre des comptes sur les améliorations qu'ils ont pu obtenir pour leur secteur et peuvent difficilement quitter ce rôle et opter pour une vision plus large et transversale de la santé, en faveur du patient et de l'assurance obligatoire soins de santé. Ce modèle d'organisation rend difficile la mise en place de politiques transversales et pluridisciplinaires ancrées dans une vision systémique et intégrée de la santé.

Il semble dès lors nécessaire de passer d'une organisation en silos, où chaque acteur se centre sur son champ de compétences et son contexte d'action, à une structuration décloisonnée des soins, au sein de laquelle les différents professionnels se coordonnent pour offrir des soins adaptés, efficaces et de qualité aux patients.

4.1.3. Une vision court-termiste et peu motivante

L'établissement du budget est un exercice annuel au cours duquel les objectifs budgétaires de chaque secteur sont fixés pour un an. Cette temporalité ne permet pas de s'ancrer dans une vision stratégique de long terme. Dans chaque secteur, les nouvelles initiatives doivent être entièrement financées à l'intérieur du budget de l'année correspondante, rendant plus difficile la mise en place de politiques ambitieuses de moyen et long terme.

En outre, alors que, d'une part, les secteurs doivent parfois réaliser des mesures d'économies en début d'année pour respecter le cadre budgétaire décidé et, d'autre part, qu'ils doivent s'accorder sur des mesures d'économie à la fin de l'année en cas de dépassement de leur budget partiel, ils ne peuvent pas utiliser les bonis dégagés en fin d'année lorsqu'ils ne consomment pas l'entièreté de leur budget. Or, ces dernières années, à l'exception du secteur pharmaceutique et, par intermittence, de l'un ou l'autre petit secteur, tous les secteurs ont terminé avec des bonis assez importants. Entre 2015 et 2019, la somme des bonis dégagés est de 340 millions pour les médecins, 820 millions pour les hôpitaux, 117 millions pour les infirmiers. Ces sous-utilisations ne peuvent être utilisées alors qu'elles pourraient permettre de financer de nouvelles initiatives. Au total, et malgré les dépassements importants du secteur pharmaceutique, le budget des soins de santé se clôture en positif depuis 2015 (voir Tableau 6). Ce système engendre des frustrations dans les secteurs de soins qui doivent, en début d'année, réaliser des mesures d'économie pour ne pas dépasser le budget autorisé et, en fin d'année, ne peuvent utiliser la partie de leur budget qui n'a finalement pas été consommée.

De plus, les estimations techniques étant basées sur les dépenses des années précédentes, lorsqu'un secteur ne dépense pas la totalité de son budget l'année X, il verra son budget pour l'année X+1 diminuer. Les secteurs n'ont donc aucun incitant à gérer de façon plus optimale leurs dépenses.

Nous pensons qu'un plan budgétaire pluriannuel permettrait d'accroître la flexibilité, d'avoir un horizon plus large et de permettre aux secteurs, en cas d'économies réalisées par des gains d'efficacité ou des baisses de consommation, que celles-ci y soient réinvesties.

Tableau 6 : Clôture des exercices (en millions). Source : INAMI.

	Objectif budgétaire	Dépenses totales	Boni
--	----------------------------	-------------------------	-------------

⁴² Ibidem

2015	23.212	23.128	+ 84
2016	23.624	23.528	+ 96
2017	24.345	24.248	+ 98
2018	25.227	25.067	+ 158
2019	26.573	26.438	+ 135

4.2. Deux secteurs clés

4.2.1. Les hôpitaux

Les hôpitaux aigus tirent leurs moyens de quatre sources de financement : le budget des moyens financiers (BMF) (42%), les honoraires (35%), les médicaments et matériel médical (13%) et les paiements des patients (tickets modérateurs et suppléments) (10%) :

- 1) Le BMF (6,3 milliards en 2019) couvre les frais liés au fonctionnement général de l'hôpital : le personnel infirmier et soignant, les frais d'hôtellerie et les amortissements. Le BMF est une combinaison complexe de sous-budgets⁴³. Une part importante de ces sous-budgets sont des enveloppes fermées, réparties entre hôpitaux selon l'activité médicale justifiée, elle-même basée sur le nombre *moyen* de jour pour chaque intervention pour l'ensemble des hôpitaux. Jeu à somme nulle, ce système pousse les hôpitaux à accroître leurs activités proportionnellement plus que les autres hôpitaux afin de recevoir une part plus grande de l'enveloppe. Faire plus avec moins met sous pression le personnel soignant, ce qui n'est pas sans conséquences sur les conditions de travail et la qualité des soins octroyés. En outre, ce système engendre une pression à décroître le nombre de journées d'hospitalisation par intervention.
- 2) Les honoraires (5,3 milliards en 2019) servent à rémunérer les médecins et paramédicaux, mais aussi à pallier le sous-financement des hôpitaux. 40 à 60% des honoraires sont rétrocédés au gestionnaire de l'hôpital pour couvrir le coût des actes techniques, les appareillages, les locaux, le personnel technique, etc. Cette source de financement pousse l'hôpital à facturer le plus d'actes possibles et incite à la facturation de suppléments en chambre individuelle.
- 3) La troisième grande source de revenus se compose des médicaments et du matériel médical, en partie remboursé par la sécurité sociale.
- 4) Enfin, dernière source de financement, les patients. Ils paient les tickets modérateurs, les prestations non remboursées, les suppléments d'honoraires (en partie rétrocédés à l'hôpital) et de chambre. Les paiements des patients représentent environ 1,4 milliard soit 10% en moyenne du budget de l'hôpital.

En Belgique, la plus grosse partie des recettes hospitalières est donc liée au nombre de prestations effectuées : soit directement, par le biais des honoraires des médecins, soit indirectement, par la distribution de l'enveloppe budgétaire fermée qu'est le BMF. Les médecins comme les gestionnaires des hôpitaux sont incités à fournir un maximum de prestations de soins engendrant un risque de surconsommation. Ils sont également incités à mettre en œuvre de nouvelles pratiques managériales visant la rentabilité pour pouvoir faire davantage avec moins de ressources. En outre, ces dernières années, les honoraires et les suppléments d'honoraires croient plus rapidement que le BMF et prennent une part de plus en plus importante dans le financement.

4.2.2. Le secteur des médicaments

Les dépenses pharmaceutiques sont particulièrement élevées en Belgique. La part des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses totales de santé représentaient 14,7% en Belgique en 2017, contre 7,6% aux Pays-Bas⁴⁴, soit 6,5 milliards.

Trois éléments importants sont à noter dans le budget des spécialités pharmaceutiques :

- A) Un dépassement de l'objectif budgétaire quasi systématique depuis 2015

⁴³ Pour plus d'informations, voir Crommelynck, A., Degraeve, K. et Lefèbre, D. (2013). « L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-Info ». *MC-info*, (253).

⁴⁴ source : OCDE

- B) Une forte croissance des dépenses et, plus récemment, de l'objectif budgétaire de ce secteur.
- C) Une croissance des dépenses drainée essentiellement par l'augmentation des dépenses pour les nouveaux médicaments « article 81/111 ».

Avant de détailler ces trois éléments, nous revenons brièvement sur la procédure concernant les médicaments article 81/111.

Créé en 2010, la **convention article 81/111** a pour objectif d'offrir un remboursement temporaire à des médicaments dont les études ne sont pas suffisantes pour assurer un remboursement permanent parce que des incertitudes demeurent quant à l'efficacité clinique ou au rapport coût-efficacité du produit ou sur le plan budgétaire. L'idée est de concevoir une mesure d'exception pour rendre accessible temporairement des médicaments innovants à coût réduit par rapport au prix facial le temps que des preuves suffisantes soient réunies. Un contrat est alors conclu entre la Ministre et la firme pharmaceutique, conformément aux dispositions des articles 111 et suivants de l'Arrêté Royal du 21-02-2018 (anciennement aux articles 81 de l'Arrêté Royal du 21-12-2001). Le contenu des contrats est confidentiel. Le KCE conclut que « même si [les conventions article 81] ont été présentées au départ comme des situations win-win, force est de constater que les bénéfices du système sont clairs pour le monde pharmaceutique mais le sont de moins en moins pour les payeurs publics, surtout à long terme ». De plus, « on observe que de telles conventions sont également établies pour des produits sans plus-value démontrée, justifiées par le simple fait que le comparateur de ces produits est lui-même sous convention » ou encore que « la nature confidentielle de ces compensations interdit aux stakeholders extérieurs au groupe de travail « art.81 » de vérifier si les prix ainsi négociés sont cohérents par rapport à la valeur ajoutée du produit »⁴⁵.

A. Un dépassement systématique de l'objectif budgétaire

Les spécialités pharmaceutiques ont dépassé leur budget de 249, 267, 268, 392 et 198 millions d'euros respectivement en 2015, 2016, 2017, 2018 et 2019, soit un dépassement d'1,4 milliard en 5 ans (voir ableau 7). Le dépassement du budget prévu est systématique et implique des montants importants.

En cas de dépassement, le secteur pharmaceutique devra rembourser maximum 2,5%⁴⁶ du total de son budget (mécanisme du clawback), montant systématiquement inférieur au dépassement réel du secteur. Soulignons au passage que le secteur pharmaceutique est un des seul secteur à ne pas être responsabilisé à 100% de son dépassement. In fine, les dépassements systématiques du secteur pharmaceutique n'ont pas entraîné de mali au niveau du budget global des soins de santé car l'ensemble des autres secteurs de soins a eu tendance à sous-consommer ses budgets, venant compenser les dépassements du secteur pharmaceutique. Il y a donc eu une réallocation des budgets des autres secteurs de soins en faveur du secteur pharmaceutique.

Tableau 7 : Dépassement du secteur pharmaceutique et sous-utilisation des autres secteurs, en milliers, 2015-2019 (source : INAMI)

	2015	2016	2017	2018	2019
Dépassement du secteur pharmaceutique	- 249.028	- 267.162	- 267.660	- 392.180	- 197.646
Sous-utilisation de l'ensemble des autres secteurs de soins	331.620	363.235	365.119	552.468	332.114

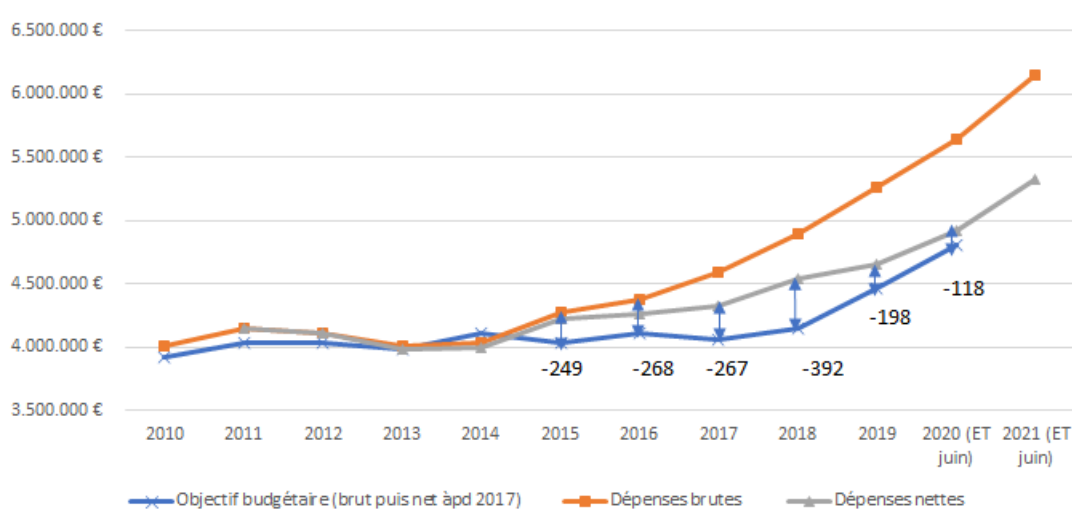
⁴⁵ Rapport KCE 288Bs. (2017) Pistes pour améliorer le système belge de conventions article 81. Synthèse. p. 28-29

⁴⁶ A partir de 2020, ce montant sera augmenté à 4% (voir la Loi portant exécution des mesures d'économies relatives aux spécialités pharmaceutiques dans le cadre du budget soins de santé 2020 http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2020/06/19_1.pdf#Page16)

B. Une forte croissance des dépenses et de l'objectif budgétaire

Pourtant constante entre 2010 et 2015, la Figure 2 nous montre l'envolée des dépenses brutes et nettes⁴⁷ à partir de 2015. La croissance réelle (hors inflation) prévue pour les dépenses nettes est de 6% et de 8,2% en 2020 et 2021. Plus alarmant encore, l'objectif budgétaire connaît une forte croissance en 2019 et en 2020 (+6,4% en 2019 et +6,1% en 2020 hors inflation) et ce, en tenant compte des mesures d'économie imposées au secteur ces deux années. Cela signifie que la forte croissance des dépenses des années précédentes se répercute dans le budget autorisé et devient en quelque sorte structurelle. Le secteur pharmaceutique se voit ainsi attribué une norme de croissance largement supérieure à la norme de croissance légale (1,5% hors inflation), ce qui, inévitablement, devra être compensé par une croissance inférieure dans d'autres secteurs ou par des mesures d'économie.

Figure 2 : Evolution des objectifs budgétaires et dépenses du secteur pharmaceutiques, 2015-2019 (source : docPH INAMI). Note : La différence entre la ligne grise et bleue représente le montant des dépassements du secteur.



C. Une croissance des dépenses drainée par la croissance des contrats article 81

La croissance des dépenses pharmaceutiques est drainée par la croissance des médicaments article 81/111. En effet, la croissance des dépenses article 81 est très élevée alors que les dépenses pour les autres médicaments stagnent (voir Tableau 8). La part des dépenses article 81 dans les dépenses brutes totales du secteur des médicaments augmente fortement, de 11,8% en 2014 à 29,1% en 2018.

Tableau 8 : Taux de croissance des dépenses brutes du secteur pharmaceutiques et part des dépenses article 81 dans les dépenses brutes (source : docPH).

	2015	2016	2017	2018
Taux de croissance				
Médicaments article 81	44,8%	17,5%	35,2%	29,6%
Autres médicaments	0,7%	-0,5%	-1,9%	-0,8%
<i>Total dépenses brutes</i>	5,9%	2,4%	4,9%	6,5%
Part des dépenses article 81 dans dépenses brutes				
	16,2%	18,6%	23,9%	29,1%

⁴⁷ Les dépenses brutes comprennent les compensations article 81/111, qui sont des dépenses faites par l'assurance soins de santé qui sont ensuite récupérées sous forme de ristourne auprès des firmes pharmaceutiques.

Les dépenses publiques consacrées aux médicaments ont donc fortement augmenté ces dernières années. Les principales raisons de cette augmentation sont les prix élevés des nouveaux médicaments, la tendance à l'utilisation accrue de thérapies plus coûteuses et les volumes prescrits. La croissance du secteur pharmaceutique met le budget de l'assurance obligatoire soins de santé sous pression, en consommant les marges des autres secteurs ou en imposant des mesures d'économie en amont pour compenser la plus forte croissance de son objectif budgétaire.

Le secteur pharmaceutique est un secteur dominé par des entreprises multinationales à but lucratif. Celles-ci sont donc en partie financées par la sécurité sociale et réalisent une partie de leur profit grâce à l'argent public. Il nous faut être particulièrement vigilant lorsque des logiques opposées s'entremêlent (objectif de lucre versus financement par la collectivité), veiller à la transparence des coûts et des prix, réguler le secteur et développer à long terme d'autres modèles économiques pour l'industrie pharmaceutique.

5. Conclusion & recommandations

Depuis une dizaine d'années, nous observons un double durcissement des lignes de force dans les choix politiques pris : (i) une austérité budgétaire et de nombreuses mesures d'économie qui induit indirectement une privatisation accrue des soins et un recours à des politiques ciblées sur les bas revenus ainsi que (ii) un affaiblissement des acteurs sociaux et du modèle de concertation au profit du gouvernement et des arbitrages politiques, singulièrement sous la dernière législature. Ceci annonce un effritement de notre modèle social et de notre système de santé en particulier. Cette évolution est d'autant plus inquiétante quand on sait que la part à charge du patient dans le système de soins belge est déjà aujourd'hui plus conséquente que chez nos voisins et que les inégalités en termes d'accès aux soins de santé sont parmi les plus élevées des pays occidentaux de l'UE⁴⁸.

Ces deux lignes de force représentent les premiers jalons d'une évolution majeure de notre société vers un contrat social tout autre : notre sécurité sociale originellement de type « redistributive » évoluerait vers un modèle d'assistance sociale⁴⁹. L'assistance sociale est caractérisée 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 davantage privatisée et marchandisée et elles doivent se tourner vers le marché des assurances facultatives pour couvrir leurs frais de santé. Les prestataires de soins risquent alors de sélectionner leur patientèle en fonction des suppléments qu'ils peuvent leur facturer ou de garantir une sécurité tarifaire pour les uns mais de pratiquer la liberté tarifaire pour les autres. Ces systèmes créent ainsi une médecine à deux vitesses. En prenant des mesures très ciblées, les patients des catégories socio-économiques les plus faibles pourraient certes bénéficier d'un remboursement plus ou moins suffisant. Mais dans l'ensemble, la classe moyenne, majoritaire et moins bien couverte, risque de rencontrer des difficultés d'accès aux soins de santé et de délégitimer ce mécanisme de protection des plus faibles, quitte à en réduire son ampleur et sa couverture.

A contre-courant de ces évolutions, nous souhaitons sortir d'une vision budgétaire étriquée, adopter une vision cohérente et transversale de la santé, accroître la transparence et la régulation des prix et des tarifs et mettre les acteurs au service des objectifs de santé publique.

5.1. Sortir d'une vision budgétaire étriquée

Ces dix dernières années, les soins de santé sont devenus une variable d'ajustement du déficit budgétaire. Ils ont été soumis aux mesures d'austérité et d'économie, certaines visant plus d'efficacité mais d'autres impactant directement ou indirectement le patient. Nous ne pouvons

⁴⁸ State of Health in the EU. Belgique. Profils de santé par pays 2019, consulté sur https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_be_french.pdf

⁴⁹ 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, octroyer aux personnes dont les ressources sont insuffisantes, financée par les impôts et versée par les collectivités publiques sans contrepartie de cotisation.

défendre les mesures qui entraînent une réduction de la couverture sociale. Nous promovons au contraire une vision alternative fondée sur les principes suivants :

- Le droit à la santé est un droit fondamental⁵⁰. Les soins de santé ne doivent pas être vus comme une variable d'ajustement budgétaire mais comme un investissement important.
- Le budget des soins de santé doit s'intégrer dans un plan budgétaire pluriannuel permettant d'accroître la flexibilité et d'avoir un horizon plus large.
- La conception du budget des soins de santé doit s'insérer dans une vision cohérente et transversale de la santé (point 5.2). Il faut partir des besoins réels pour définir le cadre budgétaire. Des moyens supplémentaires devront dès lors être dégagés ou réalloués au sein du budget des soins de santé pour satisfaire les besoins réels identifiés et les objectifs de santé définis.
- Enfin, le fait de sortir d'une logique strictement budgétaire ne signifie pas qu'il faille renoncer à une gestion rationnelle des moyens alloués. Des améliorations peuvent être obtenues quant à la forte variation des pratiques médicales, les profils anormaux de prescription, l'utilisation incorrecte de la nomenclature, la surconsommation de médicaments et d'actes techniques, la pléthore de lits en hôpitaux aigus et psychiatriques, etc. Il reste des marges pour augmenter l'efficacité du système de santé belge en améliorant la transparence et la régulation des prix et des actes.

5.2. Une vision cohérente et transversale de la santé

La crise du coronavirus a dévoilé les carences liées à une répartition incohérente des compétences en matière de santé et surtout les travers d'une coopération souvent laborieuse entre les différents niveaux de pouvoir. En outre, le fonctionnement des soins de santé repose sur une organisation en silos et une approche court-termiste. Cela incite à se pencher sur certains aspects :

- Réfléchir à une répartition adéquate des compétences entre les différentes entités fédérées et à une coordination efficace.
- Dans le cadre de la concertation sociale, définir des objectifs de santé publique. Ces objectifs doivent s'inscrire dans un cadre pluriannuel et trans-sectoriel afin de donner des perspectives à moyen et à long terme et de dépasser le fonctionnement en silos de notre système de santé.
 - o Il faut améliorer l'accessibilité de notre système de soins (réduction de la part à charge du patient, meilleure accessibilité aux soins dentaires et psychologiques notamment) et réduire les inégalités sociales de santé en travaillant notamment sur les déterminants sociaux de la santé⁵¹.
 - o Il faut faire face aux nouveaux besoins comme le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques⁵².
 - o Il faut réajuster notre politique de santé, d'une politique tournée vers l'offre à une politique tournée vers les besoins et, également, de la médecine curative vers la médecine préventive. Il est nécessaire d'investir dans une politique de santé publique et de prévention ambitieuse et transversale.
 - o La première ligne de soins doit être renforcée avec une meilleure articulation et échelonnement entre les différentes professions, un renforcement des soins plus proches des habitudes et contextes de vie des gens et une meilleure coordination avec la deuxième ligne de soins.
 - o Les pratiques multidisciplinaires comme les maisons médicales, les projets de soins intégrés ou les pratiques de groupe doivent être encouragées car elles brisent la logique de silos et apportent une meilleure coordination et échelonnement des soins.

⁵⁰ repris dans le PIDESC, dans la charte sociale européenne et dans la charte des droits fondamentaux de l'union.

⁵¹ Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (revenus, qualité du logement, environnement, emplois, etc.) ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

⁵² Le Bureau fédéral du Plan estime que « les déterminants structurels endogènes des dépenses de soins de santé (prévalence des maladies chroniques, vieillissement de la population, facteurs socioéconomiques, évolution de la pratique médicale et progrès technologique médical) conduisent à une croissance moyenne de ces dépenses de 2,5% par an en termes réels [pour le budget fédéral des soins de santé], soit nettement au-dessus de la norme de 1,5% ».

- Enfin, le caractère transversal doit également se traduire par l'inclusion de tous les aspects qui ont un impact sur la santé: l'emploi, le logement, l'environnement, l'urbanisme, etc.

5.3. Une meilleure régulation et transparence des prix

Il reste d'importants coûts non remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé, que ce soit le matériel dentaire (implants, couronnes, bridges, etc.) ou médical (lunettes, appareils auditifs), les médicaments non remboursés, les suppléments d'honoraires ou les frais liés aux soins de santé mentale. Ces coûts à charge du patient peuvent être réduits, à condition qu'il y ait une volonté politique pour dégager des moyens, mais aussi imposer une plus grande transparence et une meilleure régulation des prix.

Que ce soit pour les soins dentaires, les lunettes, les appareils auditifs, les suppléments d'honoraires ou les médicaments, nous manquons de détails sur la réalité des coûts : prix de fabrication du matériel ou du traitement, tarif des intermédiaires, hauteur des rémunérations. Les différences de prix importantes constatées en Belgique pour un même traitement et la comparaison avec ceux pratiqués dans d'autres pays montrent que la facture finale présentée aux patients peut être très éloignée de la réalité des coûts. Si on veut réduire les inégalités d'accès aux soins, il faut de meilleurs remboursements. Mais rembourser mieux les soins dentaires ou les lunettes en amont n'a de sens que si les prix et la qualité sont contrôlés en aval. Comme en Allemagne ou en France, la transparence des coûts et des rémunérations doit être exigée. Les prix doivent être régulés en fonction des coûts réels du matériel et ensuite remboursés partiellement ou entièrement par les mutualités.

5.4. Mettre les acteurs au service des objectifs de santé publique

Certains acteurs, de par leur taille et leur rôle, occupent une place importante dans le système.

5.4.1. Les institutions hospitalières

Le mode de financement et d'organisation des hôpitaux doit être réformé pour pallier aux difficultés énoncées précédemment - financement lié à l'activité, hausse des suppléments, manque de transparence, logique de rentabilité qui met les équipes sous pression, etc. Nous pensons qu'il faut :

- Une interdiction légale des suppléments d'honoraires pour le patient hospitalisé, y compris dans l'ambulatoire. Si les suppléments disparaissent, les assurances hospitalisation deviendront également superflues. Au fil des ans, un système pervers s'est développé, dans lequel l'existence d'assurances hospitalisation sert d'alibi pour facturer des suppléments toujours plus élevés, lesquels font grimper à leur tour les primes des assurances hospitalisation. C'est cette spirale d'augmentation des coûts que nous voulons briser parce qu'elle touche aux principes fondamentaux des soins de santé et de la sécurité sociale, parce qu'elle accentue la tendance au développement d'une médecine à deux vitesses.
- Un autre mode de financement qui combine tarification à l'activité, forfait et dotation et qui soit suffisant pour pallier l'interdiction de suppléments d'honoraires⁵³.
- Une revalorisation des fonctions et une amélioration des conditions de travail du personnel soignant.
- Une transparence totale, notamment en ce qui concerne les flux d'honoraires et de suppléments, ainsi que les coûts qu'entraîne une admission par rapport au financement reçu par un hôpital.

5.4.2. Le secteur pharmaceutique

Les dépenses publiques consacrées aux médicaments ont fortement augmenté ces dernières années, en raison de la croissance exponentielle des médicaments sous convention article 81/111. Cette forte croissance du secteur pharmaceutique met le budget de l'assurance obligatoire soins de santé et la sécurité sociale sous forte pression, en consommant les marges des autres secteurs ou en imposant des mesures d'économie en amont pour compenser la plus forte croissance de son objectif budgétaire. Cette croissance n'est pas tenable. Il est nécessaire d'établir un pourcentage d'augmentation maximale pour ce secteur et d'élaborer un mécanisme réaliste pour le maintenir. Il

⁵³ Pour plus d'informations, voir Dolphens, M., Wantier, M., Rousseau, B. Ghyselen, E. et Landtmeters, B. (2019) « Baromètre hospitalier MC 2019 ». *MC-informations* (279).

faut mettre davantage l'accent sur les besoins médicaux réels des patients, optimiser le fonctionnement de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) au sein de l'INAMI, revoir les critères pour les conventions article 81/111 sur base des recommandations du KCE⁵⁴ et responsabiliser davantage le secteur.

Le secteur pharmaceutique est un secteur international par excellence, dominés par des firmes multinationales à but lucratif. Une collaboration plus étroite aux niveaux international et européen est importante pour parvenir à une plus grande transparence en ce qui concerne l'échange sur les coûts réels des médicaments et pour développer à long terme d'autres modèles économiques pour l'industrie pharmaceutique. En 2016, le KCE avaient développé 4 scénarios pour y parvenir. Ces scénarios allaient des partenariats public-privé jusqu'à la prise en charge publique du secteur⁵⁵.

Pour conclure, nous sommes convaincus de la possibilité d'augmenter l'efficacité du système de santé belge en améliorant la transparence et la régulation des prix. Et cela d'autant plus que parier sur la reprise d'une croissance économique pour renflouer les caisses de l'Etat nous semble, à l'âge des défis écologiques, une promesse utopique. Cependant, nous pensons que les choix posés ces dernières années marquent une rupture et un changement de paradigme qui ne correspondent pas au modèle de société en lequel nous croyons. Nous souhaitons au contraire maintenir un système d'assurance obligatoire soins de santé performant et solidaire ne laissant pas des patients dans l'incapacité de se soigner. Nous continuons donc à défendre les fondements de notre système de santé, qui se veut de qualité et universel, financé de manière solidaire par tous et pour tous, sans discrimination dans l'offre de soins. La sécurité sociale doit rester un véhicule de solidarité, une réponse à des besoins sociaux, amortissant les crises et les chocs socioéconomiques et ne doit, en aucun cas, devenir une simple variable d'ajustement budgétaire et être vue en premier lieu comme un frein à l'emploi et à la compétitivité. A l'heure où la crise du coronavirus commence à montrer des effets sociaux et économiques dévastateurs avec une recrudescence des inégalités sociales, il y a urgence à marteler ces principes et à ne pas, une fois de plus, capituler devant des discours du type *'There Is No Alternative'*, centrés uniquement sur une perspective budgétaire. Il nous faut au contraire prendre de la hauteur, repartir des principes fondamentaux et des besoins sociaux réels et puis créer, innover afin de dépasser les barrières budgétaires.

Également, nous défendons la concertation sociale pour la conduite de la politique de santé, afin d'assurer une meilleure adéquation entre les décisions politiques et les besoins des citoyens grâce aux organisations sociales qui bénéficient d'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 soins⁵⁶. L'avantage d'un tel système est qu'il permet d'assurer une certaine stabilité dans le temps grâce à la présence des acteurs de terrain.

Plus concrètement, afin de garantir un système de santé durable et solidaire, nous pensons qu'il est nécessaire de sortir d'une vision budgétaire étriquée, d'adopter une vision cohérente et transversale de la santé, d'accroître la transparence et la régulation des prix et tarifs et de mettre les acteurs au service des objectifs de santé publique. Cela, afin que les ressources financières soient utilisées avec efficacité et qu'elles soient investies dans l'adaptation de notre système de soins aux enjeux futurs tels la multiplication des maladies chroniques et le vieillissement de la population.

⁵⁴ Rapport KCE 288Bs. (2017) Pistes pour améliorer le système belge de conventions article 81. Synthèse. p. 28-29

⁵⁵ KCE (2016) Scénarios futurs pour le développement des médicaments et la fixation de leurs prix, disponible sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/drugpricing_FR_D30-06_0.pdf

⁵⁶ Fuss, H. (1958) La genèse clandestine de la sécurité sociale en Belgique.