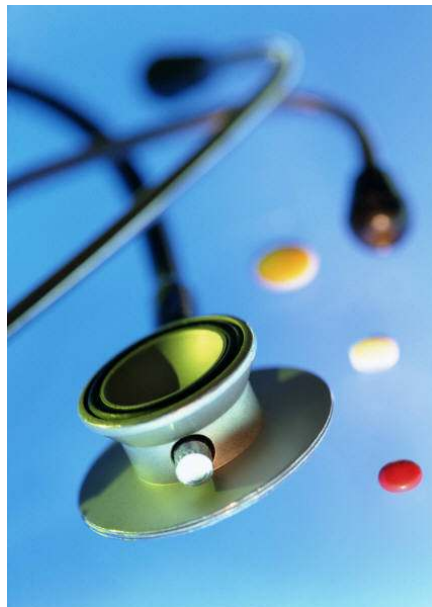


# QUEL EST L'ÉTAT DE SANTÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ EN BELGIQUE ?



François Daue

David Crainich



*"Think-tank" et "do-tank" indépendant qui œuvre pour la croissance économique et une protection sociale durable*

### Sur les auteurs

**François Daue** a obtenu une Licence et une Maîtrise en Economie à l'Université de Namur. Après deux années de Recherche pour les Services de Programmation de la Politique Scientifique, il a été pendant six ans l'adjoint de direction auprès de la Fédération francophone des hôpitaux (FIHW). Il a ensuite été directeur de Deloitte & Touche Belgique, où il a dirigé pendant dix ans le département pour le secteur soins de santé et où il a assumé la direction européenne pour Deloitte & Touche du Healthcare Business Group. Il est actuellement senior fellow chez l'Ininera Institute et se focalise sur le domaine des soins de santé.

**David Crainich** a étudié à l'Université Catholique de Louvain. Il a obtenu un doctorat en sciences économiques aux Facultés Universitaires Saint-Louis. Il est actuellement chargé de recherches auprès du CNRS et enseigne l'économie à l'Université Catholique de Lille. Il est l'auteur de publications internationales dans les domaines de la théorie du risque et de l'économie de la santé.



*"Think-tank" et "do-tank" indépendant qui œuvre pour la croissance économique et une protection sociale durable*

### Remerciements

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce rapport. Par leurs remarques et leurs apports judicieux, elles nous ont permis de compléter, nuancer, finaliser les différentes parties de cette étude. Nous remercions en particulier les Professeurs Marc De Vos (Université de Gand et Institut Itinera), Johan Albrecht (Université de Gand et Institut Itinera) et Jean Hindriks (UCL et Institut Itinera) ainsi que les experts extérieurs et les collaborateurs d'Itinera qui nous ont accompagnés dans la conception et la réalisation de cette étude.

## Introduction et objectif

A l'aube de ce XXI<sup>ème</sup> siècle, les systèmes de Santé de tous les pays d'Europe sont soumis à des pressions très importantes sur le plan humain, financier, thérapeutique et technologique. Ces pressions constituent une menace importante pour le maintien d'un système de bonne qualité et accessible à tous. Une approche proactive, déterminée et impliquant tous les partenaires est nécessaire.

L'objectif de ce premier rapport du Département Santé de l'Institut Itinera est de réfléchir sur les lignes de forces essentielles de cette nouvelle approche. En intégrant les études nationales et internationales, il se veut une synthèse de réflexion à destination de tous les acteurs du système de Santé : les prestataires de soins, les citoyens-patients, les autorités publiques, les mutualités, les sociétés d'assurance et tous les fournisseurs de biens et services. Face aux nombreux défis, tous ces acteurs vont porter, initier, développer de nouveaux projets et de nouvelles responsabilités. Il faut aujourd'hui les imaginer sur base d'un premier bilan général de notre système.

Le rapport pose trois questions essentielles qui correspondent aux trois parties et aux trois dimensions de la réflexion. Tout d'abord – Partie I Anatomie – quels sont les éléments essentiels à connaître et à comprendre pour entreprendre une réflexion sur notre système le système de Santé. Ensuite – Partie II – quels sont les points de force traditionnellement reconnus sur lesquels nous pourrions capitaliser tout en y apportant les nuances nécessaires. La troisième partie développe toutes les raisons pour lesquelles entreprendre des réformes nous semble indispensable.

L'ambition et l'espoir de ce document est d'initier un mouvement de réflexion optimiste et réactif pour garantir l'avenir de notre système de Santé. Optimiste parce-que nous pensons qu'il n'est pas trop tard et que nous disposons de toutes les conditions pour réussir. Réactif parce-que nous pensons qu'il est urgent de réagir au risque de subir une évolution non contrôlable et non souhaitée.

## CONTENU

---

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>PARTIE I – ANATOMIE DU SYSTEME DE SANTE EN BELGIQUE.....</b>   | <b>12</b> |
| 1.1      | LES DIMENSIONS MULTIPLES DE LA SANTE .....  | 13        |
| 1.1.1    | <i>L'approche « santé » versus « soins de santé » .....</i>   | <i>13</i> |
| 1.1.2    | <i>La Santé et le bien-être .....</i>   | <i>14</i> |
| 1.1.3    | <i>La prise en compte des dimensions publiques et privées des soins de Santé .....</i>                                | <i>15</i> |
| 1.1.4    | <i>Le modèle des 5 P centré autour du citoyen-patient.....</i>  | <i>18</i> |
| 1.1.5    | <i>L'approche retenue .....</i>   | <i>20</i> |
| 1.2      | LES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE .....   | 21        |
| 1.2.1    | Les activités de base.....  | 21        |
| 1.2.1.1  | Les autorités publiques « public authorities » .....  | 21        |
| 1.2.1.2  | Les mutualités et les assureurs privés « payors » .....   | 21        |
| 1.2.1.3  | L'industrie pharma et l'industrie des dispositifs médicaux.....   | 22        |
| 1.2.1.4  | Les prestataires de soins « providers » .....   | 23        |
| 1.2.2    | Les activités autres.....   | 24        |
| 1.2.3    | L'importance comparative.....   | 25        |
| 1.3      | L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE .....  | 26        |
| 1.3.1    | Les trois niveaux de pouvoir.....   | 26        |
| 1.3.1.1  | Le Niveau fédéral .....   | 26        |
| 1.3.1.2  | Le Niveau régional et communautaire.....  | 28        |
| 1.3.1.3  | Les Niveaux provincial et communal.....   | 28        |
| 1.3.2    | Les particularités du système de santé belge .....  | 28        |
| 1.3.3    | Le système de financement .....   | 31        |
| 1.3.4    | L'importance des lobbies ou groupes d'intérêt .....   | 34        |
| 1.4      | L'EVOLUTION DES POLITIQUES DE SANTE .....   | 34        |
| 1.4.1    | <i>La première vague : les vingt années "fleur bleue": 1963-1982 .....</i>  | <i>35</i> |
| 1.4.2    | <i>La deuxième vague : les vingt-cinq années "budgétaires" : 1982-2007 .....</i>                                      | <i>36</i> |
| 1.4.2.1  | Les années 1980 – les années hôpitaux.....  | 36        |
| 1.4.2.2  | Les années 1990 : les années Mutualités et Inami .....  | 37        |
| 1.4.2.3  | Les années 2000 : les années pharma – médecins et extension de la couverture ...                                      | 38        |
| 1.5      | LES DEFIS MAJEURS POUR LE XXIEME SIECLE .....   | 40        |
| 1.5.1    | <i>L'évolution des modes de vie et de consommation.....</i>   | <i>40</i> |
| 1.5.2    | <i>Le développement des maladies chroniques.....</i>  | <i>42</i> |
| 1.5.3    | <i>L'allongement de la durée de vie et la progression des nouvelles technologies et des nouveaux traitements.....</i> | <i>44</i> |
| 1.5.4    | <i>Croissance des dépenses de Santé et des besoins en ressources humaines.....</i>                                    | <i>45</i> |
| <b>2</b> | <b>PARTIE II – LES FORCES TRADITIONNELLEMENT RECONNUES DU SYSTEME DE SANTE EN BELGIQUE.....</b>                       | <b>47</b> |
| 2.1      | LE TAUX DE COUVERTURE DE LA POPULATION PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE .....                                      | 48        |
| 2.2      | LA LIBERTE DE CHOIX DU PATIENT.....   | 52        |
| 2.3      | L'ACCES AU SYSTEME DE SANTE .....   | 52        |
| 2.4      | LA DYNAMIQUE GLOBALE INDUITE PAR LE SYSTEME .....   | 53        |
| 2.5      | LA QUALITE DE BASE DE L'ENSEIGNEMENT ET DES PRATICIENS.....   | 54        |
| 2.6      | LA PROFESSIONNALISATION DE LA GESTION .....   | 55        |
| <b>3</b> | <b>PARTIE III. POURQUOI ENTREPRENDRE DES REFORMES ?.....</b>  | <b>56</b> |
| 3.1      | L'EVOLUTION DU BUDGET DOIT ETRE MIEUX MAITRISEE.....  | 60        |
| 3.1.1    | <i>Une croissance exponentielle des dépenses de santé publiques et privées.....</i>                                   | <i>60</i> |

|       |   |            |
|-------|---|------------|
| 3.1.2 | <i>Un financement qui repose de plus en plus sur la contribution privée .....</i>           | <i>64</i>  |
| 3.1.3 | <i>Un secteur des soins de santé qui cannibalise la sécurité sociale.....</i>               | <i>67</i>  |
| 3.1.4 | <i>Une tendance qui va se renforcer sous l'effet notamment du vieillissement.....</i>       | <i>68</i>  |
| 3.1.5 | <i>Une affection des dépenses qui évolue au profit de certains postes.....</i>              | <i>70</i>  |
| 3.1.6 | <i>Un mécanisme imparfait de constitution du budget.....</i>                                | <i>72</i>  |
| 3.2   | <b>L'OBJECTIF QUALITE EST INSUFFISAMMENT AFFIRME .....</b>                                  | <b>74</b>  |
| 3.2.1 | <i>Introduction .....</i>   | <i>74</i>  |
| 3.2.2 | <i>La contradiction entre la satisfaction des Belges et les études internationales ....</i> | <i>76</i>  |
| 3.2.3 | <i>L'absence de mécanismes formels de garantie de qualité à l'échelle nationale...82</i>    |            |
| 3.2.4 | <i>La nécessité de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats.....</i>       | <i>85</i>  |
| 3.3   | <b>L'OFFRE DOIT EVOLUER .....</b>   | <b>86</b>  |
| 3.3.1 | <i>Un important déficit en médecins pour l'avenir .....</i>                                 | <i>87</i>  |
| 3.3.2 | <i>L'adaptation du profil de l'infirmier est nécessaire.....</i>                            | <i>91</i>  |
| 3.3.3 | <i>Il y a également une menace de pénurie d'aides-soignants.....</i>                        | <i>93</i>  |
| 3.3.4 | <i>Insuffisamment de coopération, de réseaux de soins et de spécialisation.....</i>         | <i>94</i>  |
| 3.3.5 | <i>Les soins à domicile et la participation du patient sont insuffisamment développés</i>   | <i>98</i>  |
| 3.4   | <b>LA PREVENTION DES MALADIES EST SOUS-DEVELOPPEE .....</b>                                 | <b>101</b> |
| 3.4.1 | <i>Introduction .....</i>   | <i>101</i> |
| 3.4.2 | <i>La prévention n'est pas une priorité politique.....</i>                                  | <i>101</i> |
| 3.4.3 | <i>Les avantages de la prévention .....</i>   | <i>104</i> |
| 3.4.4 | <i>Le découpage des compétences n'incite pas à la prévention .....</i>                      | <i>105</i> |
| 3.4.5 | <i>Une focalisation quasi exclusive sur la dimension curative .....</i>                     | <i>107</i> |
| 3.5   | <b>IL MANQUE UNE VISION A MOYEN ET LONG TERME ET UNE SENSIBILISATION AUX COUTS.....</b>     | <b>109</b> |
| 3.5.1 | <i>La dynamique actuelle du système centrée sur le court terme.....</i>                     | <i>109</i> |
| 3.5.2 | <i>La nécessité d'une vision prospective pour faire face aux nombreux défis.....</i>        | <i>110</i> |
| 3.5.3 | <i>L'absence actuelle de vision et de plan à moyen et long terme.....</i>                   | <i>111</i> |

## Le contexte – Partie I

1 - La Santé est un secteur-clé. Même si on se limite aux activités de base, le secteur de la santé occupe 400.000 personnes, soit 9 % de la population active. Un peu plus que l'enseignement, par exemple, avec 370.000 personnes et deux fois plus que le secteur de la construction. Le champ d'activité de la Santé s'élargit chaque jour. Il ne se limite plus à l'aspect curatif mais englobe une notion beaucoup plus large de bien-être de la population. Il place au cœur du système le citoyen-patient. Notre économie évolue progressivement vers une économie de la santé.

2 - L'évolution des politiques de Santé est marquée par deux grandes périodes. Durant les années 60 jusqu'au début des années 1980, nous pouvons parler de vingt années « fleur bleue » de maximisation de la qualité sans contrainte de ressources qui correspondent à la prospérité et au climat de confiance qui caractérisent cette période. De 1982 à 2007, nous connaissons vingt-cinq années « budgétaires » de focalisation budgétaire croissante avec trois grands axes de réformes : d'abord les hôpitaux, ensuite les mutualités et l'Inami, enfin l'industrie pharmaceutique, les médecins et l'extension de la couverture santé.

3 - Les nouveaux défis du XXI<sup>ème</sup> siècle sont nombreux : l'évolution des modes de vie et de consommation, le développement des maladies chroniques, l'allongement de la durée de vie et la progression des nouvelles technologies et des nouveaux traitements. Sous l'effet de ces quatre facteurs, les dépenses de santé vont connaître des taux de croissance beaucoup plus élevés que par le passé et générer de nouveaux besoins en termes de ressources humaines.

## Les points de force - Partie II

1 Trois points de forces sont traditionnellement attribués à notre système de santé : le taux de couverture de la population par l'Assurance Maladie obligatoire, la liberté de choix du patient et l'accès au système de santé. Au-delà de ces points de force de base bien connus, nous retiendrons également trois points de force complémentaires.

2 La dynamique globale induite par le système dans l'offre et la prestation concrètes des soins de santé : le statut d'indépendant des prestataires, la concurrence entre les réseaux et les institutions et la concurrence entre les mutualités ont créé (et continuent à créer) une saine émulation entre les différents acteurs du système de santé.

3. La formation de base et la qualité des prestataires de santé constituent un atout complémentaire grâce à un bon système d'enseignement et à une bonne formation permanente. Toutefois, la rareté croissante du capital humain de qualité sur le marché du travail va se faire sentir également dans les professions médicales.

4. Enfin, on assiste à une professionnalisation croissante du management des structures de santé. Beaucoup d'hôpitaux et de mutualités ont réalisé durant les 15 dernières années des progrès très importants en matière de gestion. Des fonctions et des profils pointus de directions financières, informatiques, médicales, soignantes ont été introduits. Les compétences et le professionnalisme ont progressé en parallèle même si des efforts importants restent encore à accomplir dans certaines institutions.



### Les dangers - Partie III

Notre système de Santé possède des atouts importants. Et pourtant ceux-ci sont aujourd'hui sérieusement menacés.

1. Depuis 25 ans, les politiques se sont centrées presque exclusivement sur la préoccupation budgétaire en trois vagues successives : (i) les hôpitaux, (ii) les mutualités, (iii) l'industrie pharmaceutique et les prestataires médicaux.

a. Ces 25 années de contrôle budgétaire ont échoué pour contrôler le budget : le taux de croissance est insoutenable par rapport à l'évolution de PIB belge, le secteur santé cannibalise les autres secteurs de la sécurité sociale (notamment les pensions) et le financement privé ne cesse de croître.

b. Ces 25 années de contrôle budgétaire ont exercé une contrainte croissante sur l'offre de soins de santé et ont donné une importance croissante à l'état central, alors que la force traditionnelle du système de santé belge repose dans son offre de services libre et hautement décentralisée.

c. Le contrôle budgétaire par le système des normes de croissance augmente le coût du vieillissement pour les générations futures.

d. Le contrôle budgétaire est simplement impossible pour le futur, compte tenu des nouveaux défis du 21<sup>ème</sup> siècle, La fixation budgétaire est dès lors insuffisante, intenable et dangereuse pour les futur de système de soins de santé en Belgique.

2. Le budget sera largement insuffisant dans le futur malgré des ponctions de plus en plus importantes dans le portefeuille des ménages. Les dépenses de santé publiques et privées connaissent une croissance exponentielle. Cette croissance exponentielle, comme le dénonce la Cour des Comptes n'est pas maîtrisée et cannibalise la sécurité sociale. Elle est néanmoins nécessaire pour assurer un système de soins de santé performant. La croissance budgétaire telle que prévue par la Commission d'Etude sur le Vieillissement sera manifestement insuffisante.

3. L'objectif qualité est insuffisamment affirmé dans la politique des soins de santé. Même si des efforts sont entrepris à titre individuel, il n'existe aucune approche globale pour garantir la qualité. Les comparaisons internationales existantes en matière de qualité ne sont

pas favorables à la Belgique. En outre la transparence des informations en matière de qualité n'existe pas. Là où les informations existent, elles démontrent une performance assez médiocre.

On peut citer à titre d'exemple la mortalité infantile, la mortalité périnatale et la mortalité relative au cancer du sein ou du colon. Pour tous ces indicateurs la Belgique se situe entre la 15<sup>ième</sup> et la 20<sup>ième</sup> position du classement sur 28 pays. Les infections hospitalières constituent un autre exemple frappant. Il y a environ 110.000 infections hospitalières par an en Belgique rien que pour les hôpitaux aigus, 2500 à 3000 morts et une dépense annuelle de 116 322 800 euros pour les journées supplémentaires d'hospitalisation dues à ces infections.

Il est important que la qualité soit davantage intégrée dans la politique des soins de santé, puisque le patient n'a aujourd'hui très peu de moyens pour évaluer la qualité des services offerts. Or, par la focalisation budgétaire, l'attention est exclusivement portée sur la quantité et l'accessibilité de l'offre. La qualité de l'offre est la résultante des initiatives individuelles et non le fruit planifié d'une véritable politique organisée et volontariste. La Belgique favorise la liberté de choix des patients et la concurrence entre les prestataires, mais fait beaucoup trop peu pour éclairer le choix des patients.

4. Les quotas sont contre-productifs et généreront dans le futur des déficits en matières de ressources humaines : médecins, assistants de soins ... En outre la collaboration entre les différents niveaux de soins, la mise en place de réseaux intégrés de soins sont soit totalement absents, soit largement insuffisants. La politique est trop axée sur une politique d'affectation budgétaire verticale selon la division classique hôpitaux, médecins généralistes, etc. Le futur est celui de l'organisation horizontale qui combine les différents niveaux dans une approche intégré qui permet de focaliser sur les résultats en termes de santé, plutôt que sur des prestations de soins.

5. La grande majorité du budget est portée sur le curatif et on accorde très peu d'importance à la prévention. Par la pression budgétaire, la politique de santé est largement réduite aux soins de santé curatifs. Les incitants n'existent pas pour investir dans la prévention. De bonnes initiatives récentes existent comme les efforts développés au niveau régional ou le Plan National contre le cancer. Ces initiatives sont toutefois trop ciblées pour répondre à un problème structurel. La prévention doit être renforcée de manière structurelle.

6. On constate une absence de vision à moyen et long terme. Les politiques sont centrées sur des préoccupations de court terme.

Le système de gestion des soins de Santé en Belgique amène à affecter les dépenses sur base des groupes d'intérêts et du corporatisme. Il n'existe pas de cadre institutionnel pour lier les affectations budgétaires à une vision de long terme de Santé Publique.

L'organisation des soins de Santé en Belgique manque, par la prépondérance de la logique budgétaire à court terme, d'une plateforme de réflexion sur la Santé et la politique de Santé à long terme. Cette réflexion est pourtant nécessaire et doit permettre les mutations fondamentales du 21<sup>ème</sup> siècle :

- a. Une organisation horizontale basée sur la collaboration
- b. L'optimisation de l'offre de soins en quantité et en qualité
- c. La transformation du rôle du citoyen-patient vers une plus grande responsabilisation favorisée par des incitants adéquats
- d. L'utilisation optimale des technologies et de l'information

## **1 PARTIE I – ANATOMIE DU SYSTEME DE SANTE EN BELGIQUE**

---

1 - La Santé est un secteur-clé. Même si on se limite aux activités de base, le secteur de la santé occupe 400.000 personnes, soit 9 % de la population active. Un peu plus que l'enseignement, par exemple, avec 370.000 personnes et deux fois plus que le secteur de la construction. Le champ d'activité de la Santé s'élargit chaque jour. Il ne se limite plus à l'aspect curatif mais englobe une notion beaucoup plus large de bien-être de la population. Il place au cœur du système le citoyen-patient. Notre économie évolue progressivement vers une économie de la santé.

2 - L'évolution des politiques de Santé est marquée par deux grandes périodes. Durant les années 60 jusqu'au début des années 1980, nous pouvons parler de vingt années « fleur bleue » de maximisation de la qualité sans contrainte de ressources qui correspondent à la prospérité et au climat de confiance qui caractérisent cette période. De 1982 à 2007, nous connaissons vingt-cinq années « budgétaires » de focalisation budgétaire croissante avec trois grands axes de réformes : d'abord les hôpitaux, ensuite les mutualités et l'Inami, enfin l'industrie pharmaceutique, les médecins et l'extension de la couverture santé.

3 - Les nouveaux défis du XXI<sup>ème</sup> siècle sont nombreux : l'évolution des modes de vie et de consommation, le développement des maladies chroniques, l'allongement de la durée de vie et la progression des nouvelles technologies et des nouveaux traitements. Sous l'effet de ces quatre facteurs, les dépenses de santé vont connaître des taux de croissance beaucoup plus élevés que par le passé et générer de nouveaux besoins en termes de ressources humaines.

## 1 PARTIE I – ANATOMIE DU SYSTEME DE SANTE EN BELGIQUE

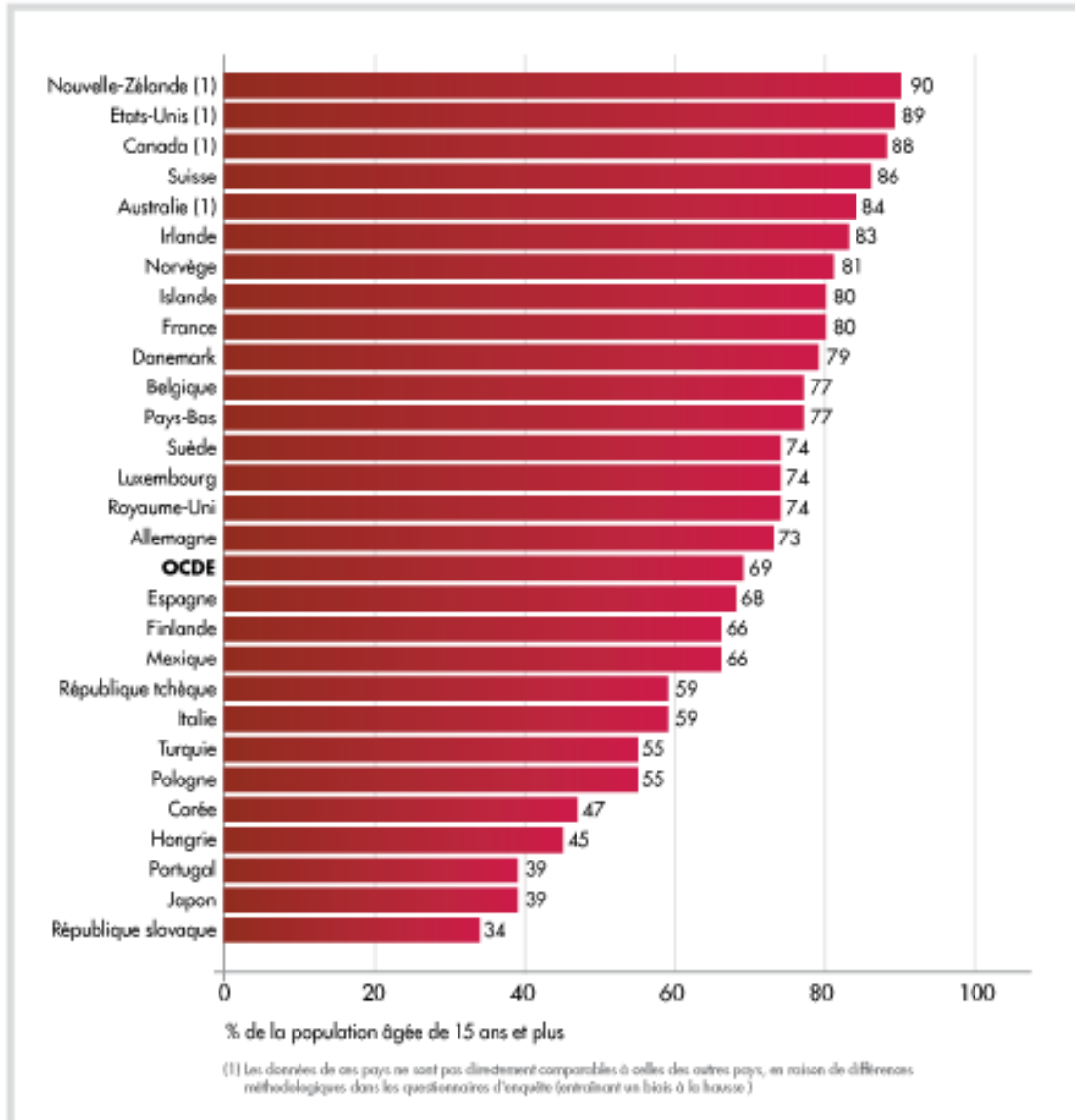
### 1.1 Les dimensions multiples de la Santé

#### 1.1.1 L’approche « santé » versus « soins de santé »

- L’axe curatif est le plus souvent mis en avant lorsque l’on évoque le système de Santé en Belgique. On utilise ainsi le terme « soins de santé » qui se traduit dans la terminologie anglo-saxonne par le terme « healthcare ».
- Cette vision est restrictive car elle réduit la santé à un de sous-ensemble : la partie soins. Cela suppose que l’on se situe déjà dans un état nécessitant des soins et l’approche se réduit ainsi à nouveau aux prestataires de soins et ceux qui le financent. On oublie le citoyen en tant qu’acteur-clé de son système de santé. D’autre part la notion de soins n’est pas synonyme de santé car les soins peuvent être inefficaces ou ne pas influencer l’état de santé ;
- Nous pensons qu’il est urgent de préférer une notion plus large qui ne se limite pas à l’aspect curatif mais qui privilégie la Santé comme une composante-clé de bien-être de la population. Cet état de santé de la population ne se mesure pas uniquement au travers des pathologies rencontrées dans le système curatif : hôpitaux, médecins de première ligne ... La Santé de la population se mesure ainsi avant tout par l’évaluation de l’Etat des Santé de la population dans toutes ses composantes. Si l’on examine le tableau comparatif réalisé par l’OCDE, on s’aperçoit que 77 % des Belges s’estiment en bonne Santé, ce qui nous situe nettement au-dessus de la moyenne de l’OCDE .<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Panorama de la Santé 2007 : indicateurs de l’OCDE – OCDE Novembre 2007

**POURCENTAGE DES ADULTES DÉCLARANT ÊTRE EN BONNE SANTÉ,  
POPULATION TOTALE, 2005 (OU DERNIÈRE ANNÉE DISPONIBLE)**



Source : Health at a glance : indicateurs OCDE – OCDE novembre 2007

### 1.1.2 La Santé et le bien-être

En ce début de XXIème siècle, les notions de Santé et de bien-être sont de plus en plus corrélées. Le citoyen du XXIème dans nos pays industrialisés, accorde une importance de plus en plus grande à tous les soins, à tous les produits, à tous les services qui permettent d'améliorer son bien-être et d'influer à court ou moyen terme sur son état de santé.

Cette demande sans cesse croissante s'exprime sous des formes extrêmement diversifiées :

- Alimentation
- Sport
- Soins et produits de beauté
- Cures thermales
- Luminothérapie
- Kinésithérapie et relaxation
- Parapharmacie
- Appareillages de mesure et d'autodiagnostic ( cardio-fréquence-mètre par exemple )
- Médecines et thérapies complémentaires ...

Cette demande nouvelle donne lieu à une croissance très importante d'un nouveau secteur de l'économie.

Cette prise en charge par le citoyen de son bien-être ne peut être absente de notre réflexion car elle influence directement son état de santé à moyen et long terme. Certains pays, comme le Canada, ont très bien compris cette interaction entre le bien-être et l'état de santé. Ainsi, l'agence publique fédérale canadienne affiche le bien-être comme un élément –clé de sa stratégie.

### **1.1.3 La prise en compte des dimensions publiques et privées des soins de Santé**

- Même si les dépenses liées à la Santé sont prises en charge de manière importante par les pouvoirs publics en Belgique, une partie importante des dépenses est prise en charge par les citoyens eux-mêmes. La récente étude de l'OCDE<sup>2</sup> montre une prise en charge à 28 % par le citoyen belge de

<sup>2</sup> OCDE – Health Data 2007

ses dépenses de santé, ce qui nous situe dans le peloton de tête européen. Certaines analyses qui intègrent plus de dépenses privées avancent le rapport de un tiers – deux tiers soit 10 milliards d’euros pris en charge par le citoyen pour 20 milliards d’euros à charge des autorités publiques.

Dans l’ensemble des pays de l’OCDE repris ci-dessous, seuls quatre pays demandent une prise en charge des dépenses de Santé plus élevée aux citoyens : les Etats-Unis, le Canada, l’Espagne et la Suisse.

| Pays             | %    |
|------------------|------|
| Allemagne        | 76,9 |
| Autriche         | 75,7 |
| Belgique         | 72,3 |
| Canada           | 70,3 |
| Danemark         | 84,1 |
| Espagne          | 71,4 |
| Etats-Unis       | 45,1 |
| Finlande         | 77,8 |
| France           | 79,8 |
| Irlande          | 78,0 |
| Italie           | 76,6 |
| Luxembourg       | 90,7 |
| Norvège          | 83,6 |
| Nouvelle-Zélande | 77,4 |
| Portugal         | 72,3 |
| Royaume-Uni      | 87,1 |
| Suède            | 84,6 |
| Suisse           | 59,7 |

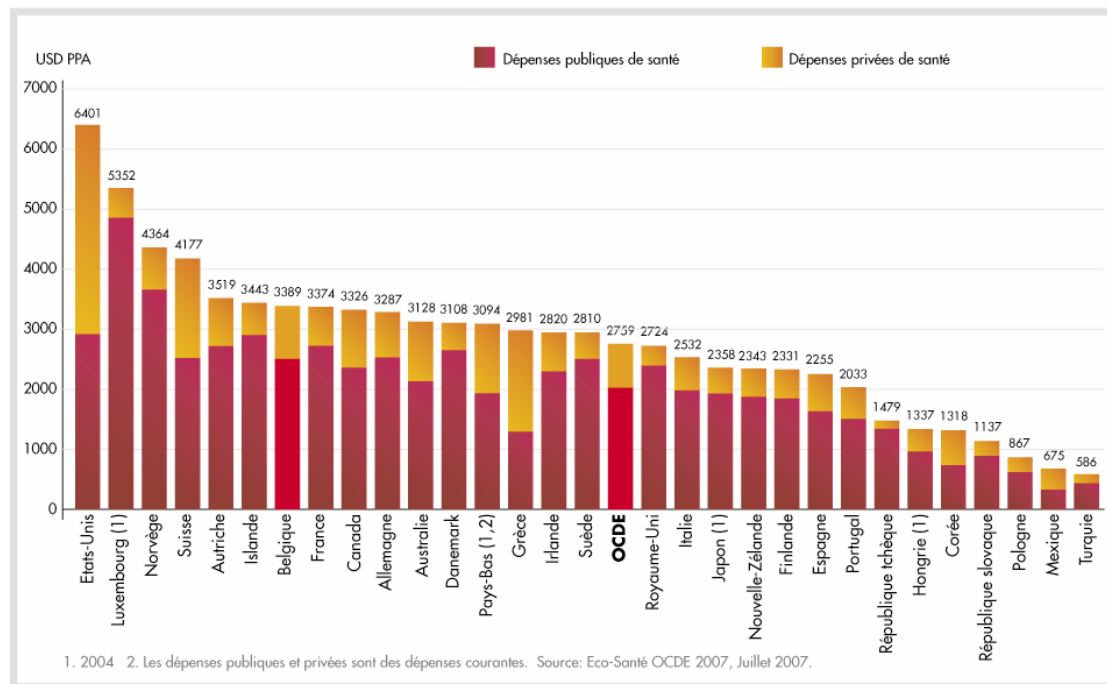
Pourcentage des dépenses de santé prises en charge par les autorités publiques.  
Source : Ecosanté OCDE 2007



La Belgique se situe aussi au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE en terme de dépenses de santé par habitant ajustées sur base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies.

Pour une moyenne de 2759 USD pour l'ensemble des pays de l'OCDE, la Belgique atteint 3389 USD . Les dépenses par habitant sont donc **supérieures de 23 % à la moyenne OCDE**. On notera dans le classement que les États-Unis et la Suisse restent en tête mais que ce sont le Luxembourg , la Norvège, l'Autriche et l'Islande qui ont pris la place de la France et de l'Allemagne.

## DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT, DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES, PAYS DE L'OCDE, 2005



Source : OCDE – Health Data 2007

- Cette prise en charge par le citoyen d'une partie importante des dépenses de santé s'est renforcée ces dernières années, comme nous le montre le tableau suivant de l'OCDE <sup>3</sup> et va continuer à se renforcer dans les années futures.

| Année | %    |
|-------|------|
| 1997  | 23,2 |
| 1998  | 23,7 |

<sup>3</sup> OCDE – Health Data 2007

|      |      |
|------|------|
| 1999 | 23,9 |
| 2000 | 24   |
| 2001 | 23,4 |
| 2002 | 24,8 |
| 2003 | 28,4 |
| 2004 | 26,9 |
| 2005 | 27,7 |

Evolution de la part privée des dépenses de santé en Belgique  
Source : OCDE – Health Data 2007

- Au-delà de l'indispensable solidarité, les citoyens sont prêts à investir eux-mêmes pour leur propre santé. Les citoyens, s'ils en ont la possibilité et l'opportunité, sont prêts à investir dans la Santé. Nous nous devons par conséquent de prendre en compte cette dimension importante. Comme le soulignent les économistes de la santé R. Hall et C. Jones dans le très réputé *Quaterly Journal of Economics*,<sup>4</sup> à mesure que le niveau de consommation s'élève, le citoyen tire de moins de moins de satisfaction d'une dépense de consommation additionnelle mais cette loi ne vaut pas pour la longévité et la Santé. Le premier réfrigérateur et la première voiture apportent une amélioration sensible de la qualité de vie ; la deuxième voiture déjà beaucoup moins. Il s'ensuit que les gens dépensent une part croissante de leurs revenus pour leur santé parce-que leur dépenses additionnelles de consommation matérielle leur apportent, en proportion, de moins de moins de satisfaction. La Santé ou une année de vie supplémentaire sont plus importants, comme le soulignent ces auteurs, qu'«une troisième voiture, un autre téléviseur ou de nouveaux vêtements ».

#### 1.1.4 Le modèle des 5 P centré autour du citoyen-patient

Dans le passé, les études réalisées sur le secteur de la Santé en Belgique se concentrent et se limitent le plus souvent à considérer deux acteurs principaux dans le système de Santé :

- Les prestataires de soins et les infrastructures de soins dans leurs divers formes : hôpitaux, médecins, infirmiers ...
- L'état financeur et les différentes institutions qui composent le système (Ministère, Inami, mutualités...)

Aujourd'hui, en ce début de 21<sup>ème</sup> siècle, avec l'évolution du rôle et de la place des différents acteurs la vision qui s'impose et que nous retenons pour cette étude est beaucoup plus large et englobe non pas deux mais cinq type d'acteurs principaux : les 5 P's.

<sup>4</sup> R. Hall et C. Jones - *Quaterly Journal of Economics*,



Cette nouvelle vision du monde de la Santé ne se limite plus aux prestataires de soins et aux autorités publiques. Elle place au centre du schéma le Citoyen-Patient.

Autour de ce citoyen-patients, gravitent 4 grands pôles qui interviennent directement dans le système de Santé. On retrouve bien entendu les autorités publiques et les prestataires de soins mais aussi deux autres pôles qui jouent un rôle très important dans le système de Santé :

- les organismes payeurs qui recouvrent tant les mutualités que les sociétés d'assurance privée. Traditionnellement les analyses se focalisaient seulement sur les mutualités. 4.913.000 personnes sont actuellement couvertes par une assurance santé complémentaire , 1.221.000 sous forme de contrats individuels et 3.692.000 sous forme de contrats collectifs.<sup>5</sup> En 1995, ce nombre n'était encore que de 2,5 millions. Il est donc essentiel de les inclure dans le champ de l'analyse et de les associer à la réflexion sur notre système de Santé.

<sup>5</sup> Données Assuralia – Mise à jour 30.11.2007

- les sociétés fournisseurs de biens et de services issues de très nombreux secteurs : secteur télécom, secteur alimentaire, secteur bancaire, secteur pharmaceutique, équipements médicaux, intérim ...

Les prestataires de soins, les fournisseurs de biens et de services, les autorités publiques, les mutualités et les assureurs privés sont au service du citoyen-patient.

Il est essentiel de bien distinguer ces deux notions de citoyens et de patients :

- Le citoyen belge, quel qu'il soit, avant d'être malade et de devenir patient développe des comportements et des habitudes de vie et de consommation qui vont influencer directement sur sa santé présente mais surtout future. Donc, sans être directement impliqué dans un processus de soins, le citoyen agit déjà sur le système de santé futur. Le phénomène de l'obésité grandissante illustre parfaitement cette responsabilité du citoyen : l'enfant en bas âge qui développe au fil du temps un profil d'obésité de par l'inactivité et une nourriture mal adaptée va directement influencer le coût et les besoins du système de santé à terme. Autre exemple : le pourcentage très élevé de fumeurs dans le passé en Belgique. Celui-ci nous positionne dans le peloton de tête européen des cancers du poumon.
- Le citoyen devient ensuite patient, le plus souvent pour des consultations ou des interventions mineures tout au long de sa vie. Par la suite, on assistera dans de nombreux cas, sur une période courte de la vie, à un recours et à une concentration élevée des dépenses. Cette concentration des dépenses sur une période courte de vie est le premier élément important à retenir. Le second élément essentiel à noter est la place prépondérante occupée par quelques maladies-phares. (cfr 1.5. maladies chroniques).

#### 1.1.5 L'approche retenue

Comme décrit dans les sections précédentes, les dimensions nouvelles à intégrer sont nombreuses. Pourtant les chiffres et les données disponibles aujourd'hui se limitent le plus souvent à l'approche traditionnelle Soins de Santé.

La première partie de ce rapport se focalisera essentiellement sur l'approche classique soins de santé, par absence de données chiffrées sur les autres

composantes de la Santé. La dernière Partie du rapport intégrera, elle, tous les nouveaux concepts dans une vision prospective.

## 1.2 Les acteurs du système de Santé

### 1.2.1 Les activités de base

Les activités de base occupent environ **400.000 personnes**. Ce chiffre est le résultat des recherches que nous avons menées auprès des différents acteurs : les données sont pour certaines difficiles à collecter et ont nécessité des contacts personnels et de nombreuses relances téléphoniques.

Par activités de base nous entendons le personnel occupé par les autorités publiques, les mutualités et assureurs privés, l'industrie pharmaceutique et des dispositifs médicaux ainsi que les prestataires de soins.

Ces 400.000 personnes se répartissent de la manière suivante :

#### 1.2.1.1 Les autorités publiques « public authorities »

Les autorités publiques encadrent le système de santé et influent sur les comportements des différents acteurs à différents niveaux pour un total de près de 5000 personnes.

| Autorité                                     | Nombre |
|--|--------|
| INAMI  | 1306   |
| SPF sécurité sociale                         | 1387   |
| SPF santé publique                           | 1306   |
| Institut Supérieur de Santé Publique         | 502    |
| KCE  | 45     |
| Communauté Française                         | 83     |
| Région Wallonne (DG action sociale et santé) | NC     |
| Communauté Germanophone                      | NC     |
| Communauté Flamande                          | 200    |

#### 1.2.1.2 Les mutualités et les assureurs privés « payors »

L'adhésion à un organisme de mutuelle est obligatoire mais le choix de cette mutuelle est libre. Elles sont groupées en cinq grandes associations historiques les mutualités chrétiennes, libérales, libres, neutres et socialistes. Le marché est fermé aux nouveaux entrants par la loi.

Les mutualités représentent, d'après nos estimations, un total de près de 20.000 personnes. Ces chiffres doivent être considérés avec prudence car ils proviennent de sources différentes et peuvent diverger quant à l'intégration ou non des ASBL satellites.<sup>6</sup>

| Institution   | Nombre |
|---|--------|
| Mutualités Chrétiennes  | 6514   |
| Mutualités Neutres  | 600    |
| Mutualités Libérales  | 109    |
| Mutualités Socialistes ( chiffre intégrant toutes les ASBL liées) | 11300  |
| Mutualités Libres   | 2864   |

A l'exception de DKV qui occupe 380 personnes<sup>7</sup>, les autres assureurs privés n'ont pu nous communiquer de manière distincte le personnel rattaché aux soins de santé. On peut estimer de manière tout à fait minimaliste à 500 personnes le nombre de personnes occupées.

### 1.2.1.3 L'industrie pharma et l'industrie des dispositifs médicaux

L'industrie pharmaceutique occupe près de 30.000 personnes en Belgique et l'industrie des dispositifs médicaux plus de 5.000 personnes :

| Secteur                               | Nombre |
|---------------------------------------|--------|
| Industrie pharmaceutique <sup>8</sup> | 28605  |
| Matériel médical <sup>9</sup>         | 5500   |

Si l'on effectue une comparaison internationale, on s'aperçoit que le volume d'emploi généré par l'industrie pharmaceutique par rapport à l'emploi total est nettement supérieur aux autres pays dont les données sont disponibles au niveau de l'OCDE<sup>10</sup>:

| Pays        | % de l'emploi total | Nombre d'employés |
|-------------|---------------------|-------------------|
| Belgique    | 0,67                | 28 605            |
| Danmark     | 0,5                 | 13 000            |
| France      | 0,3                 | 74 000            |
| Norvège     | 0,16                | 4 000             |
| Royaume Uni | 0,24                | 65 000            |
| USA         | 0,19                | 269 000           |

<sup>6</sup> Enquete Itinera

<sup>7</sup> Rapport annuel DKV 2006

<sup>8</sup> Pharma.be

<sup>9</sup> Eucomed.be

<sup>10</sup> OCDE Health Data 2007

#### 1.2.1.4 Les prestataires de soins « providers »

- Le groupe le plus important est composé des prestataires de soins qui représentent près de 335.000 personnes. <sup>11</sup>
- Le corps médical avec 38828 médecins généralistes et spécialistes représente seulement 12% des 335000 personnes. Ce chiffre englobe tant les médecins travaillant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital : 18.027 médecins généralistes et 20801 médecins spécialistes.
- 127.846 prestataires travaillent en dehors de l'hôpital :<sup>12</sup>

| Type de prestataire de soins             | Nombre |
|--|--------|
| Dentistes, 2005                          | 8655   |
| Pharmaciens hors hôpital                 | 11544  |
| Kinésithérapeutes hors hôpital           | 20261  |
| Infirmières et sages-femmes hors hôpital | 69832  |
| Opticiens                                | 3255   |
| Orthopédistes                            | 454    |
| Bandagistes                              | 7786   |
| Dispensateurs d'implants                 | 906    |
| Logopèdes hors hôpital                   | 3561   |
| Audiologues                              | 1107   |
| Diététiciens hors hôpital                | 151    |
| Podologues                               | 239    |
| Orthopédistes                            | 94     |

- 167.865 personnes travaillent à l'hôpital en dehors des médecins<sup>13</sup> :
  - 26 684 personnes assurent les fonctions de direction et d'administration à l'hôpital (comptabilité, secrétariat, gestion ...).
  - 28.550 personnes assurent le nettoyage et l'entretien des hôpitaux.

<sup>11</sup> Rapport annuel Inami, 2006

<sup>12</sup> Rapport annuel Inami, Année 2006

<sup>13</sup> SPF Santé Publique, Année 2005

- 92.032 personnes assurent les soins aux patients dans les hôpitaux (infirmières graduées, brevetées, assistantes en soins...).
- 16 748 personnes assurent l'encadrement paramédical à l'hôpital (techniciens de laboratoire, diététiciens, kinés...).
- Enfin 3851 cadres scientifiques complètent l'encadrement à l'hôpital (pharmaciens, biochimistes, psychologues ...).

### 1.2.2 Les activités autres

Dans les 400.000 personnes ne sont pas pris en compte

- Les fournisseurs de biens et services au système de santé autres que les sociétés pharmaceutiques et d'équipement médical qui sont de nature très diverses :
  - Les sociétés informatiques
  - L'industrie ou les distributeurs agro-alimentaires
  - Les sociétés d'intérim
  - Le secteur de la banque ou de l'assurance
  - Les sociétés de télécommunication
  - Les sociétés de travaux publics ou d'entretiens des bâtiments...
- Les sociétés ou les associations nombreuses qui exercent des activités agissant directement sur la santé des citoyens- patients comme par exemple :
  - Les salles de fitness
  - Les clubs de sports
  - Les soins et activités très diverses centrées autour des soins du corps et du bien-être : balnéothérapie, hydrothérapie, relaxation ...
- Les associations de toutes sortes actives dans le monde de la santé par exemple dans le cadre de la prévention, de la lutte contre une maladie (exemple : Fondation Belge Contre le Cancer) ou de la défense des intérêts des prestataires de soins (exemple : fédérations d'hôpitaux ...)



- Les bénévoles actifs dans la santé soit 10716 personnes en 2006<sup>14</sup>

Le remboursement récent par les Mutualités d'une partie des coûts d'abonnement aux clubs de sports nous montre la nécessité d'intégrer toutes ces composantes nouvelles dans le cadre de notre approche globale.

### 1.2.3 L'importance comparative

En se limitant aux activités de base, avec 400.000 personnes, la Santé occupe 9,38 % de la population active soit un peu plus que l'enseignement qui occupe 372.092 personnes soit 8,73 % de la population active.<sup>15</sup>

A titre de comparaison<sup>16</sup>, cela représente deux fois plus d'emplois que dans la construction (197 000 emplois) et deux tiers des emplois de l'industrie (600.000 personnes).

Si l'on effectue une comparaison internationale<sup>17</sup> de l'emploi occupé par le secteur de la Santé par rapport à la population, on s'aperçoit que la Belgique :

- occupe une position proche du Royaume Uni, des Etats-Unis, de la France et des Pays-Bas
- est nettement inférieure à l'Allemagne, la Suisse ou la Norvège
- est nettement supérieure à la Grèce, l'Italie, le Danemark et l'Espagne

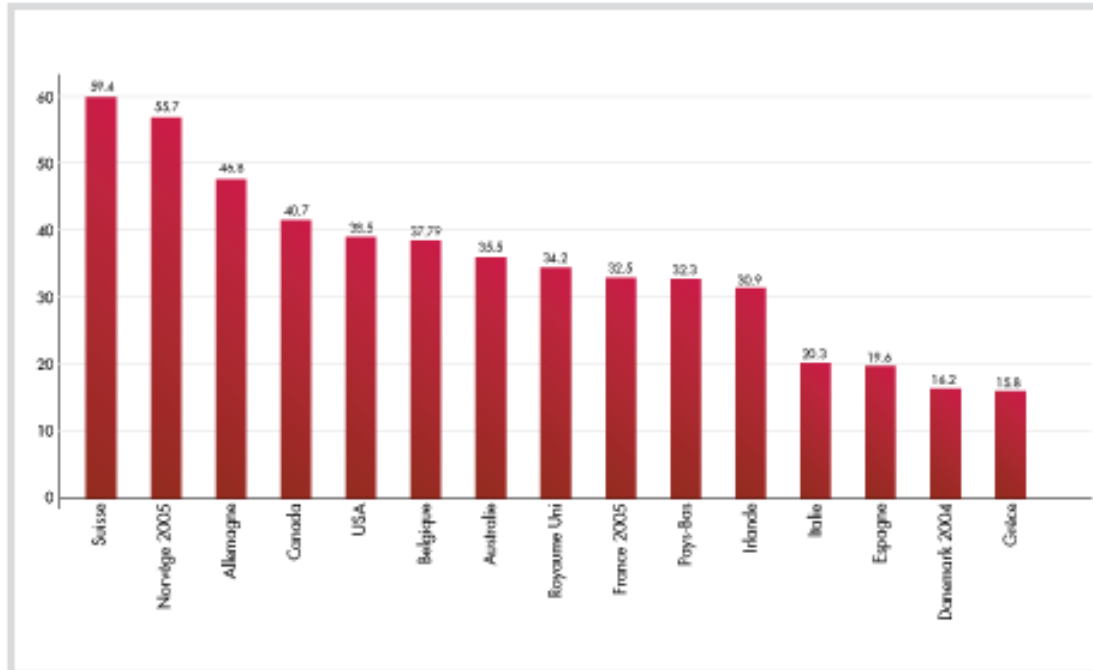
<sup>14</sup> Confédération des Entreprises du Non Marchand

<sup>15</sup> ONSS – emplois salariés 1<sup>er</sup> trimestre 2007

<sup>16</sup> Belgostat 2006

<sup>17</sup> OCDE Health Data 2007, Chiffres de 2006 + sources Itinera pour la Belgique

## EMPLOI DU SECTEUR SANTÉ PAR 1000 HABITANTS



Source : OCDE Health Data 2007, chiffres pour 2006 + sources Itinera pour la Belgique

## 1.3 L'organisation du système de Santé

### 1.3.1 Les trois niveaux de pouvoir

#### 1.3.1.1 Le Niveau fédéral

Les autorités fédérales ont comme principales tâche de déterminer le cadre législatif général et de déterminer le budget de la santé.

Le ministre responsable de la santé est le **ministre des affaires sociales et de la santé publique**.

Les principales compétences fédérales sont ainsi :

- La gestion de l'assurance maladie-invalidité. Celle-ci fait partie du système de sécurité sociale et est donc gérée par le gouvernement fédéral.

- Les lois concernant l'hôpital : accréditation, financement et planification des hôpitaux.
- La législation concernant les qualifications professionnelles (accords salariaux, conditions de travail, enregistrement des médicaments et détermination de leur prix,...).
- La détermination du budget général des soins de santé
- Le contrôle et la planification des technologies liées à la santé.

C'est le gouvernement fédéral qui détermine le montant des cotisations sociales et le montant des subsides publics accordés au secteur de la santé.

Le ministre des affaires sociales et de la santé a sous son autorité directe deux services publics fédéraux : le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et le SPF Sécurité sociale.

Le **SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement** est notamment responsable de la planification, de l'accréditation et du financement des établissements de soins (hôpitaux, maisons de repos et de soins, hôpitaux psychiatriques,...).

Le **SPF Sécurité sociale** supervise l'O.N.S.S. (Office National de Sécurité Sociale) et l'I.N.A.M.I. (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité).

L'**O.N.S.S.** est l'organisation qui est chargée de collecter les contributions sociales (employeurs et employés) et de répartir ses recettes entre les organismes centraux chargés de gérer sur le plan national les secteurs de la sécurité sociale. Le montant de ces cotisations est fixé par le gouvernement fédéral. La sécurité sociale belge compte sept branches : les pensions de retraite et de survie, le chômage, l'assurance contre les accidents du travail, l'assurance contre les maladies professionnelles, les prestations familiales, l'assurance maladie-invalidité et les vacances annuelles. L'ensemble de ce système est réparti en deux régimes : un régime pour les travailleurs salariés et un régime pour les travailleurs indépendants.

L'**I.N.A.M.I.** est l'organe responsable de l'organisation et la gestion financière du système d'assurance maladie-invalidité obligatoire. Il est notamment chargé de la préparation et de l'implémentation de la législation, de la consultation entre les différents acteurs de la santé et de la préparation du budget de la santé en Belgique. L'I.N.A.M.I. répartit également ses recettes entre les différentes mutuelles.

L'I.N.A.M.I. supervise l'organisation générale de l'assurance maladie obligatoire mais la tâche de fournir effectivement cette assurance revient aux **mutuelles**.

### 1.3.1.2 Le Niveau régional et communautaire

Traditionnellement, en Belgique, les **communautés** sont chargées des matières dites personnalisables c'est-à-dire des matières directement liées aux personnes. Elles sont donc notamment responsables :

- des politiques de prévention (sauf certaines grandes campagnes nationales) et de promotion de la santé
- de la mise en œuvre des normes dans les hôpitaux
- de l'accréditation des lits dans les hôpitaux et du matériel médical
- de l'autorisation de fonctionnement des hôpitaux
- des travaux de rénovation et de reconstruction des hôpitaux
- de l'autorisation et de l'accréditation pour les soins à domicile

### 1.3.1.3 Les Niveaux provincial et communal

Les compétences des provinces et des communes sont relativement limitées. Les **provinces** sont notamment responsables de l'hygiène publique et du contrôle de l'authenticité des diplômes des prestataires de soins. Les **communes** quant à elle se chargent de l'organisation de l'aide aux personnes à faible revenu et de l'organisation des soins d'urgences et des hôpitaux publics.

## 1.3.2 Les particularités du système de santé belge

Les systèmes de santé peuvent être classés en trois grandes catégories: les systèmes professionnels ou d'inspiration Bismarckienne, les systèmes universels ou d'inspiration Beveridgienne et les systèmes libéraux à l'américaine. Les systèmes de santé empruntent généralement à chacune de ces trois catégories de sorte qu'on ne peut les classer de façon exclusive dans l'une ou l'autre d'entre elles.

La différence entre le système libéral à l'américaine et les deux autres systèmes est assez primordiale. Dans le premier système, les individus sont protégés contre les aléas qui menacent leur santé via des assurances volontaires et privées dont les primes sont basées sur les risques associés à chaque individu<sup>18</sup>. L'assurance soins de santé est à l'inverse obligatoire et basée sur les principes de la solidarité au sein des systèmes d'inspiration Bismarckienne et Beveridgienne.

Le système de santé à la Beveridge date du milieu du 20<sup>ème</sup> siècle. Ses trois principes fondateurs sont l'universalité (l'aide est octroyée à tout citoyen), l'unité (le système est géré par une administration unique) et l'uniformité (l'aide est octroyée en fonction des besoins des bénéficiaires, indépendamment de leurs revenus). Le financement des systèmes d'inspiration Beveridgienne est basé sur l'impôt, même s'il n'est pas exclu que les bénéficiaires participent en partie aux frais médicaux. La majeure partie de la production de soins est organisée par les autorités publiques, mais le secteur privé peut proposer aux patients ce qui n'est pas offert par le service public. Ce système prévaut au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne et dans les pays Scandinaves.

Le système de santé à la Bismarck, apparu en Allemagne dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, se fonde quant à lui sur l'activité professionnelle des individus. Les ressources proviennent de cotisations sociales basées sur les salaires et payées par les employeurs et les employés. Ce sont donc logiquement les représentants des travailleurs et des employeurs qui gèrent un système basé sur un mode de décision contractuel, l'État ayant pour mission de fixer le cadre de leur action, de mettre en place des mesures correctives en cas de déficit et de financer la participation de ceux qui sont hors du marché du travail. La production de soins est le plus souvent libérale (les prestataires sont le plus souvent indépendants et payés à l'acte). Le système de santé belge est, tout comme le système allemand, français, néerlandais et autrichien basé sur les principes d'inspiration Bismarckienne.

Enfin, un système d'assurance maladie national coexiste avec plusieurs systèmes d'assurances sociales professionnelles dans certains pays (Grèce, Portugal) que l'on peut donc classer à l'intersection des systèmes de santé Beveridgien et Bismarckien.

---

<sup>18</sup> Notons néanmoins que certaines assurances en matière de santé sont financées collectivement aux Etats-Unis. Elles ne couvrent néanmoins qu'une partie de la population : les individus qui disposent de faibles ressources (via le programme «Medicaid»), les personnes handicapées, celles qui souffrent d'insuffisance rénale permanente et les personnes de plus de 65 ans (via le programme « Medicare »).

Le tableau ci-dessous résume les différences majeures entre les systèmes d'inspiration Beveridgienne et Bismarckienne. S'il existe des divergences dans le mode de financement et dans l'organisation des soins entre ces deux grands catégories de systèmes de santé, ils ont toutefois en commun le principe de ne pas laisser l'assurance soins de santé être organisée par l'assurance privée afin de préserver la solidarité entre individus. Les systèmes d'assurances sociales reposent en effet sur une double idée: 1) les prélèvements (impôts ou cotisations sociales) varient de façon progressive avec le revenu, la contribution de chacun au système dépend par conséquent de sa capacité à payer (principe d'équité verticale); 2) les soins ne sont pas fournis en fonction de la contribution financière mais des besoins sanitaires de chacun (principe d'équité horizontale).

|                                 | <b>Assurance sociale<br/>(Bismarck)</b> | <b>Assurance universelle<br/>(Beveridge)</b> |
|---------------------------------|---|--|
| <b>Financement</b>              | Cotisations sociales                    | Impôt  |
| <b>Population couverte</b>      | Les salariés et leurs ayants droit      | L'ensemble de la population                  |
| <b>Gestion</b>                  | Privée, décentralisée                   | Publique, centralisée                        |
| <b>Droits des bénéficiaires</b> | Différenciés                            | Uniformes                                    |
| <b>Production de soins</b>      | Privée                                  | Publique                                     |

Les fondations du système de santé belge reposent sur le principe d'assurance professionnelle à la Bismarck. Dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, les mutualités - associations de prévoyance d'origine privée - offraient aux ouvriers la possibilité de s'assurer contre les risques de maladie. Cette assurance était à l'époque libre et, outre les cotisations payées par les travailleurs, les mutualités recevaient également une subvention de la part de l'Etat. De nombreuses extensions du champ de l'assurance maladie ont eu lieu durant le 20<sup>ème</sup> siècle, incluant notamment un accroissement des services couverts et du nombre de bénéficiaires. C'est le pacte social conclu entre syndicats et représentants des employeurs - ayant donné lieu en 1944 à un projet d'accord de solidarité sociale - qui a dessiné les contours de la sécurité sociale telle que nous la connaissons aujourd'hui en instaurant un modèle Bismarckien. Ces accords ont en effet institué la gestion du système au travers de négociations paritaires entre les syndicats et les représentants des employeurs, instauré l'obligation de s'assurer et créé une structure centralisée (l'Office National de Sécurité Sociale) chargée de prélever les cotisations acquittées par les acteurs du monde du travail. L'assurance maladie obligatoire va connaître un autre moment décisif en 1963 avec l'établissement de L'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) au sein duquel se négocient depuis lors les honoraires entre les mutualités et les différentes catégories de prestataires de soins.

Les récentes réformes du système de santé belge ont néanmoins été marquées par une intervention croissante de l'Etat. C'est notamment vrai depuis 1995 et

la réforme instaurant la fixation par l'Etat d'un budget global pour l'assurance maladie. En contrepartie, la part du financement des soins de santé basé sur les cotisations sociales se réduit. Cette tendance est aussi constatée dans d'autres pays (la France et les Pays-Bas par exemple) aux systèmes d'inspiration Bismarckienne. La raison principale de cette réduction du financement des soins de santé via les cotisations sociales est d'éviter que ces dernières ne pèsent trop sur le coût travail (qu'elles affectent directement). Par ailleurs, il y a aussi une certaine logique à ne financer via les cotisations sociales prélevées sur le travail que les prestations sociales directement liées au marché du travail (allocation chômage et pensions) et de financer les autres prestations sociales (soins de santé, allocation familiales) par la taxation générale.

L'histoire sociale de chacun des pays européen explique la grande diversité des systèmes de santé. En Belgique, le système de santé est influencé par l'histoire mutualiste. Une des particularités du système belge est que les organismes assureurs se distinguent par leur affiliation idéologique (catholique, socialiste, libérale). On retrouve aussi cette dualité entre hôpitaux publics et privés. Cette particularité explique une grande diversité dans l'origine sociale des adhérents des diverses mutuelles et des patients des divers hôpitaux. Les dépenses des différentes institutions en sont donc affectées, ce qui rend d'autant plus compliqué la mise en place - généralisée à travers l'Europe - de financements prospectifs des institutions. Ce point est analysé plus précisément au chapitre consacré à la responsabilisation financière des acteurs du système (section 4.2). La section suivante décrit le mode de financement des organismes assureurs, médecin et hôpitaux. Elle montre l'influence du modèle Bismarckien sur le mode financement en Belgique et la différence qui existe avec les pays dont l'organisation est basée sur le modèle de Beveridge.

### **1.3.3 Le système de financement**

#### **Le financement des prestataires et des mutuelles**

Une fois les cotisations sociales et les recettes de la taxation (subsides de l'Etat et financement alternatif) perçues par l'ONSS, elles sont distribuées aux différentes branches de la sécurité sociale. C'est l'INAMI - responsable en plus de la gestion des prestations soins de santé de celle des invalidités - qui perçoit la majeure partie de ce montant (35,5% pour les soins de santé en 2006 ; voir section 3.1.3.). L'INAMI est conjointement géré par les syndicats, les représentants des employeurs, les représentants des prestataires de soins et les mutualités. Le budget de l'INAMI est soumis à une norme de croissance de 4,5% en termes réels depuis 2003. A partir de ce budget global alloué à

l'assurance soins de santé, des sous-budgets sont fixés par spécialités: soins ambulatoires, soins hospitaliers, produits pharmaceutiques, soins dentaires,...Les mutualités et les représentants des prestataires de soins déterminent alors les montants des honoraires pour chaque acte médical. Ces montants servent de base au remboursement par l'assurance soins de santé obligatoire. Notons que ce processus est propre aux pays dont les systèmes de santé sont d'inspiration bismarckienne.

Ce sont les mutuelles qui sont chargées de financer la majeure partie des soins (le solde étant versé par le patient). A cette fin, elles perçoivent de la part de l'INAMI un budget à la fois rétrospectif et prospectif. Plus précisément, chaque mutuelle se voit attribuer depuis 1995 un montant théorique qui doit correspondre à la dépense attendue de ses membres. Le financement effectivement attribué aux mutuelles est alors calculé en effectuant une moyenne pondérée de ce montant théorique et des dépenses réellement encourues suivant la clé de répartition 40%-60%. Chaque mutuelle est financièrement responsable de 25% de la différence (surplus ou déficit) entre le financement qui lui est attribué et ses dépenses réellement encourues. Enfin, pour éviter que les mutuelles ne soient pénalisées par une sous estimation de leur budget global, le déficit dont elles sont responsables est plafonné à 2% de leur budget global. Ce mode de financement des organismes assureurs n'est pas unique en Europe puisqu'on le retrouve dans d'autres pays (Pays-Bas, Allemagne, Suisse et Israël) où ces organismes sont mis en concurrence et où les gouvernements évitent de leur octroyer un budget purement rétrospectif afin de les inciter à contrôler les coûts de leurs adhérents. Dans chacun de ces pays, ce mode de financement a été adopté afin de combiner le libre choix de l'organisme assureur par les individus tout en tentant de préserver le principe de solidarité.

Les médecins - que se soit en ambulatoire ou à l'hôpital - sont financés à l'acte via l'assurance maladie. Ce qui n'est pas le cas dans tous les pays. Les médecins peuvent aussi être salariés ou recevoir un montant fixe par patient par année (capitation). Le tableau ci-dessous fournit le mode de paiement des généralistes et spécialistes dans différents pays Européens<sup>19</sup> : honoraires, salaires ou capitation – montant fixe par patient par année.

---

<sup>19</sup> Seuls les modes de paiement suffisamment représentés sont répertoriés dans ce tableau. Par exemple, certains médecins sont salariés ou payé à la capitation (dans les maisons médicales) en Belgique. Leur nombre est néanmoins trop faible que pour les inclure dans ce tableau.



|           | Généralistes | Spécialistes | Pays        | Généralistes | Spécialistes |
|-----------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Allemagne | H            | S/H          | Irlande     | C/H          | S            |
| Autriche  | S/CH/H       | S/CH/H       | Italie      | CH           | S            |
| Belgique  | H            | H            | Luxembourg  | H            | H            |
| Danemark  | CH           | S/H          | Norvège     | S/CH         | S/SH         |
| Espagne   | S/C/SC       | S            | Pays-Bas    | CH/H         | S/H          |
| Finlande  | S            | S            | Portugal    | S/H          | S/H          |
| France    | S/CH/H       | S/H          | Royaume-Uni | CH           | S            |
| Grèce     | S/H/CH       | S/H          | Suède       | S/CH/H       | S/SH/H       |

H: Honoraires; S: Salaire; C: Capitation;

Deux lettres qui se suivent indiquent des systèmes dans lesquels les paiements sont mixtes

Deux lettres séparées par / indiquent que des prestataires appartenant à des structures différentes (ambulatorio, hôpital public, hôpital privé, maison médicale) sont rémunérés différemment

Source: Esmail and Walker. How good is Canadian Health Care? 2007 Report

Les traitements médicaux effectués au sein de l'hôpital sont - tout comme en ambulatoire - rémunérés à l'acte. Le coût des services communs (hôtellerie, entretien, administration,...) et des services cliniques (personnel soignant, produits médicaux,...) était pour sa part financé jusque dans les années quatre-vingt sur une base rétrospective au travers d'un prix perçu par journée d'hospitalisation. Un tel système invitait les hôpitaux à allonger les durées de séjour. Depuis 1982, un système de financement prospectif a été graduellement introduit. Dans sa dernière version, le financement des services communs et cliniques est basé simultanément sur les besoins et sur les performances relatives des hôpitaux. Les besoins sont évalués au travers des différents types de patients traités, chaque patient étant classé en fonction de ses caractéristiques (âge, sévérité de la maladie, critères sociaux...) dans un groupe homogène du point de vue médical. Compte tenu de la structure et du nombre de ses admissions, l'hôpital se voit attribuer un nombre de journées dit "justifié" (qui correspond à la durée moyenne nationale pour le groupe homogène dans lequel le patient est versé). Les journées excédentaires par rapport aux journées justifiées ne sont alors que partiellement remboursées et les sommes non-distribuées sont attribuées aux hôpitaux qui ont enregistré un nombre de journées inférieur à leur quota. Le système incite donc à réduire le plus possible les durées de séjour.

Cette préoccupation de relier le financement des hôpitaux à la structure des pathologies auxquelles ils font face et à la caractéristique socioéconomiques des patients est commune à l'ensemble des pays européens depuis les années quatre-vingt et les vagues de réformes mises en place en vue de réduire les coûts des systèmes de santé. La Belgique est donc de ce point de vue dans la tendance européenne. Signalons enfin que - tout comme en France et en Allemagne - les hôpitaux publics et les hôpitaux privés sont financés de la même façon et remplissent les mêmes fonctions de base en Belgique. Les

hôpitaux privés ne remplissent un rôle supplétif par rapport aux hôpitaux publics comme c'est le cas au Royaume Uni.

#### **1.3.4 L'importance des lobbies ou groupes d'intérêt**

Enfin, pour terminer ce trou d'horizon des acteurs-clés dans le secteur de la Santé, nous nous devons de consacrer une section spécifique aux groupes d'intérêt qui représentent les différents types d'acteurs décrits ci-avant.

Les groupes d'intérêt jouent un rôle considérable en Belgique dans toutes les discussions, réglementations, affectations de budget que ce soit au niveau fédéral ou régional. En effet toutes les décisions qui sont prises sont soumises à l'approbation d'instances dans lesquelles se trouvent représentés ces groupements d'intérêts.

Ces groupes sont très souvent scindés en fonction des couleurs politiques et de la région d'appartenance.

L'importance et le pouvoir relatifs de ceux-ci influent directement sur les décisions et les répartitions budgétaires. Ainsi le lobby hospitalier traditionnellement très représenté a fortement marqué et influencé l'histoire et le développement de notre système de santé en Belgique. On retrouve ainsi, sans être exhaustifs :

- Les associations hospitalières et de maisons de repos
- Les associations de médecins, infirmiers, pharmaciens, dentistes, kinés
- L'industrie pharmaceutique
- La Fédération des Entreprises de Belgique
- La Confédération des Entreprises du Non Marchand
- Les organisations mutuellistes

### **1.4 L'évolution des politiques de Santé**

#### 1.4.1 La première vague : les vingt années "fleur bleue": 1963-1982

Durant les années 60 jusqu'au début des années 1980, l'objectif de base des politiques de santé est la maximisation de la qualité sans contrainte de ressources. Cette politique est rendue possible par la période de prospérité économique et le climat de confiance qui caractérisent cette période. Le système de santé belge vit alors les années que l'on peut qualifier de fleur bleue.

Cette maximisation de la qualité sans contrainte de ressources va se traduire par une inflation des coûts du système de santé que l'on peut attribuer à quatre grands facteurs :

- une augmentation de la demande imputable à la généralisation du système d'assurance obligatoire et à la gratuité des soins hospitaliers pour tous les citoyens. Bien que le système d'assurance obligatoire remonte à 1945, le changement fondamental s'opère par la loi du 9 août 1963 qui étend la couverture de l'assurance santé tout en garantissant le libre choix du médecin et de l'hôpital, le paiement à l'acte et la pratique médicale indépendante. De nouvelles catégories de bénéficiaires avec des taux préférentiels de remboursement sont créées : les veuves, les orphelins, les pensionnés, les invalides. La loi de décembre 1963 instaure également le principe de soins hospitaliers gratuits pour tous les citoyens.
- une augmentation de l'offre qui se traduit entre autres par une progression très importante du nombre de lits hospitaliers et la construction de nombreux ensembles hospitaliers.
- une augmentation qualitative et quantitative des inputs consacrés au secteur (ressources humaines, médicaments ...)
- un système de remboursement rétrospectif qui consiste à rembourser les hôpitaux sur base des coûts réellement encourus. La loi de 1963 prévoyait en principe un prix de journée uniforme pour tous les hôpitaux mais comportait un article 9 qui laissait la possibilité au gestionnaire d'introduire un recours si le montant s'avérait insuffisant. Très vite cette procédure d'exception devient une généralité et laisse exploser le prix de journée et le volume de journées. Les hôpitaux augmentent les durées de séjour et négocient avec le Ministère de la Santé les augmentations de prix de journée.

#### 1.4.2 La deuxième vague : les vingt-cinq années "budgétaires" : 1982-2007

**La période 1982-2007 est marquée par deux grands principes le contrôle budgétaire et de responsabilisation financière :**

Au début des années 1980, avec la montée du chômage, le ralentissement de la croissance et l'impact des deux crises pétrolières des années 1970, on assiste à une modification de l'objectif central poursuivi par les autorités publiques en matière de santé. L'accent est maintenant porté sur la maîtrise des dépenses alors qu'auparavant les politiques publiques se préoccupaient de l'expansion des services offerts et des soins. Ces objectifs poursuivis dans le passé sont loin d'être négligé dans cette seconde période mais on leur associe une considération supplémentaire : la simple expansion des ressources ne suffit plus à atteindre l'ensemble des objectifs traditionnels. L'objectif de maximisation de la qualité à n'importe quel prix qui prévalait dans la période "fleur bleue" cède la place à un objectif nouveau : la maximisation de la qualité sous contrainte d'un certain niveau de ressources.

**On peut distinguer trois périodes de réforme à l'intérieur de cette deuxième vague de contrôle budgétaire et de responsabilité financière :**

##### 1.4.2.1 Les années 1980 – les années hôpitaux

**Les premières réformes entreprises touchent d'abord le secteur hospitalier avec de 1982-1986:**

- la limitation du nombre de journées d'hospitalisation par le blocage du nombre de lits et l'instauration d'un système de quotas de journées instaurant une dégressivité par rapport aux journées réalisées en 1980
- la limitation du prix de journée d'hospitalisation par la limitation du nombre d'éléments révisables et la réactualisation du prix de journée par un mécanisme de comparaison des hôpitaux pour le financements des services communs ( buanderie, chauffage, alimentation ... ) et les services cliniques ( personnel de soins à charge du prix de journée ). Les notions de RCM (Résumé Clinique Minimum) et RIM (Résumé Infirmier Minimum) sont introduites en s'inspirant des systèmes utilisés aux USA (Diagnosis Related Groups) et au Canada pour la charge de travail infirmier.

- la conversion de lits aigus et chroniques en lits gériatriques dans les hôpitaux et en lits de maison de repos et de soins
- une réforme importante de la psychiatrie en 1990 favorisant les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle
- le financement des tests de biologie clinique et de l'imagerie médicale t revu en 1989

Cette période de réforme importante, sans doute la plus fondamentale pour les hôpitaux produira ses effets dans toute la décennie qui suit avec une mise en force progressive des mécanismes de comparaison. Elle sera suivie d'une réforme importante en 2002 avec des budgets hospitaliers basés sur l'activité justifiée de l'hôpital et payés mensuellement, l'inclusion de l'hospitalisation de jour dans le budget et l'attribution d'un budget spécifique pour les hôpitaux universitaires, enfin l'inclusion de montants de référence pour les procédures chirurgicales.

#### **1.4.2.2 Les années 1990 : les années Mutualités et Inami**

**Dès le début des années 1990, les réformes suivantes concernent les mutualités et l'Inami**

- En 1990, un contrôle plus accru est mis en place sur les mutualités parallèlement à une confirmation de leur rôle d'administrateur du système. La loi impose alors <sup>20</sup> un budget fixe pour chaque sous-secteur des soins de santé de même qu'un budget global pour l'assurance santé. Des mécanismes de correction sont activés si ces limites budgétaires sont dépassées.
- En 1994, la responsabilité financière des mutuelles pour les dépenses de santé est instaurée La quotité budgétaire de chaque organisme assureur résulte de la pondération de deux clés de répartition
  - La première clé de répartition est constituée simplement par la part des dépenses comptabilisées par chaque organisme assureur dans les dépenses annuelles totales de l'exercice concerné. Au niveau de cette première clé, les différents

<sup>20</sup> Health Care Systems in Transition – WHO – Belgium 2000

organismes assureurs reçoivent donc leurs moyens financiers de façon proportionnelle aux dépenses réelles comptabilisées.

- La seconde clé de répartition est de nature normative et veut refléter les dépenses d'un organisme assureur en fonction de la structure de sa population. Elle prend donc en compte les différences existant entre les mutualités en termes de risques socio-sanitaires.

Cette correction est appliquée de manière évolutive et progressive dans le temps. La responsabilité budgétaire des mutualités s'applique alors selon les modalités décrites dans 1.3.3.

- En 1993, une réforme importante de l'Inami voit le jour : contrôle des dépenses et procédures budgétaires plus strictes et réforme de la structure de gestion. Une série de mesures sont également prises pour renforcer la responsabilité financière des prestataires de soins.

#### **1.4.2.3 Les années 2000 : les années pharma – médecins et extension de la couverture**

Les dernières années sont surtout marquées d'abord par un certain nombre de mesures drastiques relatives au marché et à la prescription des médicaments, après une première taxation sur le chiffre d'affaires déjà imposée à l'industrie pharmaceutique au début des années 1990 :

- Dès 2001 : introduction de prix de référence pour les génériques, réforme de la procédure de remboursement, introduction de nouvelles règles pour le retrait de produits du remboursement
- 2005 : introduction de procédures d'appel d'offres public pour certains médicaments, mesures pour limiter et contrôler la prescription des médicaments
- 2006 : mise en place pour les hôpitaux d'un système de remboursement prospectif pour les médicaments

Parallèlement à ces mesures de restriction sur le marché du médicament, de nombreuses mesures sont prises pour étendre la couverture pour certaines catégories de la population et mieux définir les droits du patient :

- 2001 : introduction du MAF - Maximum à Facturer c'est à dire un montant plafond de contribution du ménage calculé en fonction du statut social et du revenu
- 2002 : réforme des droits du patient
- 2007 : extension du système de remboursement préférentiel à toutes les personnes se situant en dessous d'un certain revenu net (Omnio)
- 2008 : extension de la couverture petits risques aux indépendants moyennant une adaptation des cotisations

Enfin, à partir de 2004, un *numerus clausus* est appliqué en médecine. Le *Numerus Clausus* est une limitation du nombre d'étudiants qui pourront recevoir l'autorisation de pratiquer dans le cadre de « l'assurance maladie invalidité » (I.N.A.M.I) et ainsi voir leurs prestations remboursées. Le nombre est défini par le Gouvernement Fédéral, et son application (la sélection des étudiants) est laissée aux Communautés.

Si l'on regarde les vingt-cinq dernières années on peut donc distinguer trois sous-périodes qui initient successivement des réformes pour les acteurs suivants:

1. Les hôpitaux dans les années 1980
2. Les mutualités et l'Inami dans les années 1990
3. Le marché du médicament, les bénéficiaires de soins et la limitation des prestataires de soins dans les années 2000

Ces mesures sont différentes bien sûr mais elles présentent toutes deux caractéristiques identiques :

- Elles sont basées, initiées, conçues sur une motivation au départ essentiellement budgétaire. On retrouvera bien entendu ça et là d'autres mesures qui concernent d'autres aspects mais celles-ci restent marginales par rapport aux mesures les plus importantes décrites ci-dessus.

- Toutes les réformes s'effectuent de manière progressive et sur base d'un consensus de moyen et long terme : il n'existe pas de réforme drastique fondamentale du système imposée aux acteurs du système de santé dans un horizon temporel court. Ainsi par exemple, nous n'avons pas assisté à des fermetures d'hôpitaux drastiques comme celles observées en Suède ou au Canada. Le nombre d'hôpitaux a fortement diminué mais cette diminution s'est opérée par fusion des établissements, sans disparition retentissante d'hôpitaux. Un autre exemple est la réforme du statut du médecin hospitalier : les premières bases ont été posées dans les années 1980 mais sans que celles-ci soient développées par la suite. On parlera donc plutôt d'évolution sans révolution, sur base d'une batterie d'incitants mis en place. On retrouve là la volonté typiquement belge d'atteindre le consensus sans heurter les différents lobbies qui sont présents dans tous les organes de décision importants.

## 1.5 Les défis majeurs pour le XXI<sup>ème</sup> siècle

De nouveaux défis très importants attendent notre système de Santé dans les décennies à venir. Nous parlons ici de nouveaux défis car les défis traditionnels du système de santé restent d'actualité comme le maintien d'un système de qualité accessible à tous dans le cadre d'un budget limité. Ces nouveaux défis s'inscrivent donc en sus des défis traditionnels des systèmes de santé et peuvent donc être définis comme des défis majeurs du XXI<sup>ème</sup> siècle :

### 1.5.1 L'évolution des modes de vie et de consommation.

Il est maintenant largement reconnu qu'un risque accru de diabète, maladie cardiaque et cancer, par exemple est lié à une alimentation déséquilibrée, à des styles de vie sédentaires ou au tabagisme. Des campagnes de sensibilisation peuvent être effectives, comme dans les résultats obtenus au niveau de la diminution drastique de la consommation de tabac. Mais de manière générale les styles de vie inadéquats pour la santé, se renforcent dans nos économies développées occidentales et constituent un risque majeur pour le futur.

Ainsi l'OCDE met en évidence que les facteurs de risque pour la santé changent. De nombreux pays de l'OCDE ont réalisé de remarquables progrès ces dernières décennies dans la réduction de la consommation de tabac bien



que celle-ci demeure une des principales causes de mortalité précoce. Les taux actuels de fumeurs quotidiens parmi les adultes sont à présent inférieurs à 20 % en Australie, au Canada, aux Etats-Unis et en Suède contre plus de 32 % dans ces pays en 1980. La Grèce a fait état des taux les plus élevés (35 %) en 2000. La Belgique occupe une excellente position avec 20 % de fumeurs même si nous subissons seulement aujourd'hui les conséquences des 40 % de fumeurs du passé..

Dans le même temps, l'OCDE souligne que les taux d'obésité ont progressé dans tous les pays de l'OCDE au cours des deux dernières décennies en raison de mauvaises habitudes alimentaires et de l'absence d'activités physiques. L'obésité est un facteur de risque connu de plusieurs maladies telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires (asthme) et les maladies rhumatologiques (arthrose). Comme il y a un décalage dans le temps entre le début de l'obésité et l'accroissement des maladies chroniques qui en résulte, la forte progression de l'obésité depuis 1980 aura des conséquences considérables du point de vue de l'incidence à l'avenir des problèmes de santé et des dépenses s'y rapportant. S'il est vrai que les Etats-Unis affichent toujours le taux le plus élevé d'obésité chez les adultes, l'écart avec les autres pays se comble. Au Mexique, au Royaume-Uni et en Australie, plus de 20 % de la population sont maintenant considérés comme obèses. Les taux d'obésité sont plus élevés lorsqu'ils sont évalués à l'occasion d'examen de santé directs, mais ce type de données n'est disponible sur une base régulière que pour les Etats-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni.

Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Consommation Alimentaire<sup>21</sup>, un adulte belge sur trois présente un excès de poids et un adulte sur dix est obèse (excès de poids sévère). La dernière enquête réalisée par la Belgian Association for the Study of Obesity (BASO) publiée très récemment vient de remettre les conclusions de sa dernière étude appelée Bel-Stress. Elle a concerné 15000 hommes et 5000 femmes belges dont l'âge était compris entre 35 et 59 ans. Elle a confirmé que la tendance se renforce : **49% des hommes et 28% des femmes** belges présentent un **excès pondéral**. L'obésité concernait respectivement 14 et 13%. Ceci constitue une réelle augmentation et, à ce rythme, un adulte sur deux présentera bientôt un poids corporel trop important.

Ces chiffres sont à comparer aux 8 % de prévalence de l'obésité dans les années 70 évoqués par l'Académie Nationale de Médecine.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Institut Scientifique de Santé Publique, 2005

<sup>22</sup> Nicolas Guggenbühl " HEALTH & FOOD " numéro 49, Novembre 2001

### 1.5.2 Le développement des maladies chroniques

Le développement des maladies chroniques constitue un défi majeur pour le futur partout dans le monde. Le rapport de l'OMS<sup>23</sup> met en évidence que les maladies chroniques sont responsables de 60% des 58 millions de décès dans le monde soit 35 millions de décès imputables aux maladies chroniques.

**Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la maladie chronique est "un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies."**

Quelle que soit la pathologie, elles se caractérisent outre leur durée, par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne des patients et de leur entourage

Les maladies chroniques recouvrent cinq types de pathologies :

- Les maladies cardiaques
- Les accidents vasculaires cérébraux
- Le cancer
- Les maladies respiratoires chroniques
- Le diabète

Les maladies chroniques constituent une charge financière et économique importante pour le système de santé mais aussi pour les patients et leurs familles.

Le coût direct des soins de santé et des biens et services non médicaux consommés dans le traitement des maladies chroniques est énorme. A ce coût direct vient se superposer la perte en PIB, la perte en productivité pour le pays considéré.

On ne dispose pas de données chiffrées pour la Belgique mais le rapport OMS<sup>24</sup> donne de nombreux exemples significatifs parmi lesquels :

<sup>23</sup> Prévention des maladies chroniques : un investissement vital : rapport OMS 2006

<sup>24</sup> Prévention des maladies chroniques : un investissement vital : rapport OMS 2006

- Au Royaume-Uni les cardiopathies ont coûté trois milliards de dollars au système de santé publique, 4,4 milliards de dollars en soins autres et 5 milliards de dollars en perte de productivité.
- Une estimation a été également réalisée par la perte de revenu national inhérente à l'incidence de la mortalité liée aux maladies chroniques. Les pertes s'accumulent avec le temps car le nombre de décès augmente chaque année. Les pertes estimatives pour 2015 pour les mêmes pays sont entre trois fois et six fois plus élevées qu'en 2005. Ainsi le Royaume-Uni affiche dans la projection une perte cumulée de 2005 à 2015 de 33 milliards de dollars rien que pour les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète.

Si nous ne disposons pas de chiffres globaux pour la Belgique, des rapports récents illustrent l'importance du phénomène :

- En juin dernier, l'Observatoire des Maladies Cardio-vasculaires de la Ligue Cardiologique Belge dressait un nouveau bilan inquiétant à propos des maladies cardio-vasculaires. Les maladies **cardio-vasculaires** restent, en Belgique, la première cause de mortalité : 38.000 personnes meurent chaque année chez nous d'une affection **cardiaque**, soit plus de 100 personnes par jour ou plus de 4 par heure !
- Le « Livre blanc contre le Cancer »<sup>25</sup> montre la croissante importance du Cancer en Belgique . **le cancer constitue la deuxième cause de mortalité en Belgique**, derrière les maladies cardiovasculaires. En 1997, 36,6% des décès étaient dus aux maladies cardiovasculaires, contre 27% pour le cancer. Dans un rapport de 2004, l'OMS estimait que 29% de décès étaient dus au cancer et 34% aux maladies vasculaires en Belgique.<sup>26</sup>

Le cancer constitue la première cause de décès dans la tranche d'âge 40-60 ans. • Un homme sur 3 et une femme sur 4 seront atteints de cancer avant l'âge de 75 ans. Environ 55.000 cas de cancer sont diagnostiqués tous les ans en Belgique (extrapolation des données 2001 pour la Flandre).

Les taux de mortalité sont particulièrement élevés pour le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer de la prostate. Le taux de

<sup>25</sup> La prise en charge du cancer en Belgique : relever les défis de demain – juin 2007

<sup>26</sup> Panorama de la santé en Belgique, 2004. Copenhague, Bureau Régional Europe, Organisation Mondiale de la Santé, 2006.

mortalité imputable au cancer du poumon est, pour les Belges de sexe masculin, le deuxième du groupe Eur-A (derrière la Croatie), mais il a tendance à diminuer.

Les femmes, elles, sont dans la moyenne du groupe, mais leur taux augmente plus rapidement que la moyenne des femmes du groupe Eur-A. Ces chiffres sont la conséquence d'un tabagisme élevé chez les hommes il y a vingt ans et de l'augmentation du tabagisme chez les femmes dans les années '90 dans notre pays. Avec plus de 40% de fumeurs en 1980, la Belgique connaissait une prévalence du tabagisme particulièrement haute.

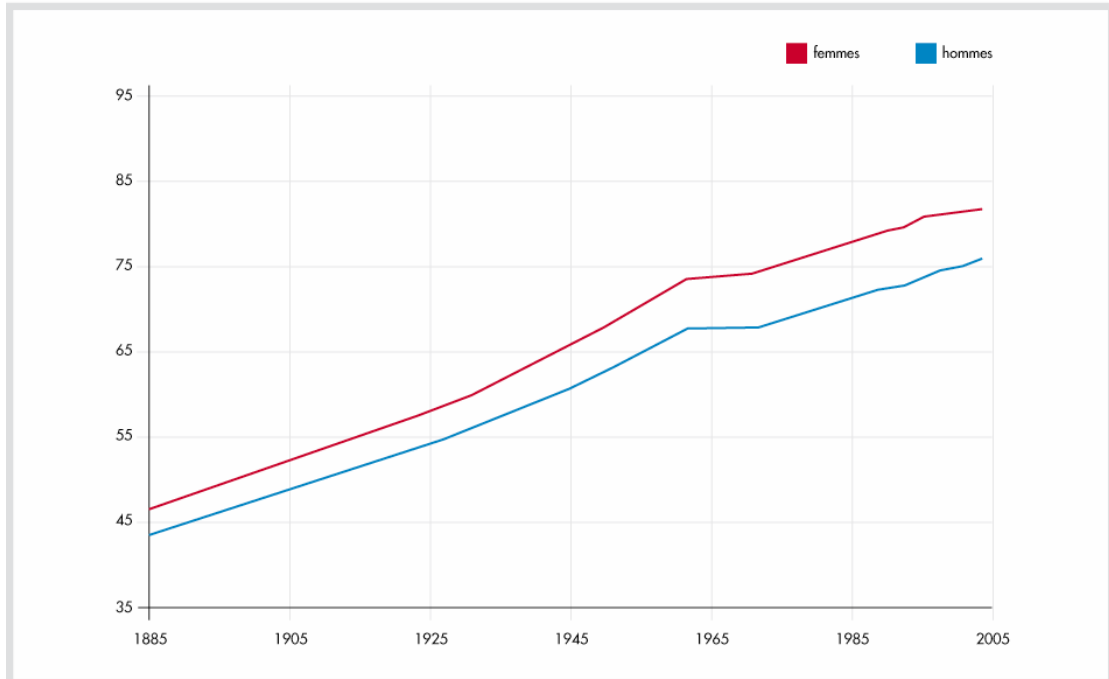
En ce qui concerne le cancer du sein, les femmes belges se situent dans les tous premiers rangs du groupe Eur-A et les femmes de 25 à 64 ans connaissent le plus fort taux de mortalité du groupe.

### **1.5.3 L'allongement de la durée de vie et la progression des nouvelles technologies et des nouveaux traitements.**

Les pays de l'OCDE ont réalisé et continuent à réaliser des progrès considérables en terme d'espérance de vie et de réduction de la mortalité. Ainsi, un enfant né en 2000, dans l'un des pays de la zone OCDE, peut espérer vivre neuf ans de plus en moyenne qu'un enfant né en 1960. En outre, la mortalité infantile a été divisée par cinq, et le taux de décès prématurés – mesuré par le nombre d'années de vie perdues avant 70 ans – a diminué de moitié au cours des 40 dernières années.

La croissance des dépenses de santé observées depuis 40 ans suit une courbe similaire à l'augmentation de l'espérance de vie. Ainsi les pays de l'OCDE ont dépensé en moyenne 8,4 % du PIB en 2001 contre 5,3 % en 1970.

## EVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE



Bron : OESO – Health Data 2007

Cette augmentation de l'espérance de vie a été rendue possible par les nombreux progrès technologiques et thérapeutiques réalisés. **Cette progression constante des nouvelles technologies et des nouveaux traitements** va se poursuivre suite aux progrès constants de la recherche dans les diagnostics, les cellules souches, le traitement du cancer, la thérapie génétique ...

La conséquence directe de l'allongement de la durée de vie est le vieillissement de la population. Ce vieillissement de la population influence à la hausse les dépenses de soins de Santé, comme nous le verrons dans la troisième partie.

### 1.5.4 Croissance des dépenses de Santé et des besoins en ressources humaines

**Les dépenses de santé vont connaître des taux de croissance beaucoup plus élevés que par le passé et générer de nouveaux besoins en termes de ressources humaines**

L'ensemble de ces nouveaux défis vont exercer une pression à la hausse sur les dépenses de santé durant les décennies à venir. Les études divergent

quant à l'amplitude de la croissance attendue mais toutes indiquent une croissance très significative.

Ainsi selon les prévisions réalisées par Pricewaterhouse Coopers : les dépenses de santé représenteront en moyenne 21 % du PIB aux USA et 16 % du PIB dans les autres pays européens, contre 15,3 % du PIB aux USA actuellement et une moyenne de 9 % en Europe. <sup>27</sup> Stephan Bergheim se pose, lui, la question de savoir si cette évolution va s'arrêter. L'étude des tendances présentes et futures des moteurs de la croissance montre, selon lui, que cette évolution ne devrait certainement pas s'arrêter jusqu'en 2020 et vraisemblablement pas après non plus. <sup>28</sup>

La poursuite de la croissance des dépenses de santé va s'accompagner de besoins croissants de ressources humaines additionnelles : médecins, infirmières, aides-soignants, métiers de support à domicile...Il est essentiel que ces besoins croissants puissent être satisfaits à court moyen et long terme.

Ces besoins nouveaux nous montrent que la croissance des dépenses de santé ne peut être vue considérée uniquement comme une mal nécessaire. Elle peut être considérée aussi comme une opportunité de croissance économique.

---

<sup>27</sup> PriceWaterhouseCoopers Healthcast 2020 : Créer un futur durable

<sup>28</sup> Stefan Bergheim – A votre sante et à encore plus de croissance – Revue problèmes économiques – 4 juillet 2007

## **2 PARTIE II – LES FORCES TRADITIONNELLEMENT RECONNUES DU SYSTEME DE SANTE EN BELGIQUE**

---

1 Trois points de forces sont traditionnellement attribués à notre système de santé : le taux de couverture de la population par l'Assurance Maladie obligatoire, la liberté de choix du patient et l'accès au système de santé. Au-delà de ces points de force de base bien connus, nous retiendrons également trois points de force complémentaires.

2 La dynamique globale induite par le système dans l'offre et la prestation concrètes des soins de santé : le statut d'indépendant des prestataires, la concurrence entre les réseaux et les institutions et la concurrence entre les mutualités ont créé (et continuent à créer) une saine émulation entre les différents acteurs du système de santé.

3. La formation de base et la qualité des prestataires de santé constituent un atout complémentaire grâce à un bon système d'enseignement et à une bonne formation permanente. Toutefois, la rareté croissante du capital humain de qualité sur le marché du travail va se faire sentir également dans les professions médicales.

4. Enfin, on assiste à une professionnalisation croissante du management des structures de santé. Beaucoup d'hôpitaux et de mutualités ont réalisé durant les 15 dernières années des progrès très importants en matière de gestion. Des fonctions et des profils pointus de directions financières, informatiques, médicales, soignantes ont été introduits. Les compétences et le professionnalisme ont progressé en parallèle même si des efforts importants restent encore à accomplir dans certaines institutions.

## **2 PARTIE II – LES FORCES TRADITIONNELLEMENT RECONNUES DU SYSTEME DE SANTE EN BELGIQUE**

---

L'examen du système de Santé en Belgique nous permet d'identifier six points de force importants.

Ces points de force peuvent sous certains aspects constituer des faiblesses qui seront parfois abordées dans les sections suivantes mais ils sont majoritairement reconnus à la base comme des points de force.

### **2.1 Le taux de couverture de la population par l'assurance maladie obligatoire**

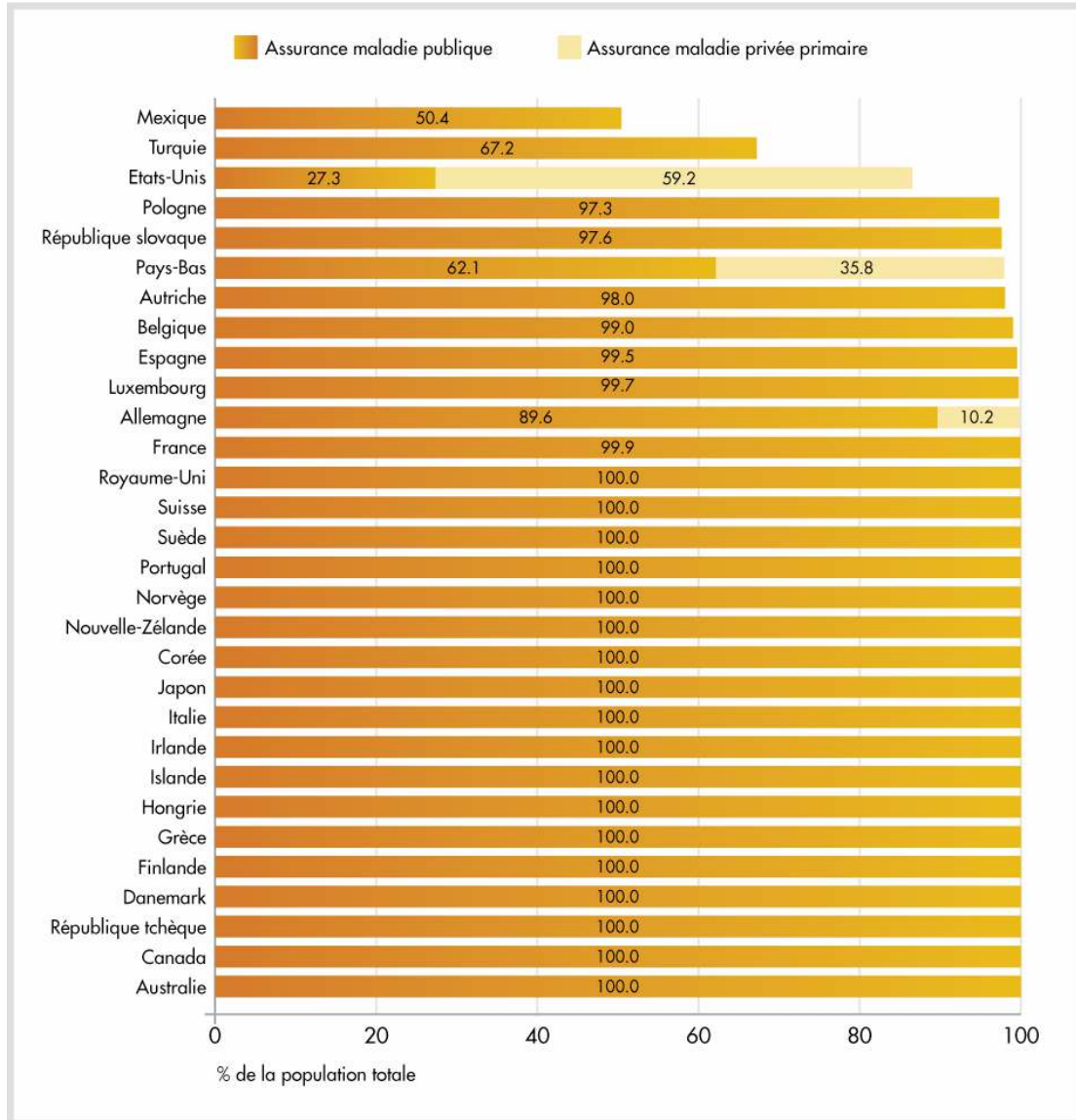
La couverture de la population est définie par l'OCDE comme la proportion de la population éligible à un ensemble de produits et de services de santé en vertu des programmes publics et de l'assurance maladie privée. Les données incluent les personnes couvertes en leur nom propre et les personnes à charge.

En Belgique, 99 % de la population est couverte par l'assurance obligatoire publique. Une distinction était faite jusqu'au 01.01.2008 entre les gros risques et les petits risques, les indépendants n'étant pas couverts automatiquement pour les petits risques. A partir du premier janvier la couverture petits risques et gros risques est assurée pour 99 % de la population.

Une comparaison internationale nous montre qu'en 2005, la plupart des pays de l'OCDE avaient mis en place une couverture maladie publique universelle ou quasi universelle des soins de santé pour un ensemble de services clés. Font exception l'Allemagne, les Pays-Bas, les Etats-Unis, la Turquie et le Mexique.



**COUVERTURE DE L'ASSURANCE MALADIE POUR UN ENSEMBLE DE SERVICES, 2005** SOURCE OCDE – PANORAMA DE LA SANTÉ NOVEMBRE 2007



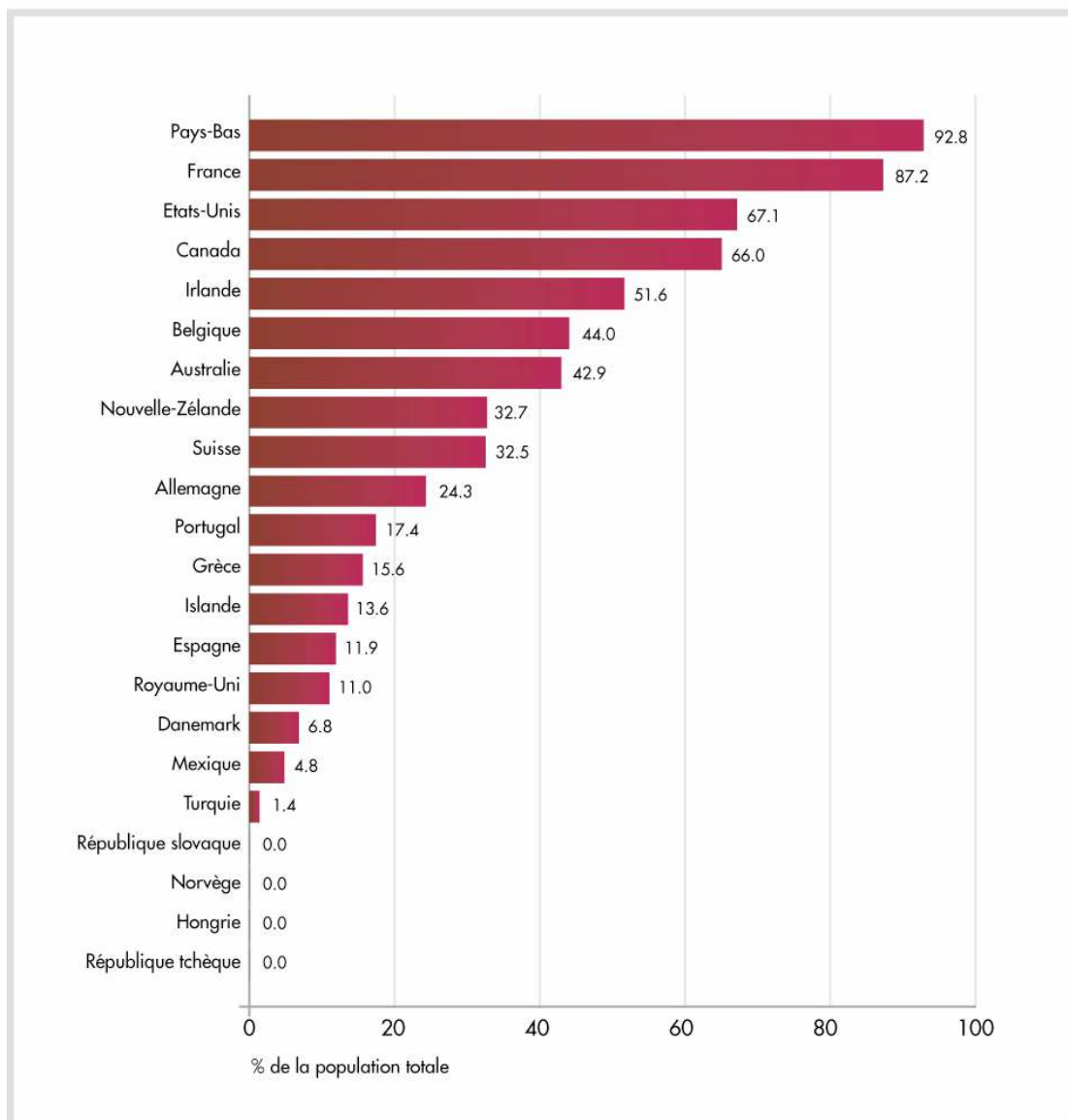
Source: OCDE – Health at a Glance 2007

- La couverture maladie universelle ne signifie évidemment pas la gratuité des soins pour le patient. Elle signifie que l'Assurance Maladie est obligatoire mais une partie des coûts inhérents au système reste à charge des patients. Pour se prémunir de ces coûts la population souscrit en sus de l'assurance maladie obligatoire des assurances privées.
- La proportion de la population couverte par une assurance maladie privée varie considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre). Sur les 23 pays pour

lesquels on dispose de données, cinq seulement (les Pays-Bas, la France, les États-Unis, le Canada et l'Irlande) font état d'une couverture maladie privée pour plus de la moitié de leur population en 2005. En Belgique et en Australie plus de 40 % de la population a souscrit une assurance maladie privée ; en Nouvelle-Zélande et en Suisse, la proportion est de près d'un tiers. Dans plusieurs pays de l'OCDE (par exemple la Turquie, la République tchèque, la Hongrie, la Norvège, la Pologne et la République slovaque), la part de la population bénéficiant d'une couverture maladie privée est négligeable, voire nulle.

## POPULATION COUVERTE PAR UNE ASSURANCE MALADIE PRIVÉE, 2005 (OU DERNIÈRE ANNÉE DISPONIBLE)

SOURCE OCDE – PANORAMA DE LA SANTÉ NOVEMBRE 2007



Même si le pourcentage de population couverte par une assurance maladie privée est important, l'Assurance Maladie Publique généralisée à l'ensemble de la population reste un acquis important de notre système de Santé, le pourcentage de personnes « hors système » étant très faible. La prise en charge par le système de santé de toute personne atteinte d'un problème de santé important est assurée même sans disposer d'une assurance privée.

## 2.2 La liberté de choix du patient

Les soins de santé en Belgique sont caractérisés par le fait que les patients sont libres de choisir leur organisme assureur et leur prestataire de soins. Les médecins quant à eux peuvent opter pour la thérapie de leur choix.

La liberté de choix du patient est importante car elle permet au patient de changer d'organisme assureur ou de prestataire de soins, si le service ne lui donne pas satisfaction. Elle permet également au médecin de choisir le traitement le plus approprié pour son patient.

La liberté de choix est également importante car elle stimule et rend possible la concurrence et le dynamisme entre institutions et professionnels de Santé. Le patient ayant le choix va s'orienter vers la structure qui correspond le plus à ses attentes et ses besoins. L'hôpital ou le médecin non dynamique et non professionnel va très rapidement assister à une érosion progressive de sa clientèle.

L'application de ce principe n'a souffert que peu d'exceptions jusqu'à présent. Citons à titre d'exemple :

- La prescription de médicaments génériques
- Les conditions de remboursement spécifiques relatives à certains médicaments
- La réduction du ticket modérateur pour le patient qui constitue un dossier médical unique auprès d'un médecin généraliste de son choix

De manière générale, le patient - où qu'il réside - a la possibilité de recourir à n'importe quel hôpital ou prestataire de soins en Belgique et de la sorte à l'hôpital ou au médecin de la meilleure réputation. Cette force de base est toutefois limitée par la qualité de l'information dont le patient dispose sur la performance des prestataires et des services. Cette liberté de choix peut également s'accompagner d'effets pervers dans la multiplication des actes intellectuels et techniques.

## 2.3 L'accès au Système de Santé

Dans l'étude publiée en octobre 2007 par le Health Consumer Powerhouse qui couvre 27 pays européens plus la Norvège et la Suisse, la Belgique est positionnée en première position sur les critères de :

- Accès au médecin de famille le jour même
- Accès direct au spécialiste
- Opérations importantes non aiguës inférieures à 90 jours
- Thérapie cancéreuse inférieure à 21 jours
- Résonance magnétique nucléaire inférieure à 7 jours

Le score maximal de la Belgique (15) est suivi de l'Autriche, de l'Allemagne et de la Suisse (14) et de la France (13). Les moins bons scores sont obtenus par la Suède (6) et le Royaume Uni (7), l'Espagne (7), le Portugal (7), la Pologne (7), l'Italie (7) et l'Estonie.

En Belgique le phénomène des listes d'attentes pour les hospitalisations n'existe pas comme c'est le cas au Royaume Uni et aux Pays-Bas. Il est vrai par contre qu'une demande de consultation en ophtalmologie pourra prendre plusieurs mois au hôpital et trouver une réponse dans la semaine au cabinet privé pour le même médecin.

Cet accès immédiat au système de Santé est bon dans la mesure où l'intervention rapide sur le patient permet d'éviter l'aggravation de l'état de santé du patient et d'éviter les complications. Ce point de vue mérite toutefois d'être nuancé, comme nous le ferons dans la deuxième partie de ce rapport, par le fait que la fonction de coordination du système de santé est peu présente et que les points d'entrée dans le système peuvent ne pas toujours être optimaux par rapport aux besoins du patient. Une entrée plus réfléchie dans le système de Santé peut dans certains cas qui ne nécessitent pas une intervention urgente s'avérer plus bénéfique pour le patient.

## **2.4 La dynamique globale induite par le système**

- Un point de force important est la dynamique générale que l'on retrouve dans la prestation des activités de santé.

- Les luttes politiques, la concurrence entre les réseaux et les institutions, la concurrence entre les mutualités ont créé et continuent à créer une émulation entre les différents acteurs du système de Santé. Bien que le système repose sur un noyau d'ASBL et non de sociétés privées à but lucratif, nous ne retrouvons pas dans nos ASBL les aléas traditionnels des systèmes de santé étatisés.
- La liberté et l'autonomie des conseils d'administration et des organes de direction expliquent cet atout essentiel : celui-ci est conforté par un arsenal législatif créé au fil des années qui stimule en permanence, au travers de différents incitants, le dynamisme du système. Les mesures budgétaires introduites au sein des hôpitaux depuis le début des années 1980 les ont ainsi amené à moderniser et à dynamiser les activités. Ce dynamisme se retrouve de manière générale dans les différents types de structure. Il souffre bien entendu certaines faiblesses que nous développerons par la suite.
- Cette dynamique est également confortée par le statut d'indépendant de la plupart des prestataires de soins : à l'exception des hôpitaux publics et des hôpitaux universitaires, tous les médecins sont indépendants même au sein des institutions hospitalières où ils rétrocèdent une partie de leur honoraire à l'hôpital. Il en va de même pour les pharmaciens (innés), les kinés et les infirmiers(ères) à domiciles.
- Ces différents facteurs qui ont créé l'émulation et le dynamisme sur le terrain peuvent toutefois générer bien entendu des effets pervers si la coordination des ressources n'est pas suffisamment réalisée sur le plan global. L'absence de coordination sera évoquée plus avant dans les faiblesses du système.

## **2.5 La qualité de base de l'enseignement et des praticiens**

Même si à notre connaissance aucune étude comparative n'a été réalisée sur le sujet, la formation de base sur l'art de guérir et de soigner prodiguée dans tout le pays aux médecins, infirmiers, pharmaciens et kinésithérapeutes est

reconnue comme d'un excellent niveau. La présence de plus de 50 nationalités différentes sur les bancs des Facultés et des écoles supérieures atteste de l'attractivité de notre pays pour l'enseignement dispensé.

Même si certaines lacunes existent par rapport aux nouvelles évolutions des professions, comme nous le verrons plus loin, le noyau de base est d'excellente qualité. Cette formation et la présence de centres d'excellence reconnus sur le plan international confortent la réputation de qualité de nos professionnels à l'étranger.

Cette qualité du personnel se retrouve au niveau médical mais aussi au niveau infirmier où les formations prodiguées sont parmi les intensives en Europe tant dans la durée que dans le contenu. Elle est essentielle pour garantir la qualité finale du service presté.

## **2.6 La professionnalisation de la gestion**

Le système de santé a réalisé durant les 15 dernières années des progrès très importants en matière de gestion. Les compétences et les profils des ressources humaines affectées au secteur ont très fortement progressé. En parallèle les organisations, les structures et les processus se sont très nettement professionnalisés.

Un exemple particulièrement frappant est le secteur hospitalier : dans le passé, seul le directeur faisait de la véritable gestion et encore à mi-temps le reste de son temps étant consacré à des tâches de gestion journalières. Il était entouré de la comptabilité, du service du personnel de la direction des achats ...

La structure de gestion de l'hôpital s'est profondément transformée au fil du temps. Cette évolution a commencé par la mise en place de véritables directions financières. Cette évolution était indispensable puisque la quasi totalité des hôpitaux de l'époque ne possédait pas l'accord de la « valeur jour » auprès de leurs banquiers. Pire, la majorité d'entre eux ne connaissait pas son existence et la possibilité de la négocier malgré les chiffres d'affaires très importants réalisés.

Cette évolution s'est poursuivie ensuite vers les fonctions de directions des ressources humaines, directions médicales, informatiques et logistiques. Des professionnels venant parfois du secteur privé ont mis en place de nouveaux modes de gestion faisant évoluer les fonctions d'une nature purement administrative vers une fonction de gestion. L'évolution est évidemment très variable d'hôpital à hôpital mais l'évolution globale va dans cette direction.



*"Think-tank" et "do-tank" indépendant qui œuvre pour la croissance économique et une protection sociale durable*

Cette professionnalisation de la gestion particulièrement visible dans les hôpitaux se marque aussi, avec des niveaux d'avancement divers, au niveau des autres acteurs du système : mutualités, autorités publiques ...

### **3 PARTIE III. POURQUOI ENTREPRENDRE DES REFORMES ?**

---



Notre système de Santé possède des atouts importants. Et pourtant ceux-ci sont aujourd'hui sérieusement menacés.

1. Depuis 25 ans, les politiques se sont centrées presque exclusivement sur la préoccupation budgétaire en trois vagues successives : (i) les hôpitaux, (ii) les mutualités, (iii) l'industrie pharmaceutique et les prestataires médicaux.

a. Ces 25 années de contrôle budgétaire ont échoué pour contrôler le budget : le taux de croissance est insoutenable par rapport à l'évolution de PIB belge, le secteur santé cannibalise les autres secteurs de la sécurité sociale (notamment les pensions) et le financement privé ne cesse de croître.

b. Ces 25 années de contrôle budgétaire ont exercé une contrainte croissante sur l'offre de soins de santé et ont donné une importance croissante à l'état central, alors que la force traditionnelle du système de santé belge repose dans son offre de services libre et hautement décentralisée.

c. Le contrôle budgétaire par le système des normes de croissance augmente le coût du vieillissement pour les générations futures.

d. Le contrôle budgétaire est simplement impossible pour le futur, compte tenu des nouveaux défis du 21<sup>ème</sup> siècle, La fixation budgétaire est dès lors insuffisante, intenable et dangereuse pour les futur de système de soins de santé en Belgique.

2. Le budget sera largement insuffisant dans le futur malgré des ponctions de plus en plus importantes dans le portefeuille des ménages. Les dépenses de santé publiques et privées connaissent une croissance exponentielle. Cette croissance exponentielle, comme le dénonce la Cour des Comptes n'est pas maîtrisée et cannibalise la sécurité sociale. Elle est néanmoins nécessaire pour assurer un système de soins de santé performant. La croissance budgétaire telle que prévue par la Commission d'Etude sur le Vieillissement sera manifestement insuffisante.

3. L'objectif qualité est insuffisamment affirmé dans la politique des soins de santé. Même si des efforts sont entrepris à titre individuel, il n'existe aucune approche globale pour garantir la qualité. Les comparaisons internationales existantes en matière de qualité ne sont pas favorables à la Belgique. En outre la transparence des informations en matière de qualité n'existe pas. Là où les informations existent, elles démontrent une performance assez médiocre.

On peut citer à titre d'exemple la mortalité infantile, la mortalité périnatale et la mortalité relative au cancer du sein ou du colon. Pour tous ces indicateurs la Belgique se situe entre la 15<sup>ième</sup> et la 20<sup>ième</sup> position du classement sur 28 pays. Les infections hospitalières constituent un autre exemple frappant. Il y a environ 110.000 infections hospitalières par an en Belgique rien que pour les hôpitaux aigus, 2500 à 3000 morts et une dépense annuelle de 116 322 800 euros pour les journées supplémentaires d'hospitalisation dues à ces infections.

Il est important que la qualité soit davantage intégrée dans la politique des soins de santé, puisque le patient n'a aujourd'hui très peu de moyens pour évaluer la qualité des services offerts. Or, par la focalisation budgétaire, l'attention est exclusivement portée sur la quantité et l'accessibilité de l'offre. La qualité de l'offre est la résultante des initiatives individuelles et non le fruit planifié d'une véritable politique organisée et volontariste. La Belgique favorise la liberté de choix des patients et la concurrence entre les prestataires, mais fait beaucoup trop peu pour éclairer le choix des patients.

4. Les quotas sont contre-productifs et généreront dans le futur des déficits en matières de ressources humaines : médecins, assistants de soins ... En outre la collaboration entre les différents niveaux de soins, la mise en place de réseaux intégrés de soins sont soit totalement absents, soit largement insuffisants. La politique est trop axée sur une politique d'affectation budgétaire verticale selon la division classique hôpitaux, médecins généralistes, etc. Le futur est celui de l'organisation horizontale qui combine les différents niveaux dans une approche intégré qui permet de focaliser sur les résultats en termes de santé, plutôt que sur des prestations de soins.

5. La grande majorité du budget est portée sur le curatif et on accorde très peu d'importance à la prévention. Par la pression budgétaire, la politique de santé est largement réduite aux soins de santé curatifs. Les incitants n'existent pas pour investir dans la prévention. De bonnes initiatives récentes existent comme les efforts développés au niveau régional ou le Plan National contre le cancer. Ces initiatives sont toutefois trop ciblées pour répondre à un problème structurel. La prévention doit être renforcée de manière structurelle.

6. On constate une absence de vision à moyen et long terme. Les politiques sont centrées sur des préoccupations de court terme.

Le système de gestion des soins de Santé en Belgique amène à affecter les dépenses sur base des groupes d'intérêts et du corporatisme. Il n'existe pas de cadre institutionnel pour lier les affectations budgétaires à une vision de long terme de Santé Publique.

L'organisation des soins de Santé en Belgique manque, par la prépondérance de la logique budgétaire à court terme, d'une plateforme de réflexion sur la Santé et la politique de Santé à long terme. Cette réflexion est pourtant nécessaire et doit permettre les mutations fondamentales du 21<sup>ème</sup> siècle :

- a. Une organisation horizontale basée sur la collaboration
- b. L'optimisation de l'offre de soins en quantité et en qualité
- c. La transformation du rôle du citoyen-patient vers une plus grande responsabilisation favorisée par des incitants adéquats
- d. L'utilisation optimale des technologies et de l'information

### 3 PARTIE III. POURQUOI ENTREPRENDRE DES REFORMES ?

#### 3.1 L'évolution du budget doit être mieux maîtrisée

##### 3.1.1 Une croissance exponentielle des dépenses de santé publiques et privées

Les dépenses de soins de santé évoluent rapidement. La croissance de ces dépenses est largement supérieure à la croissance du PIB ces dernières années. Ce phénomène n'est pas nouveau, il s'observe en Belgique depuis bien longtemps. Le tableau ci-dessous donne le pourcentage que représentent les soins de santé dans le PIB. Lorsque ce pourcentage augmente, cela signifie que la croissance des dépenses de santé est plus forte que celle du PIB.

Les dépenses de soins de santé reprises ci-dessous englobent à la fois les dépenses engagées par les autorités publiques et par les particuliers. On parlera donc de croissance exponentielle des dépenses de santé publiques et privées. Une restriction importante doit toutefois être apportée ici : les dépenses intégrées sont les dépenses traditionnellement comptabilisées par les pays dans les soins de santé : hospitalisation, soins médicaux, infirmiers, médicaments remboursés ... Ne sont pas intégrés toutes les prestations ou les produits qui relèvent d'une vision « santé » versus « soins de santé » tels que décrits dans la première partie. On ne retrouvera ainsi pas les médicaments dits de confort, les médecines alternatives, les clubs de sports, les soins et activités très diverses centrées autour des soins du corps et du bien-être ...

|                   | 1985 | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Allemagne</b>  | 8,8  | 8,3  | 10,1 | 10,2 | 10,2 | 10,3 | 10,3 | 10,4 | 10,6 | 10,8 | 10,6 | 10,7 |
| <b>Australie</b>  | 7,2  | 7,5  | 8,0  | 8,3  | 8,3  | 8,4  | 8,8  | 8,9  | 9,1  | 9,2  | 9,5  |      |
| <b>Autriche</b>   | 6,5  | 7,0  | 9,8  | 10,0 | 10,2 | 10,2 | 10,0 | 10,0 | 10,1 | 10,2 | 10,3 | 10,2 |
| <b>Belgique</b>   | 7,0  | 7,2  | 8,2  | 8,3  | 8,4  | 8,6  | 8,6  | 8,7  | 9,0  | 10,1 | 10,2 | 10,3 |
| <b>Canada</b>     | 8,1  | 8,9  | 9,0  | 8,8  | 9,1  | 8,9  | 8,8  | 9,3  | 9,6  | 9,8  | 9,8  | 9,8  |
| <b>Danemark</b>   | 8,5  | 8,3  | 8,1  | 8,2  | 8,3  | 8,5  | 8,3  | 8,6  | 8,8  | 9,1  | 9,2  | 9,1  |
| <b>Espagne</b>    | 5,4  | 6,5  | 7,4  | 7,3  | 7,3  | 7,3  | 7,2  | 7,2  | 7,3  | 7,8  | 8,1  | 8,3  |
| <b>Etats-Unis</b> | 10,0 | 11,9 | 13,3 | 13,1 | 13,1 | 13,1 | 13,2 | 13,9 | 14,7 | 15,2 | 15,2 | 15,3 |
| <b>Finlande</b>   | 7,1  | 7,7  | 7,5  | 7,2  | 6,9  | 6,8  | 6,6  | 6,7  | 7,0  | 7,3  | 7,4  | 7,5  |
| <b>France</b>     | 8,0  | 8,4  | 9,9  | 9,7  | 9,6  | 9,7  | 9,6  | 9,7  | 10,0 | 10,9 | 11,0 | 11,1 |
| <b>Irlande</b>    | 7,5  | 6,1  | 6,7  | 6,4  | 6,2  | 6,3  | 6,3  | 7,0  | 7,2  | 7,3  | 7,5  | 7,5  |
| <b>Italie</b>     |      | 7,7  | 7,3  | 7,7  | 7,7  | 7,8  | 8,1  | 8,2  | 8,3  | 8,3  | 8,7  | 8,9  |
| <b>Japon</b>      | 6,7  | 6,0  | 6,9  | 7,0  | 7,3  | 7,5  | 7,7  | 7,9  | 8,0  | 8,1  | 8,0  |      |
| <b>Luxembourg</b> | 5,2  | 5,4  | 5,6  | 5,6  | 5,7  | 5,8  | 5,8  | 6,4  | 6,8  | 7,6  | 7,9  | 7,9  |
| <b>Norvège</b>    | 6,6  | 7,6  | 7,9  | 8,4  | 9,3  | 9,3  | 8,4  | 8,8  | 9,8  | 10,0 | 9,7  | 9,1  |
| <b>Nouvelle-</b>  | 5,1  | 6,9  | 7,2  | 7,3  | 7,8  | 7,6  | 7,7  | 7,8  | 8,2  | 8,0  | 8,5  | 9,6  |

|                    |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|--------------------|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Zélande</b>     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>Pays-Bas</b>    | 7,3 | 8,0 | 8,3 | 7,9  | 8,1  | 8,1  | 8,0  | 8,3  | 8,9  | 9,1  | 9,2  |      |
| <b>Portugal</b>    | 5,7 | 5,9 | 7,8 | 8,0  | 8,0  | 8,2  | 8,8  | 8,8  | 9,0  | 9,7  | 10,0 | 10,2 |
| <b>Royaume-Uni</b> | 5,9 | 6,0 | 7,0 | 6,8  | 6,9  | 7,1  | 7,3  | 7,5  | 7,7  | 7,8  | 8,1  | 8,3  |
| <b>Suède</b>       | 8,6 | 8,3 | 8,1 | 8,1  | 8,3  | 8,4  | 8,4  | 8,7  | 9,1  | 9,3  | 9,1  | 9,1  |
| <b>Suisse</b>      | 7,8 | 8,3 | 9,7 | 10,2 | 10,3 | 10,5 | 10,4 | 10,9 | 11,1 | 11,5 | 11,5 | 11,6 |

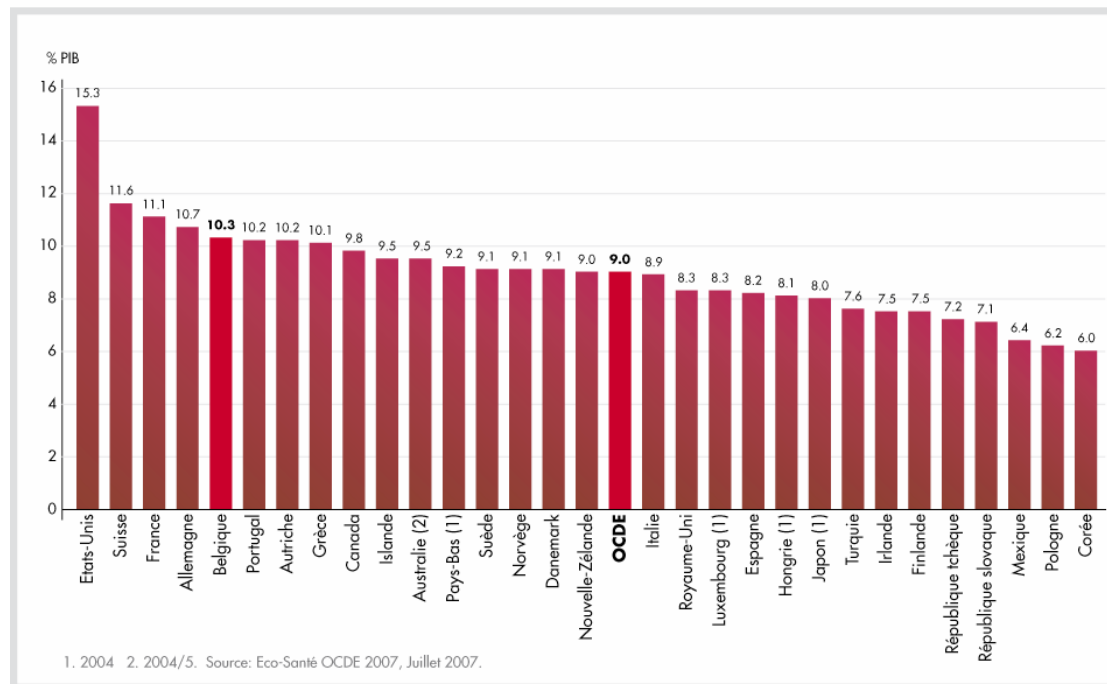
Dépenses totales de soins de santé en pourcentage du PIB dans les pays de l'OCDE

Source : OCDE

En 20 ans, les dépenses de soins de santé tant publiques que privées sont passées de 7% du PIB (en 1985) à 10,3% du PIB (2005). Ce phénomène n'est cependant pas propre à la Belgique puisqu'il touche de nombreux pays de l'OCDE comme la France, les Etats-Unis, le Royaume-Uni, la Suisse, ...

Si on regarde la situation en 2005 (cfr. graphique ci-dessous), la Belgique dépense comparativement aux autres pays une part importante de son PIB en dépenses de santé.<sup>29</sup>

### DÉPENSES DE SANTÉ EN PART DU PIB, PAYS DE L'OCDE, 2005



Ce pourcentage (10,3% en 2005) est largement supérieur à la moyenne de l'OCDE (9%). Seuls les Etats-Unis, la Suisse, l'Allemagne et la France ont des dépenses de santé représentant une part plus importante du PIB.

<sup>29</sup> OCDE, Eco Santé 2007, comment la Belgique se positionne, 2007.

**Cette croissance des dépenses de Santé n'est pas négative en soi car elle peut être productrice de retour en termes de Santé et d'activité économique complémentaire.** Il peut donc exister un volet positif en termes de retour de bien être et de valeur ajoutée en terme économique. **Toutefois ce retour positif n'existera que si la croissance et les effets de cette croissance sont maîtrisés et que cette croissance peut continuer à être financée dans le futur.**

Or nous constatons, à l'instar de la Cour des Comptes, que la maîtrise des dépenses n'a pas toujours été présente dans les années passées.

Le rapport de la Cour des Comptes met en évidence que les dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé sont estimées, en 2006, à 18,4 milliards d'euros, soit six fois plus qu'en 1980. Elles accusent une augmentation plus rapide que le produit intérieur brut et représentent plus d'un tiers de l'ensemble des dépenses de prestations de sécurité sociale, pour les deux régimes, travailleurs salariés et travailleurs indépendants.

Comme l'explique la Cour des Comptes, en 1994, le plafond du budget avait été fixé à 9.791,8 millions d'euros (395 milliards de francs). Il avait alors été prévu que ce montant pouvait augmenter chaque année au maximum à concurrence de l'inflation et d'une croissance réelle de 1,5 %. Si cette marge de croissance avait été respectée, les dépenses auraient dû s'élever, fin 2004, à maximum 13.367,4 millions d'euros (+ 36,5 %).

Toutefois, à partir de 1999, la marge a été modifiée à plusieurs reprises :

- pour les années budgétaires 1999 et 2001, des dépenses exceptionnelles ou particulières d'un montant de 700,3 millions d'euros ont été accordées au-delà de la croissance autorisée par la norme de croissance et l'inflation.
- pour les années budgétaires 2000 et 2004, il a été inséré dans la législation une nouvelle base pour calculer la marge de croissance, à savoir un objectif budgétaire global de respectivement 12.412,7 et 16.257,8 millions d'euros ;
- à partir de l'année budgétaire 2001, la norme de croissance a été relevée de 1,5 % à 2,5 % (à partir de 2005, la norme est portée à 4,5 %).

La Cour des Comptes met en évidence que ces diverses modifications de la marge de croissance du budget ont eu deux conséquences importantes :

- l'augmentation du budget intervenue dans l'intervalle n'est pas loin du double de celle prévue en 1994 (le budget atteignait 16.257,8 millions d'euros en 2004, soit une croissance de 66 % au lieu des 36,5 % prévus) ; sur une base annuelle, la différence entre les dépenses budgétées et les dépenses initialement prévues selon la marge de croissance initiale de 1,5 % s'élève à présent à environ 3 milliards d'euros (fin 2004 : 2.890,4 millions d'euros).
- l'évolution du budget a suivi de près celle des dépenses : au cours de la période qui a connu la plus forte croissance des dépenses (1999-2004), le budget a été dépassé chaque année, à l'exception de celui de 2002, mais le dépassement a varié dans une fourchette allant de 0,3 % à 3,3 %.

Depuis 2004, il apparaît que des efforts importants ont été réalisés au niveau du respect du budget – il n'en reste pas moins un écart très important par rapport à la norme de croissance initialement envisagée.

La Cour des Comptes met en évidence trois difficultés essentielles :

- « Fondamentalement, la marge toujours plus élevée a toutefois conduit à adapter le budget à l'évolution des dépenses et non l'inverse. L'effet d'une marge de croissance sur la maîtrise des dépenses est en réalité toujours plus perceptible à mesure que cet instrument demeure inchangé au fil du temps. En raison des modifications successives à brefs intervalles, cet effet n'a guère été important. La décision de récupérer auprès des organismes assureurs (« mutuelles ») et de l'industrie pharmaceutique une partie du dépassement du budget n'a eu qu'un impact relativement limité du point de vue financier sur l'évolution des dépenses ».
- « L'absence de choix clairs est sans doute aussi la cause et la conséquence du rôle décisif qu'a joué le gouvernement. La participation au processus de décision est ainsi conservée, mais uniquement dans un cadre informel et en concertation souvent bilatérale avec le (la cellule stratégique du) ministre des Affaires sociales. Cette concertation informelle débouche toutefois sur un processus budgétaire peu transparent. Ainsi, il n'existe aucun droit de regard sur les éléments à l'origine des mesures prises en matière de nouvelles initiatives et économies, alors qu'ils constituent la clé de voûte du budget. On remarque également qu'aucun rôle n'est attribué aux structures lors de la fixation et de la correction des importants budgets des médicaments,

des frais de séjour dans les hôpitaux et de l’exécution des accords sociaux ».

- « Enfin, les données indispensables à une estimation argumentée des dépenses et à une interprétation actuelle et correcte de l’évolution des dépenses devraient par ailleurs être étoffées et mieux contrôlées ».

Pour résumer, on peut dire que la croissance des dépenses de santé publiques est encadrée par la norme de croissance, fixé par le gouvernement. Cette norme a été limitée à 1,5% entre 1994 et 1998, à 2,5% entre 1999 et 2002, depuis 2003, elle est établie à 4,5%. Même si cette norme permet de contenir l’évolution des dépenses, on constatera que dans les faits, la croissance réelle des dépenses est souvent supérieure à cette norme (vu le recours à des artifices tels que les dépenses exogènes permettant des dépenses qui ne sont pas intégrés dans le calcul de la norme).

La fixation d’une norme de croissance ne nous met donc pas à l’abri d’un dérapage budgétaire et n’indique pas que les défis futurs seront relevés.

### 3.1.2 Un financement qui repose de plus en plus sur la contribution privée

Le financement des soins de santé comporte une part publique et une part privée qui dépend d’un pays à l’autre et qui varie au fil du temps. La **Error! Reference source not found.** donne la part de dépenses publiques pour différents pays de l’OCDE.



|                         | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Allemagne</b>        | 76,2 | 81,6 | 80,8 | 80,1 | 79,8 | 79,7 | 79,3 | 79,2 | 78,7 | 76,9 | 76,9 |
| <b>Australie</b>        | 67,1 | 66,7 | 67,8 | 67,3 | 70,0 | 68,4 | 67,5 | 67,5 | 67,5 | 67,5 |      |
| <b>Autriche</b>         | 73,5 | 71,5 | 75,5 | 75,7 | 76,1 | 75,9 | 75,7 | 75,4 | 75,3 | 75,6 | 75,7 |
| <b>Belgique</b>         |      | 78,5 | 76,8 | 76,3 | 76,1 | 76,0 | 76,6 | 75,2 | 71,6 | 73,1 | 72,3 |
| <b>Canada</b>           | 74,5 | 71,4 | 70,3 | 70,7 | 70,0 | 70,4 | 70,0 | 69,6 | 70,2 | 70,2 | 70,3 |
| <b>Danemark</b>         | 82,7 | 82,5 | 82,3 | 82,0 | 82,2 | 82,4 | 82,7 | 82,9 | 84,2 | 84,3 | 84,1 |
| <b>Espagne</b>          | 78,7 | 72,2 | 72,5 | 72,2 | 72,0 | 71,6 | 71,2 | 71,3 | 70,3 | 70,9 | 71,4 |
| <b>Etats-Unis</b>       | 39,4 | 45,3 | 45,1 | 44,0 | 43,5 | 43,7 | 44,6 | 44,7 | 44,5 | 44,7 | 45,1 |
| <b>Finlande</b>         | 80,9 | 75,6 | 76,1 | 76,3 | 75,3 | 75,1 | 75,9 | 76,3 | 76,2 | 77,2 | 77,8 |
| <b>France</b>           | 76,6 | 78,6 | 78,6 | 78,6 | 78,4 | 78,3 | 78,3 | 78,6 | 79,4 | 79,4 | 79,8 |
| <b>Irlande</b>          | 71,7 | 71,8 | 73,7 | 73,5 | 72,7 | 72,9 | 73,6 | 75,6 | 76,7 | 78,2 | 78,0 |
| <b>Italie</b>           | 79,5 | 70,8 | 70,8 | 70,4 | 70,7 | 72,5 | 74,6 | 74,5 | 74,7 | 75,8 | 76,6 |
| <b>Japon</b>            | 77,6 | 83,0 | 81,5 | 80,8 | 81,1 | 81,3 | 81,7 | 81,5 | 81,5 | 81,7 |      |
| <b>Luxembourg</b>       | 93,1 | 92,4 | 92,5 | 92,4 | 89,8 | 89,3 | 87,9 | 90,3 | 90,3 | 90,2 | 90,7 |
| <b>Norvège</b>          | 82,8 | 84,2 | 81,3 | 82,2 | 82,6 | 82,5 | 83,6 | 83,5 | 83,7 | 83,6 | 83,6 |
| <b>Nouvelle-Zélande</b> | 82,4 | 77,2 | 77,3 | 77,0 | 77,5 | 78,0 | 76,4 | 77,9 | 78,3 | 77,2 | 77,4 |
| <b>Pays-Bas</b>         | 67,1 | 71,0 | 67,8 | 64,1 | 62,7 | 63,1 | 62,8 | 62,5 |      |      |      |
| <b>Portugal</b>         | 65,5 | 62,6 | 65,7 | 67,1 | 67,6 | 72,5 | 71,5 | 72,2 | 73,3 | 72,0 | 72,3 |
| <b>Royaume-Uni</b>      | 83,6 | 83,9 | 80,4 | 80,4 | 80,6 | 80,9 | 83,0 | 83,4 | 85,6 | 86,3 | 87,1 |
| <b>Suède</b>            | 89,9 | 86,6 | 85,8 | 85,8 | 85,7 | 84,9 | 84,9 | 85,1 | 85,4 | 84,6 | 84,6 |
| <b>Suisse</b>           | 52,4 | 53,8 | 55,2 | 54,9 | 55,3 | 55,6 | 57,1 | 57,9 | 58,5 | 58,5 | 59,7 |

Part des dépenses publiques de soins de santé (chiffres OCDE)

Source : OCDE

En Belgique, plus de 70% des dépenses de soins de santé sont financés par les pouvoirs publics. La part publique est largement plus importante que celle consacrée par les Etats-Unis (45%) ou la Suisse (60%).

La Belgique n'est cependant pas le pays où la part de financement public est la plus élevée : le Luxembourg et les pays scandinaves, par exemple, financent davantage leurs dépenses de soins de santé via les collectivités.

On constatera également à la lecture du tableau qu'au fil du temps, le financement public des dépenses de santé diminue en Belgique. De 78,5% en 1995, il passe à 72,3 % en 2005. Si le financement public diminue, le financement privé augmente de facto. On assiste ainsi à une privatisation du financement des dépenses de santé : 27,7% de dépenses de santé sont donc financés par des assurances privées ou déboursés directement par le patient.

Le tableau ci-dessous distingue les éléments constitutifs du financement privé et son évolution entre 2000 et 2005. <sup>30</sup>

| En millions d'euros                     | 2000            | 2001            | 2002            | 2003            | 2004            | 2005            | Croiss. annuelle moyenne |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| Patients                                | 4.328,71        | 4.247,34        | 4.793,03        | 5.138,09        | 5.052,71        | 5.400,18        | 4,52%                    |
|   | 80,43%          | 78,57%          | 79,18%          | 78,57%          | 77,04%          | 77,34%          |                          |
| Employeurs                              | 99,58           | 100             | 100,42          | 100,84          | 101,26          | 101,69          | 0,42%                    |
|   | 1,85%           | 1,85%           | 1,66%           | 1,54%           | 1,54%           | 1,46%           |                          |
| Assurance Privées                       | 392,17          | 453,27          | 529,25          | 586,84          | 641,77          | 713,17          | 12,71%                   |
|   | 7,29%           | 8,38%           | 8,74%           | 8,97%           | 9,78%           | 10,21%          |                          |
| Mutualités : Assurances complémentaires | 561,32          | 605,47          | 630,8           | 713,55          | 763,12          | 767,74          | 6,46%                    |
|   | 10,43%          | 11,20%          | 10,42%          | 10,91%          | 11,63%          | 10,99%          |                          |
| <b>Total financement privé</b>          | <b>5.381,78</b> | <b>5.406,08</b> | <b>6.053,50</b> | <b>6.539,32</b> | <b>6.558,86</b> | <b>6.982,78</b> | 5,35%                    |

Sources de financement privé des dépenses de santé

Source : Assuralia 2007

On constatera que la part privée du financement des dépenses de santé est essentiellement assurée par le patient directement (77,34 % en 2005), le reste étant financé par les assurances privées (10,21%) et par les mutuelles (10,99%). La partie reprise sous la rubrique 'mutualité' concerne les assurances hospitalisations, des assurances pour les petits risques des indépendants, le service ambulance (frais de transport malades et blessés), le service soins urgent à l'étranger et des remboursements médicaux pour lesquels l'intervention de l'assurance obligatoire est minime voire inexistante

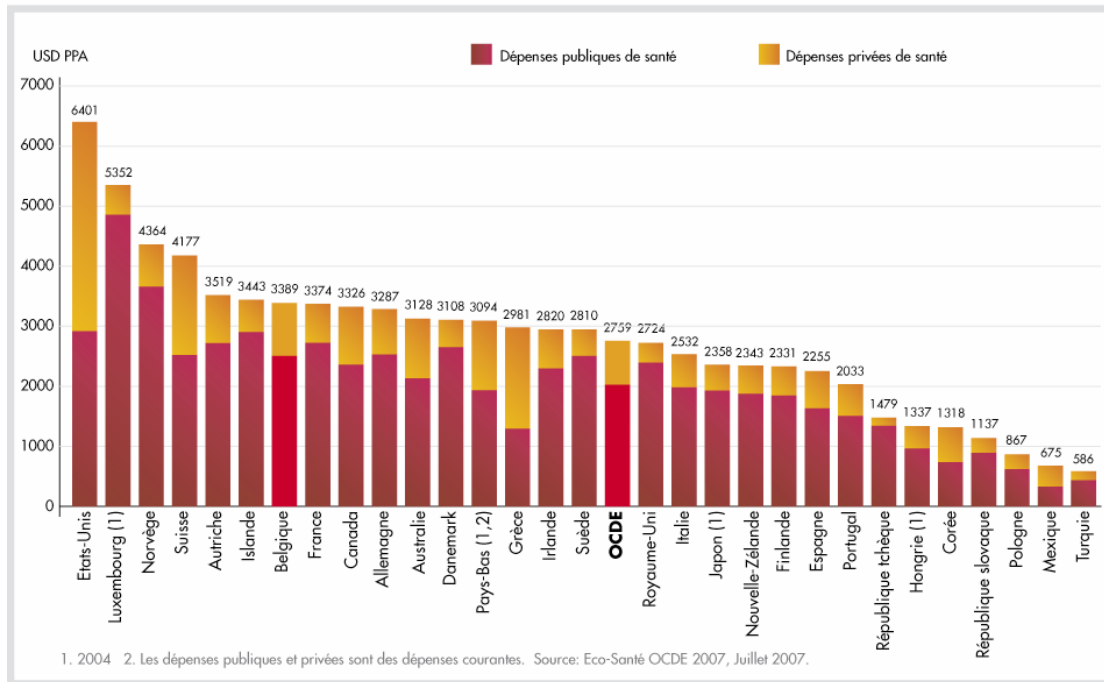
La part des assurances privées et des mutualités augmentent au fil du temps pour se substituer progressivement au paiement direct par le patient (respectivement 12,71% et 6,46% de croissance annuelle moyenne).

Le graphique ci-dessous <sup>31</sup> donne une comparaison des montants de dépenses de santé par habitant pour l'année 2005 pour différents pays de l'OCDE, en distinguant la part publique de la part privée. Il nous montre qu'avec 3383 USD de dépenses de santé par habitant, la Belgique se situe au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (2759 USD/habitant).

<sup>30</sup> Assuralia, Les dépenses nationales en soins de santé, 4<sup>e</sup> édition, janvier 2007

<sup>31</sup> OCDE, Division de la santé, Expenditure of health (total, public, private), 2007

## DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT, DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES, PAYS DE L'OCDE, 2005



Source : OCDE 2007

La prise en charge par le patient à titre privé d'une fraction des dépenses de soins de Santé n'est pas mauvaise en soi puisqu'elle peut permettre de mieux responsabiliser le patient dans ses choix et dans ses actes de Santé. La faiblesse que nous pouvons relever dans le système de Santé belge est que la prise en charge par le patient ne procède pas d'un choix délibéré pour le responsabiliser mais procède seulement d'un souci budgétaire. Les évolutions observées ne procèdent donc pas d'une politique de responsabilisation réfléchie du patient mais d'une pure politique budgétaire.

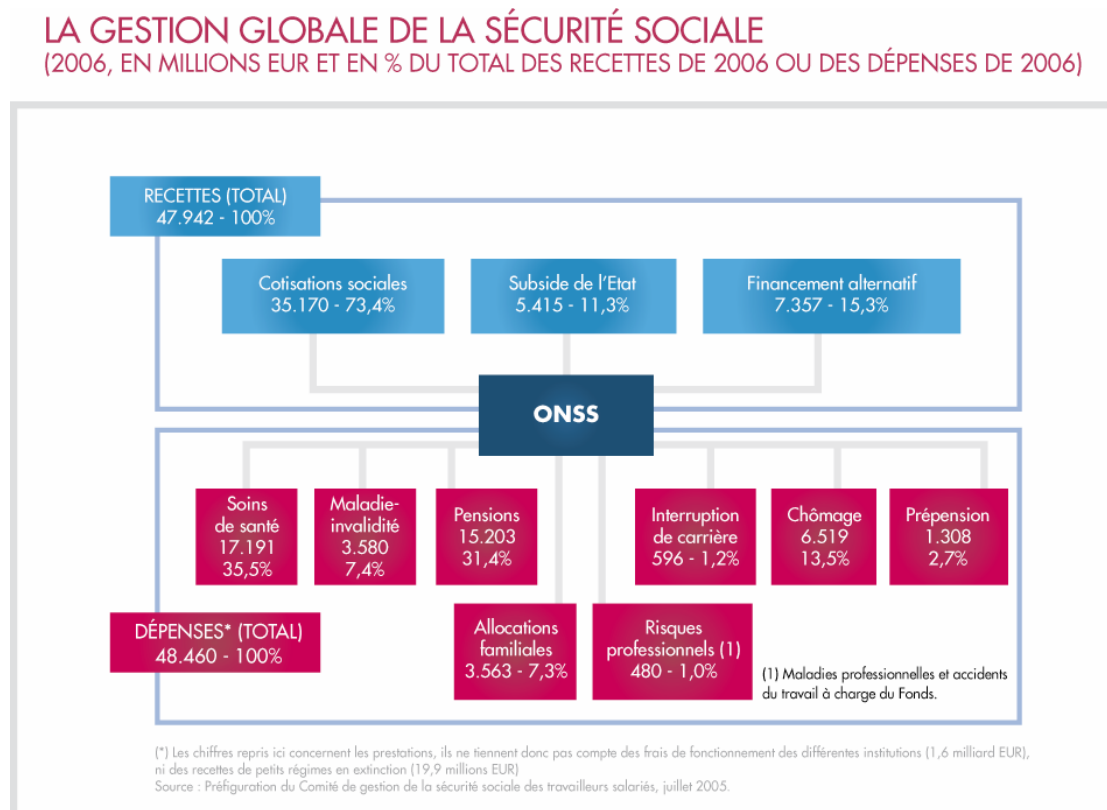
### 3.1.3 Un secteur des soins de santé qui cannibalise la sécurité sociale

Historiquement, les cotisations de sécurité sociales (ONSS) étaient réparties entre les différentes branches de la sécurité sociale suivant une clé de répartition prédéfinie. L'employé du secteur privé ou contractuel du service public verse 13,07% de cotisations personnelles dont 3,55% pour les soins de santé. L'employeur versait 3,80% pour les soins de santé des 32,36% (employé) ou 38,36% (ouvriers).

Depuis 1995, cette clé de répartition est théorique puisque les cotisations sont gérées globalement et affectés aux différents secteurs en fonction de leurs besoins financiers. Ce décloisonnement du financement entre les différentes

branches de la sécurité sociale a permis à la branche « soins de santé » de gagner progressivement en importance. En 1980, 23% des dépenses de sécurité sociale concernaient les soins de santé. En 2006, cette part est passée à 35,5%.

Le schéma ci-dessous donne une idée de la part de chaque branche de la sécurité sociale<sup>32</sup> :



Répartition des recettes et dépenses de la gestion globale de la sécurité sociale

### 3.1.4 Une tendance qui va se renforcer sous l'effet notamment du vieillissement

Les dépenses de santé vont continuer de croître dans les années à venir, comme nous l'avons montré dans la Première Partie. Différents facteurs vont stimuler cette croissance mais ces facteurs n'ont fait l'objet, jusqu'à présent, que de très peu d'études prévisionnelles.

Un élément étudié est le vieillissement de la population qui va faire croître les dépenses en soins de santé puisque celles-ci progressent avec l'âge,

<sup>32</sup> FEB, Regards croisés sur la sécu, magazine Forward, décembre 2005.

l'augmentation du degré de dépendance des patients entraînant un besoin accru de soins. <sup>33</sup> Le Comité d'Etude sur le Vieillissement a estimé l'impact du vieillissement sur les dépenses publiques. <sup>34</sup>

La projection induite par le bureau du Plan nous montre l'impact important du vieillissement sur les dépenses de Santé. Les dépenses en soins de santé induites par le vieillissement passeront de 7% à 9.2% d'ici 2030 et à 10.5% du PIB d'ici 2050. Tant les soins de santé aigus que les soins de longue durée sont intégrés dans cette simulation. Il est à noter que cette estimation adopte un point de vue très global puisque les soins de longue durée incluent les soins infirmiers à domicile, les séjours en maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les maisons de soins psychiatriques, les habitations protégées et certaines dépenses d'assistance à la vie quotidienne des personnes dépendantes.

Pour faire face à cette évolution, la Commission d'étude du vieillissement préconise un rythme de croissance des dépenses de soins de santé inférieur à partir de 2008. Pour la projection à long terme (2009-2030), la Commission d'étude recommande en effet une croissance moyenne annuelle des dépenses publiques en soins de santé de 2,8% hors inflation, nettement inférieure à celles enregistrées actuellement.

La tâche s'annonce ardue dans la mesure où le vieillissement n'est pas la seule composante dans l'évolution des dépenses de soins de santé.

Une étude des Mutualités Chrétiennes (2005) <sup>35</sup>indiquait que 38,7% de l'évolution des dépenses de soins de santé entre 1990 et 2000 est lié à l'inflation alors que 30,4% de cette augmentation est lié à un effet « prix ». Il s'agit en fait de la revalorisation des prestations et de l'évolution technologique.

La diffusion des technologies médicales semble être un des facteurs majeurs de l'augmentation des dépenses de santé en Belgique mais aussi dans les autres pays de l'OCDE. Ainsi l'OCDE (2007) <sup>36</sup>faisait le récent constat que « le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilisés pour

<sup>33</sup> Bureau Fédéral du Plan (Nicole Fasquelle, Maritza Lopez-Novella, Saskia Weemaes), Conséquences budgétaires et sociales du vieillissement : des perspectives de long terme, février 2005

<sup>34</sup> Bureau du Plan - Comité d'Etude sur le Vieillissement, Rapport annuel, juin 2007

<sup>35</sup> Mutualités Chrétiennes (Léonard C. et Avalosse H.), Effets du vieillissement de la population sur l'évolution des dépenses de santé – essai de clarification, 2005.

<sup>36</sup> OCDE, Ageing and the diffusion of new technologies – Challenges for OECD social and health care systems, 2005.

diagnostiquer de nombreuses maladies a plus que quintuplé en moyenne dans les pays de l'OCDE depuis le début des années 1990. Le nombre de scanners CT en Belgique, également en hausse durant la dernière décennie, est par contre nettement supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE ».

Cette évolution technologique fait augmenter fortement les dépenses pour de multiples raisons :

- ces nouvelles technologies sont plus coûteuses (la prestation coûte donc plus chère)
- ces technologies permettent des interventions chirurgicales moins invasives qui peuvent donc être pratiquées sur des patients plus âgés (groupe cible plus important)
- ces techniques permettent un dépistage plus précoce de la maladie (augmentation du groupe cible).

### **3.1.5 Une affection des dépenses qui évolue au profit de certains postes**

Quels sont les secteurs qui ont connu la plus forte croissance ces dernières années ? Contre toute attente, ce n'est pas le secteur des médicaments qui a connu la plus forte progression mais bien les honoraires médicaux en valeurs absolue (168 millions d'euros par an en plus). Le secteur des maisons de repos (MRS/MRPA/CSJ) (+10,44% annuel), le Maximum à facturer (+25,39%) et les forfaits maladies chroniques (22,54 %) connaissent les plus forts taux de croissance.

| En millions d'euros                                       | 1996            | 1998            | 1999            | 2003            | 2006            | Taux de croissance annuel moyen | Croissance absolue moyen |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------|
| Biologie clinique   | 666,7           | 688,5           | 707,0           | 815,9           | 915,2           | 3,23%                           | 25,0                     |
| Imagerie médicale   | 621,5           | 619,5           | 657,0           | 749,7           | 866,4           | 3,38%                           | 24,5                     |
| Consultations, visites et avis                            | 815,7           | 871,7           | 908,1           | 1.113,3         | 1.364,4         | 5,28%                           | 54,9                     |
| Prestations spéciales                                     | 734,8           | 738,3           | 780,1           | 904,5           | 984,3           | 2,97%                           | 24,9                     |
| Chirurgie   | 568,4           | 583,2           | 614,8           | 740,3           | 820,5           | 3,74%                           | 25,2                     |
| Gynécologie-obstétrique                                   | 50,7            | 49,8            | 53,8            | 63,6            | 71,7            | 3,52%                           | 2,1                      |
| Honoraires de surveillance                                | 150,5           | 155,6           | 164,5           | 211,9           | 241,2           | 4,83%                           | 9,1                      |
| Autres honoraires médicaux                                | 5,4             | 1,2             | 20,2            | 24,4            | 28,7            | n.a.                            | n.a.                     |
| <b>Total Honoraires médicaux</b>                          | <b>3.612,7</b>  | <b>3.707,8</b>  | <b>3.905,5</b>  | <b>4.623,6</b>  | <b>5.292,3</b>  | <b>3,89%</b>                    | <b>168,0</b>             |
| <b>Soins dentaires</b>                                    | <b>346,7</b>    | <b>380,2</b>    | <b>394,8</b>    | <b>474,6</b>    | <b>549,8</b>    | <b>4,72%</b>                    | <b>20,3</b>              |
| <b>Soins infirmiers à domicile</b>                        | <b>407,2</b>    | <b>472,1</b>    | <b>510,9</b>    | <b>658,7</b>    | <b>799,5</b>    | <b>6,98%</b>                    | <b>39,2</b>              |
| Spécialités délivrées en officine                         | 1.230,1         | 1.442,0         | 1.580,1         | 2.011,3         | 2.155,1         | 5,77%                           | 92,5                     |
| Spécialités délivrées aux bénéf. non hospitalisés         | 99,3            | 131,0           | 146,8           | 326,6           | 477,8           | 17,01%                          | 37,8                     |
| Spécialités délivrées aux bénéf. hospitalisés             | 375,6           | 379,7           | 394,8           | 474,6           | 503,0           | 2,96%                           | 12,7                     |
| Récipés magistraux  | 87,3            | 50,9            | 55,1            | 46,2            | 42,2            | -7,02%                          | -4,5                     |
| Autres prestations pharmaceutiques                        | 73,5            | 77,0            | 84,8            | 96,2            | 126,4           | 5,56%                           | 5,3                      |
| <b>Total Prestations pharmaceutiques</b>                  | <b>1.865,8</b>  | <b>2.080,6</b>  | <b>2.261,6</b>  | <b>2.954,9</b>  | <b>3.304,3</b>  | <b>5,88%</b>                    | <b>143,8</b>             |
| <b>Kinésithérapie</b>                                     | <b>334,5</b>    | <b>369,1</b>    | <b>381,5</b>    | <b>370,5</b>    | <b>427,8</b>    | <b>2,49%</b>                    | <b>9,3</b>               |
| <b>Bandagistes</b>  | <b>35,5</b>     | <b>37,1</b>     | <b>44,1</b>     | <b>59,8</b>     | <b>72,5</b>     | <b>7,41%</b>                    | <b>3,7</b>               |
| <b>Orthopédistes</b>                                      | <b>52,4</b>     | <b>57,1</b>     | <b>62,6</b>     | <b>82,5</b>     | <b>99,7</b>     | <b>6,65%</b>                    | <b>4,7</b>               |
| <b>Implants</b>   | <b>183,3</b>    | <b>203,2</b>    | <b>218,4</b>    | <b>350,2</b>    | <b>399,1</b>    | <b>8,09%</b>                    | <b>21,6</b>              |
| <b>Opticiens</b>  | <b>6,7</b>      | <b>7,2</b>      | <b>7,3</b>      | <b>9,7</b>      | <b>10,9</b>     | <b>4,98%</b>                    | <b>0,4</b>               |
| <b>Audiciens</b>  | <b>11,8</b>     | <b>13,7</b>     | <b>13,9</b>     | <b>16,8</b>     | <b>21,8</b>     | <b>6,35%</b>                    | <b>1,0</b>               |
| <b>Accoucheuses</b>                                       | <b>5,1</b>      | <b>5,3</b>      | <b>5,2</b>      | <b>7,1</b>      | <b>9,6</b>      | <b>6,58%</b>                    | <b>0,5</b>               |
| <b>Prix de journée d'entretien</b>                        | <b>2.724,7</b>  | <b>2.644,2</b>  | <b>2.811,5</b>  | <b>3.452,2</b>  | <b>3.768,3</b>  | <b>3,30%</b>                    | <b>104,4</b>             |
| <b>Forfait pour journée d'entretien dans hôp. général</b> | <b>100,7</b>    | <b>127,5</b>    | <b>144,7</b>    | <b>108,5</b>    | <b>129,0</b>    | <b>2,50%</b>                    | <b>2,8</b>               |
| Honoraires médicaux dialyse                               | 73,9            | 85,6            | 87,8            | 109,4           | 112,9           | 4,32%                           | 3,9                      |
| Forfait dialyse rénale                                    | 58,8            | 68,3            | 70,0            | 92,1            | 102,7           | 5,73%                           | 4,4                      |
| Dialyse à domicile, dans un centre                        | 28,1            | 33,7            | 32,8            | 54,5            | 79,8            | 11,01%                          | 5,2                      |
| <b>Dialyse</b>  | <b>160,9</b>    | <b>187,6</b>    | <b>190,6</b>    | <b>256,0</b>    | <b>295,4</b>    | <b>6,27%</b>                    | <b>13,5</b>              |
| <b>MRS/MRPA/Centres de soins de jour</b>                  | <b>623,0</b>    | <b>698,0</b>    | <b>781,5</b>    | <b>1.318,8</b>  | <b>1.681,8</b>  | <b>10,44%</b>                   | <b>105,9</b>             |
| <b>MSP</b>  | <b>46,6</b>     | <b>72,3</b>     | <b>57,8</b>     | <b>67,5</b>     | <b>72,2</b>     | <b>4,47%</b>                    | <b>2,6</b>               |
| <b>Habitations protégées</b>                              | <b>11,3</b>     | <b>15,8</b>     | <b>16,0</b>     | <b>21,6</b>     | <b>26,6</b>     | <b>8,95%</b>                    | <b>1,5</b>               |
| <b>Régularisations</b>                                    | <b>-50,4</b>    | <b>-60,0</b>    | <b>-71,6</b>    | <b>-64,2</b>    | <b>-93,6</b>    | <b>6,39%</b>                    | <b>-4,3</b>              |
| <b>Maximum à facturer/ Franchise</b>                      | <b>30,1</b>     | <b>17,8</b>     | <b>17,2</b>     | <b>150,4</b>    | <b>288,9</b>    | <b>25,39%</b>                   | <b>25,9</b>              |
| <b>Rééducation, CMP, FSS</b>                              | <b>192,7</b>    | <b>210,1</b>    | <b>213,8</b>    | <b>314,1</b>    | <b>360,1</b>    | <b>6,45%</b>                    | <b>16,7</b>              |
| <b>Forfait pour JE dans hôp. psychiatrique</b>            |                 | 0,4             | 0,4             | 0,7             | 1,2             | -41,39%*                        | 0,1*                     |
| <b>Logopédie</b>  |                 | 24,5            | 27,6            | 41,7            | 49,2            | 9,15%*                          | 3,1*                     |
| <b>Autres frais de séjour et déplacement</b>              | 256,1           | 5,3             | 5,3             | 8,9             | 10,1            | 8,52%*                          | 0,6*                     |
| <b>Maladies chroniques</b>                                |                 | 11,7            | 20,4            | 60,1            | 59,3            | 22,54%*                         | 6,0*                     |
| <b>Reste (soins palliatifs, hôpital militaire,...)</b>    |                 | 5,8             | 7,0             | 38,2            | 99,5            | n.a.                            | n.a.                     |
| <b>Total</b>  | <b>10.957,3</b> | <b>11.294,0</b> | <b>12.028,1</b> | <b>15.383,7</b> | <b>17.735,3</b> | <b>4,93%</b>                    | <b>767,8</b>             |

### **3.1.6 Un mécanisme imparfait de constitution du budget**

Potentiellement, les besoins de remboursement de nouveaux soins sont infinis alors que les moyens sont limités entre autres par la norme de croissance. La distribution des moyens supplémentaires se fait cependant suivant une logique très mécanique : on part des dépenses de l'année précédente pour en dériver un niveau de dépense à politique inchangée (les estimations techniques), on attribue une masse d'index à chaque secteur en fonction de l'index utilisé dans celui-ci. En cas d'économie à réaliser ou de moyens supplémentaires restant à répartir, la répartition de ceux-ci est souvent très arbitraire, dictée par les jeux d'influence entre acteurs. Les acteurs les plus influents sont les hôpitaux, les médecins et l'industrie pharmaceutique. S'ajoute à ce phénomène le fait que le ministre veut marquer les soins de santé de son empreinte.

*Cette approche 'syndicale' de la répartition des moyens ne permet pas de réfléchir sur les besoins qui sont les plus urgents à couvrir (ce qui permettrait d'orienter l'allocation des moyens disponibles) et ne permet pas non plus de réfléchir sur la pertinence des choix et d'avoir une vision à long terme.*

*Ce manque de vision à long terme et la volonté des derniers ministres de laisser une trace de leur passage ont engendré une mutation progressive de notre système d'assurance maladie vers un système d'assistance sociale. De plus en plus, les critères de remboursement des prestations sont fonction des revenus et non plus en fonction de la gravité de la maladie.*

Un premier exemple de ce phénomène est l'apparition du remboursement majoré, d'abord un système VIPO (basé principalement sur des qualités particulières de l'assuré) puis le passage de ce système au système BIM et enfin récemment au système OMNIO. De plus en plus, ces systèmes se focalisent sur des critères de revenu (avoir des revenus inférieurs à un certain montant).

Le statut OMNIO (qui signifie "pour tous" en latin) permet aux ménages qui sont dans des conditions de revenus faibles de pouvoir bénéficier d'un tarif préférentiel (intervention majorée) dans le remboursement de leurs soins de santé. Il diffère du BIM (ex-VIPO) du fait que seule la condition de revenu entre en ligne de compte.

Un deuxième exemple est la création du Maximum à facturer qui fixe un plafond au-delà le patient se voit rembourser sa quote-part personnelle (ticket modérateur). Ce plafond varie en fonction des revenus.



| En millions d'euros  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003   | 2004   | 2005   | Croissance annuelle moyenne |
|--|-------|-------|-------|--------|--------|--------|-----------------------------|
| Remboursement. Ticket modérateur dans le cadre du Maximum à facturer | 43,29 | 49,09 | 81,35 | 204,86 | 230,13 | 235,47 | 40,31%                      |

Source : Assuralia (2007)

Ces mesures, si elles sont utiles pour réduire la part contributive des patients aux revenus les plus faibles posent des problèmes de coordination globale du système. Ainsi certains secteurs augmentent parfois le ticket modérateur à charge du patient afin de réaliser une économie alors qu'en réalité, comme ce ticket modérateur est remboursé par le Maximum à Facturer (Màf), l'économie pour le budget de l'assurance maladie dans son ensemble est minime...

Cette approche sectorielle ne permet pas de développer un véritable projet de santé et d'avoir une orientation santé publique du système de soins de santé. A l'heure actuelle, un médicament innovant n'est pas remboursé lorsque le budget spécifique des médicaments est épuisé alors que ce médicament permettrait par exemple de diminuer la fréquence et la durée des hospitalisations.

Vu le manque d'approche globale et la négociation syndicale par sous-secteur, le système se bureaucratise de plus en plus et se complexifie à outrance : la législation des médicaments qui change constamment (ex : législation sur les inhibiteurs de la pompe à proton), l'échelonnement des soins et le remboursement majoré de la première consultation du spécialiste en cas de renvoi par le médecin généraliste, le remboursement différencié en fonction des statuts (Omio, Vipo), ...

D'autres approches devraient être envisagées d'avantage orientées santé publique, pathologies, coordination et continuité des soins. Le modèle de « silos » budgétaires verticaux devrait être adapté au profit d'un modèle plus dynamique moins rigide et intégrant les méthodologies les plus performantes développées en matière d'Economie de la Santé.

## 3.2 L'objectif qualité est insuffisamment affirmé

### 3.2.1 Introduction

La difficulté intrinsèque d'évaluer la qualité explique sans doute que cette question a été pendant très longtemps éludée dans nos systèmes de santé. Le citoyen-patient éprouve beaucoup de difficultés à appréhender la qualité du système de santé et des soins prodigués. En effet, il existe en soins de santé une grande différence entre la qualité perçue et la qualité objective. La qualité perçue par le citoyen-patient évalue le plus souvent la qualité au travers d'éléments périphériques aux soins de santé : gentillesse du personnel soignant, qualité de la nourriture, apparence ou réputation du prestataire de soins. La qualité objective est elle difficilement mesurable et évaluable puisqu'elle consiste en une série de facteurs difficilement évaluables par les citoyens-patients eux-mêmes (qualité de l'intervention chirurgicale, hygiène du bloc opératoire ...). Le plus souvent, l'évaluation négative s'imposera seulement en cas de problème sérieux consécutif à l'intervention.

L'intérêt d'une réflexion sur la qualité est mis en évidence par de nombreuses études, comme le souligne le rapport de l'OCDE <sup>37</sup>:

- Utilisation inappropriée des procédures : depuis 1980 la recherche a mis en évidence que certaines procédures d'interventions chirurgicales sont utilisées alors qu'il est établi scientifiquement que le risque dépasse le résultat attendu
- Sous-utilisation de pratiques performantes : il est maintenant universellement établi que des traitements standards efficaces ne sont pas généralisés dans la pratique quotidienne. Ainsi le bénéfice est clairement établi d'un traitement par l'aspirine et les bêtabloquants après un infarctus du myocarde aigu. Pourtant une étude a montré qu'aux Etats-Unis seulement 72 % des patients en bénéficiaient.
- Erreurs médicales : La découverte de taux alarmants d'erreurs médicales conscientise de plus en plus au problème les citoyens-patients et l'ensemble des acteurs de santé. Ainsi , le rapport de l'*Institute of Medicine* commandé en 1999 par l'administration Clinton montre que l'erreur médicale est

<sup>37</sup> Towards High-Performing Health Systems – OCDE 2004

devenue la huitième cause de mortalité aux États-Unis devant les accidents de la route et les cancers du sein. On compte quarante mille morts par an au Royaume-Uni. En décembre 2006 en France le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* publiait les résultats d'une enquête indiquant que , chaque année, « 125 000 à 205 000 séjours hospitaliers causés par des événements indésirables liés aux soins pourraient être évités ».

- Problèmes d'hygiène ou d'organisation : plus récemment les études ont montré les problèmes d'organisation, les problèmes de coordination et surtout l'absence d'hygiène flagrante relevée dans certains établissements.

**Les définitions de la qualité** et des dimensions que celle-ci recouvre sont très nombreuses et très variées. Afin de bien préciser l'objectif et les limites de notre analyse, retenons seulement les différents types de mesures de la qualité <sup>38</sup> répertoriés dans le projet HCQI (Health Care Quality Indicator) de l'OCDE qui a démarré en 2001 et qui a donné lieu en 2006 au " Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper". 23 pays ont participé à cette réflexion et le schéma conceptuel proposé est la synthèse des expériences en termes d'indicateurs de qualité de l'ensemble des pays participants. Il s'appuie donc sur l'expérience pratique acquise par les pays membres dans l'évaluation de la qualité des soins.

#### **La qualité peut être mesurée sous trois aspects :**

- Les indicateurs de structure (les médecins sont-ils suffisamment qualifiés ou les hôpitaux sont-ils suffisamment équipés) représentent les indicateurs des caractéristiques, des inputs du système. Ils peuvent représenter des conditions nécessaires pour la délivrance de soins de qualité mais ils ne sont pas suffisants. Leur présence n'assure pas que les processus appropriés sont exécutés ou que les résultats satisfaisants sont obtenus
- Les indicateurs de processus représentent la mesure par laquelle les soins sont délivrés de manière appropriée ou non appropriée (le caractère approprié ou non provenant des preuves cliniques ou de l'assentiment de la profession sur l'efficacité du processus)
- Les indicateurs de résultats (comme le taux d'infections nosocomiales acquises à l'hôpital ou le taux de survie à un an après un infarctus du myocarde) cherchent à mesurer l'amélioration ou la détérioration de la santé attribuable aux soins

Dans ce chapitre, nous nous focaliserons sur le troisième type d'indicateurs : les indicateurs de résultats. Les statistiques comparatives internationales en

<sup>38</sup> Health Care Quality Indicators Project – Edward Kelley and Jeremy Hurst – OCDE 2006

matière de qualité sont en effet peu nombreuses et se concentrent essentiellement sur les indicateurs de résultats.

Pendant très longtemps, on a considéré dans beaucoup de pays que les autorités publiques ne devaient pas intervenir en matière de qualité. La qualité est perçue comme l'affaire des professionnels de santé qui vont s'autoréguler et atteindre ainsi une qualité maximale. Les grandes variations observées dans la pratique au sein d'un même pays et entre pays montrent la nécessité d'une régulation externe qui peut s'effectuer de diverses manières : contrôles, normes, mises à disposition de l'information sur internet ...

Les études montrent que les tranches les plus riches de la population auront une meilleure vue de la qualité par une recherche et une prise de conscience plus systématiques. Les autorités publiques devront donc avoir une attention toute particulière pour garantir des mécanismes d'information et de protection accessibles à tous. Nous aborderons cet aspect dans la deuxième partie de ce rapport dans le volet responsabilisation.

### **3.2.2 La contradiction entre la satisfaction des Belges et les études internationales**

**Si les Belges sont parmi les plus satisfaits internationalement de leur système de santé, les comparaisons internationales mettent en évidence des "résultats qualitatifs peu convaincants". Il existe donc une différence significative entre la qualité perçue et la qualité objective.**

*Les Belges évaluent de manière très positive la qualité de leur système de Santé comparativement à l'ensemble des citoyens européens.*

Une enquête européenne <sup>39</sup> sur la qualité de vie a été réalisée dans les 25 pays membres de la Commission Européenne et les trois pays candidats à l'adhésion. Cette enquête porte sur huit paramètres : la situation économique, le logement, l'emploi, la structure familiale, l'équilibre travail-vie privée, la santé et les soins de santé, le bien-être et la qualité perçue de la société. Dans chacun des pays, un échantillon de mille personnes âgées de plus de 18 ans a répondu à l'enquête.

Pour le volet Santé la question numéro 54 demandait : " En général, comment évaluer vous la qualité des services publics (services de santé, services sociaux) dans votre pays ? Pouvez-vous positionner sur une échelle de 1 à 10 où un signifie très mauvaise qualité et 10 très haute qualité" ?

<sup>39</sup> Quality of life in Europe – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Les résultats de cette enquête (cfr tableau ci-après) nous montrent que la Belgique arrive en tête des cotations avec 7.6, devancée seulement par l'Autriche avec une cote de 8, 1.

|                    | Evaluation Qualité |
|--------------------|--------------------|
| Autriche           | 8,1                |
| <b>Belgique</b>    | <b>7,6</b>         |
| Finlande           | 7,3                |
| France             | 7,1                |
| Luxemburg          | 7,1                |
| Danemark           | 7                  |
| Pays-Bas           | 6,7                |
| Suède              | 6,7                |
| Malte              | 6,7                |
| Allemagne          | 6,5                |
| Royaume-Uni        | 6,4                |
| Espagne            | 6,3                |
| Chypre             | 6,1                |
| Italie             | 5,8                |
| République Tchèque | 5,8                |
| Estonie            | 5,8                |
| Slovénie           | 5,7                |
| Irlande            | 5,3                |
| Hongrie            | 5,3                |
| Lettonie           | 5,2                |
| Grèce              | 5,1                |
| Lituanie           | 5,1                |
| Portugal           | 4,9                |
| Pologne            | 4,7                |
| Slovaquie          | 3,7                |

Si l'on examine toutefois les études internationales qui évaluent les soins de santé en Europe, les résultats de la Belgique ne sont pas performants sur tous les critères et en particulier en matière de qualité.

Ainsi l'étude réalisée par le "Health Consumer Powerhouse" <sup>40</sup> affirme en conclusion de synthèse que " la Belgique se distingue par son accessibilité, mais enregistre des résultats qualitatifs peu convaincants".

<sup>40</sup> Euro Health Consumer Index – Health Consumer Powerhouse - 2007

L'étude compare les 27 pays de la Commission Européenne plus la Suisse et la Norvège. La Belgique obtient de bons résultats sur l'accueil réservé au patient et le temps d'attente pour obtenir un traitement ... Par contre en matière d'indicateurs qualitatifs les résultats ne sont pas brillants.

Les indicateurs qualitatifs provenant de différentes études européennes qui montrent des résultats qualitatifs très moyens voire mauvais sont les suivants

- taux de mortalité suite à une attaque cardiaque
- taux de mortalité infantile
- taux de survie au cancer après 5 ans
- mortalité évitable - nombre d'années potentielles de vie perdue
- infections nosocomiales

Les mauvais résultats obtenus dans ce classement en termes de qualité par rapport aux autres pays ne positionnent la Belgique globalement qu'à la dixième place du classement malgré les bons scores obtenus dans d'autres catégories.

Ces résultats sont confirmés par les statistiques de l'OCDE et par l'étude réalisée par le Fraser Institute au Canada sur cette base <sup>41</sup>. Si ces statistiques doivent être analysées et interprétées avec énormément de prudence, il est frappant de constater que pour l'ensemble des indicateurs disponibles, la Belgique se situe entre la quinzième et la 20 ième du classement sur 28 pays. Cela signifie que la Belgique se situe dans le bas du classement. Si chacun de ces tableaux pris isolément peut être remis en question quant à sa pertinence et l'influence du système de santé sur l'indicateur, la convergence des indicateurs est significative et doit nous amener à nous interroger.

---

<sup>41</sup> How Good Is Canadian Health Care? 2007 Report An International Comparison of Health Care Systems Nadeem Esmail and Michael Walker

## DOCUMENT DE SYNTHÈSE TABLEAU I: PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LES PAYS DE L’OCDE

| Statistiques démographiques de la mortalité |  |                                  |                                   | Mortalité relative à l’efficacité de l’accès aux soins<br>« indicateurs de niveau pathologique » |   |   |  |                |
|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|--|---|---|--|----------------|
|   | Espérance de vie sans handicap physique marqué /<br>Espérance de vie Rang 2002 | Mortalité Infantile<br>Rang 2004 | Mortalité périnatale<br>Rang 2004 | Mortalité relevant de l’accès aux soins<br>Rang 2002   | Années potentielles de vie perdues<br>Rang 2003 | Mortalité relative au cancer du sein<br>Rang 2002 | Mortalité combinée relative au Cancer du colon / rectum<br>Rang 2002 (1) | Rang cumulatif |
| Australie                                   | 15   | 20                               | 2                                 | 2  | 6   | 5   | 2  | 1              |
| Japon                                       | 3  | 1                                | 1                                 | 3  | 2   | 11  | 4  | 2              |
| Suède                                       | 1  | 3                                | 9                                 | 6  | 4   | 1   | 9  | 2              |
| Canada                                      | 17   | 22                               | 15                                | 4  | 9   | 10  | 2  | 4              |
| Islande                                     | 15   | 1                                | 5                                 | 16(2)  | 1   | 4   | 7  | 5              |
| Italie                                      | 4  | 11                               | 8                                 | 5  | 8   | 11  | 5  | 6              |
| Suisse                                      | 10   | 14                               | 25                                | 16(2)  | 3   | 9   | 1  | 6              |
| France                                      | 13   | 8                                | 27                                | 1  | 12  | 6   | 11   | 8              |
| Finlande                                    | 4  | 5                                | 9                                 | 11   | 7   | 2   | 14   | 9              |
| Norvège                                     | 8  | 4                                | 5                                 | 8  | 5   | 8   | 14   | 10             |
| Luxembourg                                  | 4  | 8                                | 11                                | 16(2)  | 11  | 6   | 6  | 11             |
| Korée                                       | 26   | 22                               | 7                                 | 17   | 19  | 3   | 7  | 12             |
| Nouvelle-Zélande                            | 23   | 24                               | 19                                | 13   | 18  | 13  | 10   | 13             |
| Autriche                                    | 10   | 18                               | 14                                | 10   | 13  | 16  | 17   | 14             |
| Allemagne                                   | 1  | 11                               | 13                                | 15   | 16  | 14  | 12   | 15             |
| Grèce                                       | 18   | 11                               | 16                                | 12   | 9   | 17  | 19   | 15             |
| Espagne                                     | 9  | 10                               | 11                                | 7  | 14  | 21  | 18   | 17             |
| Pays-Bas                                    | 7  | 16                               | 18                                | 9  | 14  | 23  | 16   | 18             |
| Royaume-Uni                                 | 20   | 21                               | 19                                | 18   | 21  | 15  | 13   | 19             |
| Belgique                                    | 18   | 15                               | 17                                | 16(2)  | 18(2)   | 18  | 20   | 20             |
| Irlande                                     | 22   | 19                               | 24                                | 16   | 17  | 24  | 21   | 21             |
| Danemark                                    | 13   | 16                               | 22                                | 14   | 20  | 21  | 25   | 22             |
| Portugal                                    | 21   | 7                                | 4                                 | 19   | 22  | 19  | 23   | 23             |
| Pologne                                     | 27   | 26                               | 23                                | 20   | 24  | 20  | 22   | 24             |
| Turquie                                     | 28   | 28                               | 28                                | 16(2)  | 18(2)   | 28  | 28   | 25             |
| République Tchèque                          | 10   | 6                                | 3                                 | 21   | 23  | 25  | 24   | 26             |
| République Slovaque                         | 25   | 26                               | 19                                | 22   | 25  | 27  | 26   | 27             |
| Hongrie                                     | 23   | 25                               | 26                                | 23   | 26  | 26  | 27   | 28             |

(1) La mortalité combinée est la moyenne des pourcentages de mortalités hommes et femmes

(2) Toutes les informations ne sont pas disponibles pour tous les pays. Quand les données ne sont pas disponibles, le classement des valeurs moyennes a été inséré  
Sources : OCDE, 2007; Ferlay et al., 2004 ;WHO, 2006 ; calculs par les auteurs

1. **Pourcentage de vie en bonne santé** = rapport entre l’espérance de vie en bonne santé et l’espérance de vie totale
2. **Taux de mortalité infantile** = nombre de décès en-dessous d’un an par 1000 naissances

3. **Taux de mortalité périnatale** = nombre de décès en-dessous de 7 jours plus décès durant la grossesse à partir de 28 semaines
4. **Mortalité attribuable aux soins de santé et Années potentielles de vie perdues** non pertinentes pour la Belgique – données non disponibles
5. **Mortalité du cancer de poumon** = rapport entre le nombre de décès liés au cancer du poumon et le nombre de nouveaux cas estimés du cancer du poumon
6. **Mortalité du cancer du colon et du rectum** = rapport entre le nombre de décès liés au cancer du colon et du rectum et le nombre de nouveaux cas estimés du cancer du colon et du rectum

**Les infections nosocomiales acquises lors d'un séjour à l'hôpital constituent l'exemple le plus frappant avec 2500 à 3000 morts par an. Elles constituent une menace réelle de santé publique dans certains établissements. Les difficultés de la réforme de la cardiologie hospitalière constituent un second exemple intéressant.**

#### Infections nosocomiales

Dans une réponse au sénat datée du 5 juillet 2006,<sup>42</sup> le Ministre de la Santé, indique qu'il y a environ **107 500 infections** hospitalières par an en Belgique et ce uniquement dans les hôpitaux aigus.

Ces infections prolongent la durée d'hospitalisation, nécessitent des actes diagnostiques et thérapeutiques supplémentaires et augmentent la mortalité. Les calculs figurant dans cette note indiquent une dépense annuelle de 116 322 800 euros pour les journées supplémentaires d'hospitalisation dues à ces infections. Ce surcoût n'inclut pas encore les dépenses supplémentaires occasionnées par le diagnostic et la thérapie supplémentaires.

Par ailleurs le nombre de décès directement liés à une infection hospitalière est estimé de **2500 à 3000 par / an.**

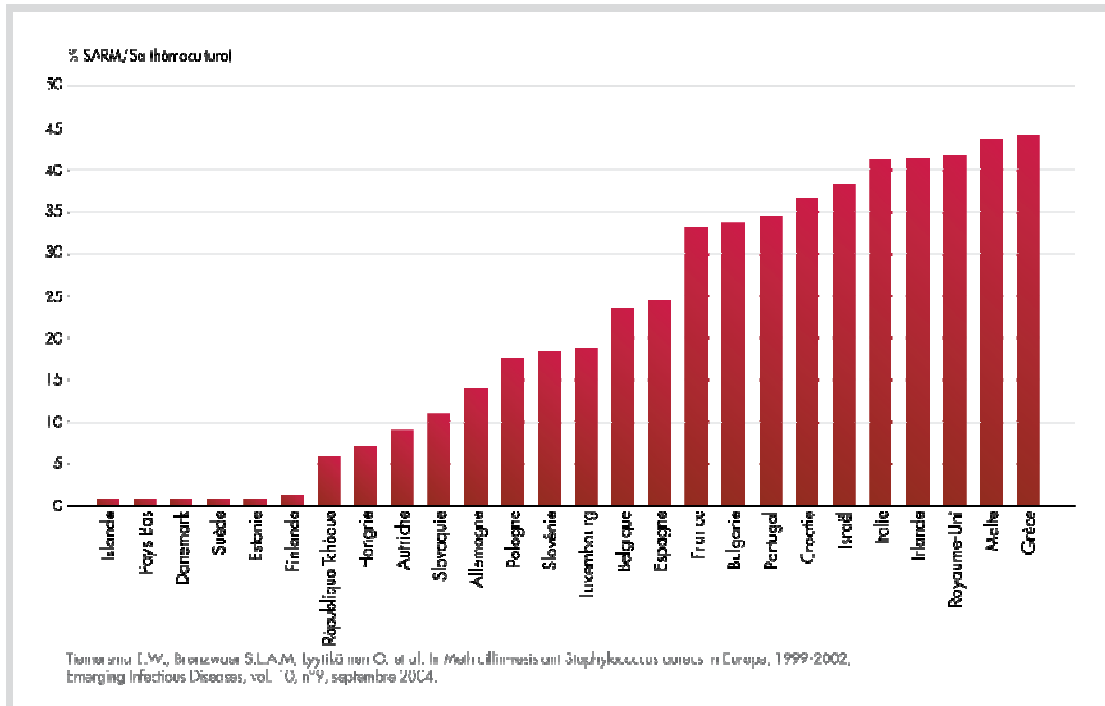
---

<sup>42</sup> Réponse reçue le 5 juillet 2006 au Sénat du Ministre des Affaires sociales à la question écrite de Monsieur Christian Brotcorne



L’ampleur du problème est très différente de pays à pays et l’objectif doit être de rejoindre les pays où la prévalence est la plus faible : Islande, Pays-Bas, Danemark, Suède.

**SARM EN EUROPE**  
**SYSTÈME EUROPÉEN DE SURVEILLANCE DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS 1999-2002**



Prévalence du MRSA en Europe – Résultats de l’EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System 1999-2002)

Certains hôpitaux sont très actifs dans la gestion du problème mais aucun tableau de bord n’est disponible et ne permet au citoyen-patient de comparer les résultats et de stimuler la résolution du problème.

Des efforts ont été entrepris ( plate-forme sur l’hygiène hospitalière, financement du cadre ... ) mais les efforts sont laissés à la libre initiative individuelle et il n’existe aucune forme de sanction ou de régulation.

Une étude menée par l’Institut Scientifique de Santé Publique<sup>43</sup> montre que les infections nosocomiales sont également très présentes dans les Maisons de Repos et de Soins pour les personnes âgées. L’étude fait état d’une

<sup>43</sup> Fréquences et facteurs de risque associés au portage de MRSA dans les MRS – Jans Béatrice – Institut Scientifique de Santé Publique – mai 2005

prévalence de MRSA dans les 60 MRS étudiés de 18,9 % en Belgique, de 17,6 % en Flandres, de 18,9 % à Bruxelles et de 22 % en Wallonie.

### Réforme de la cardiologie hospitalière

La réforme de la cardiologie hospitalière a été entreprise en Belgique afin de limiter le nombre de centres agréés pour réaliser de la chirurgie cardiaque. Cette réforme orientée dès le départ vers une meilleure qualité des soins prodigués aux patients se heurte aux intérêts financiers ou stratégiques individuels des hôpitaux : on arrive de la sorte à une sous-optimisation du nombre et de la localisation des centres. L'objectif de base se heurte aux intérêts individuels.

Cette réforme de la cardiologie est une bonne illustration d'une politique nouvelle orientée vers la qualité. Elle contraste avec les politiques traditionnellement menées jusqu'à présent qui consistaient uniquement à favoriser la quantité. Cette politique se heurte aux intérêts individuels et ne pourra atteindre pleinement les résultats attendus que si les objectifs sont poursuivis avec vigueur et détermination. Elle nécessite une réflexion sur les conditions de mise en œuvre pour exclure ou à tout le moins limiter très fortement les stratégies visant à contrecarrer la mesure.

### **3.2.3 L'absence de mécanismes formels de garantie de qualité à l'échelle nationale**

**Les politiques de santé en Belgique centrées prioritairement depuis plus de trente ans sur le budget et l'équité ont négligé le volet qualité - il n'existe aucun plan qualité à l'échelle nationale.**

**La qualité a été pendant très longtemps considérée comme du ressort des prestataires de santé. L'intervention des autorités publiques est restée, dans ce contexte, très limitée.**

**Cela ne signifie pas qu'aucun effort n'est entrepris à l'échelon individuel. Beaucoup d'institutions et beaucoup de prestataires de santé ont entrepris des démarches qualité à titre individuel. Mais ces démarches sont laissées à la libre initiative. Cela signifie que tous les prestataires et les organisations de Santé ne développent pas les mêmes efforts pour améliorer la qualité.**

La loi sur les hôpitaux de 1963, poursuivait quatre objectifs essentiels :

- fournir des soins hospitaliers gratuits à tous les assurés

- assurer la viabilité financière des hôpitaux publics et privés
- introduire la planification dans le secteur hospitalier
- et améliorer la qualité des soins, par l'utilisation de normes et l'accréditation

Les trois premiers objectifs ont été une préoccupation constante depuis 40 ans et se retrouvent très présents dans toutes les lois et arrêtés du secteur santé. Par contre la dimension qualité est très limitée et peu présente.

L'observatoire européen des Systèmes et des Politiques de Santé <sup>44</sup> montre que les initiatives en matière de qualité existent en Belgique mais restent très limitées :

1. L'accréditation des médecins est la seule dimension relevée par l'observatoire en rapport avec la qualité dans son rapport 2005 – L'accréditation permet au corps médical de bénéficier d'honoraires plus élevés sous les conditions d'accréditation suivantes : 1250 contacts par an, participation à un groupe de peer review local, formation continue et tenue d'un dossier médical individuel
2. La Surveillance nationale des infections à l'hôpital relevée dans le rapport 2007 reste trop confidentielle, n'est pas généralisée à l'ensemble des hôpitaux et est basée sur l'auto-évaluation
3. Le Conseil national pour la promotion de la qualité est chargé de promouvoir la qualité en encourageant les bonnes pratiques médicales et en fournissant des indicateurs de surconsommation. L'accent est mis ici plus sur le financement que sur la poursuite intrinsèque de la qualité.

Cette absence ou ce manque de politique qualité contraste fondamentalement avec les politiques développées par d'autres pays en matière de qualité comme la France qui a mis en place de nombreuses mesures qui portent aujourd'hui leurs fruits :

- mise en place d'une agence nationale en charge de la qualité
- élaboration d'un véritable plan qualité à l'échelle nationale

---

<sup>44</sup> Health System in transition – Belgium Health System Review – Dirk Corens

- classification nationale des hôpitaux sur base d'indicateurs de performance et de qualité
- mise à disposition des citoyens sur internet de tableaux de bord sur les infections nosocomiales ; ces tableaux de bord permettent au patient de comparer la situation des différents hôpitaux et créent une émulation au sein des établissements hospitaliers
- participation des citoyens-patients au sein des organes de gestion

Comme le souligne, le KCE, des pays tels que l'Australie, la Grande-Bretagne, les Etats-Unis et les Pays-Bas ont adopté une mesure de la qualité des soins en utilisant des indicateurs de qualité. Certains pays ont simplement pour objectif de contrôler et d'améliorer la qualité, d'autres utilisent ces systèmes comme base de financement des hôpitaux. Le Centre Fédéral d'expertise des Soins de Santé affirme ainsi :

**« La Belgique possède les meilleurs soins de santé du monde. C'est en tous cas ce que l'on entend souvent. Mais en fait, nous ne sommes pas en mesure de le prouver car nous ne mesurons pas de manière systématique la qualité de nos soins de santé. »<sup>45</sup>**

**Le contrôle qualité externe est très peu présent que ce soit sous la forme directe d'un contrôle qualité externe, l'obtention d'un label ou la mise à disposition d'informations relatives à la qualité**

Les contrôles relatifs à la qualité se limitent au renouvellement de l'agrément octroyé par les Communautés. Sauf dans les cas extrêmes, ce contrôle ne produit que très rarement des sanctions, celles-ci touchant au renouvellement de l'agrément dans son ensemble. Le plus souvent le pouvoir de sanction est limité à la durée de renouvellement de l'agrément et donc à la fréquence des visites opérées. Les lobbies hospitaliers présents dans les Commissions d'Agrément défendent avec talent leurs membres et limitent les pouvoirs de sanction.

Cette absence de contrôle peut produire des manquements graves : la situation des blocs opératoires dans notre pays est ainsi excessivement variable

---

<sup>45</sup> Communiqué de presse du Centre Fédéral d'expertise des soins de santé – 19.10.2006  
[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)

: si certains blocs sont d'une qualité irréprochable, d'autres connaissent des problèmes graves sur le plan architectural, qualitatif et organisationnel

### **3.2.4 La nécessité de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats**

On a très longtemps considéré en Belgique que fournir les moyens est suffisant pour garantir les résultats. Toute l'attention s'est donc portée sur les moyens sans mettre l'accent sur la nécessité d'analyser les résultats et de communiquer des informations sur ces résultats.

En terme d'avantages, les comparaisons internationales mettent en évidence la réactivité de notre système (absence de listes d'attentes, possibilité d'avoir une deuxième opinion) et son avantage sur la santé du patient. Une force importante et reconnue du système est aussi que le patient dispose de la liberté de choix du médecin (généraliste et/ou spécialiste) et de l'hôpital.

Mais cet atout est fortement limité par le fait que les citoyens-patients ne disposent pas d'informations pour éclairer leur libre-choix dans la sélection des prestataires et services qui offrent la meilleure qualité de services. Les citoyens ne disposent pas d'informations comparatives sur la qualité.

Si l'on souhaite passer d'une logique de « champion de la réactivité » à une logique de « champion de la qualité » il est nécessaire de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. Cela implique la collecte et la mise à disposition des informations qualité : ce partage de l'information permet au citoyen-patient d'éclairer son choix et joue un rôle dynamisant auprès de l'ensemble des prestataires de santé.

### 3.3 L'offre doit évoluer

#### Introduction

Dans cette partie, nous n'examinerons pas l'infrastructure en matériel, mais nous nous centrerons sur les ressources humaines. Historiquement, la Belgique dispose d'un grand potentiel en main d'œuvre dans le secteur de la santé, et à certains niveaux, on peut même parler d'un excédent.

Et pourtant, à très court et à moyen terme, pour différents métiers de la santé, nous serons confrontés à des problèmes pour maintenir ou pour trouver l'équilibre entre la demande et l'offre dans le domaine des soins de santé. Ainsi, on peut se poser la question si le contingentement actuel des médecins est toujours utile et/ou nécessaire, ou qu'il constitue plutôt un danger puisqu'on risque de créer ainsi un important déficit en médecins pour l'avenir. A moyen terme, y aura-t-il encore suffisamment d'infirmiers ? Comment encourager les jeunes à opter pour le métier d'infirmier et comment motiver les plus âgés à prolonger leur carrière ? Réussira-t-on à réaliser un passage plus souple entre le grand intérêt des jeunes pour les formations d'infirmier et le marché de l'emploi ?

Cependant, les professionnels et les institutions de santé ne sont pas les seuls concernés par les soins de santé. Dans le cadre de soins plus intégrés pour le patient, on peut s'attendre à ce que les nouvelles formes de collaboration entre les prestataires de soins entre eux (par exemple les pratiques de groupes) et entre les prestataires de soins et les institutions de soins (par exemple les réseaux de soins) prennent de plus en plus d'importance. D'ailleurs, le patient lui-même est de plus en plus impliqué dans cette collaboration, mais une véritable participation du patient à la politique de santé en est encore à ses débuts.

Egalement les soins à domicile, notamment les soins des personnes âgées dans leur milieu familial, sont actuellement encore (trop) peu développés en Belgique. Compte tenu du vieillissement croissant de la population, un encadrement légal et financier, ainsi qu'un développement plus solide d'un système de soins à domicile, semblent constituer un des défis majeurs des années à venir.

### 3.3.1 Un important déficit en médecins pour l'avenir

|   | Be   | P-B        | All  | R-U  | Europe du Sud | Europe de l'Est | Europe du Nord | USA  | Japon |
|---|------|------------|------|------|---------------|-----------------|----------------|------|-------|
| Nombre de médecins actifs                 | 4.00 |            | 3.41 | 2.34 | 3.80          | 2.29            | 3.27           | 2.66 | 1.98  |
| Nombre de généralistes actifs (OECD 2000) | 2.1  | 0.5        | 1.1  | 0.6  |               |                 |                | 0.8  |       |
| Nombre de spécialistes actifs (OECD 2000) | 1.8  | 0.9 (2003) | 2.2  |      |               |                 |                | 1.4  |       |

Nombre = sur 1000 habitants

Be=Belgique; P-B=Pays-Bas; All=Allemagne; R-U=Royaume-Uni; Eur du S= l'Europe du Sud avec comme exemple l'Espagne; Eur de l'E=l'Europe de l'Est avec comme exemple la Pologne; Eur du N=l'Europe du Nord avec comme exemple la Norvège  
OECD 2005 data sauf si mentionné autrement<sup>46</sup>

Dans le tableau ci-dessus, vous retrouvez le nombre de médecins actifs (total, généralistes, spécialistes) sur 1000 habitants pour la Belgique en comparaison avec quelques pays européens, les Etats-Unis et le Japon. Par médecins actifs, nous entendons les médecins qui pratiquent activement la médecine dans le secteur public ou privé et, dans la plupart des pays, les médecins en formation sont compris dans ces chiffres.

Cependant, les chiffres pour les différents pays ne sont pas toujours complètement comparables. Ainsi, par exemple en Espagne, les dentistes et les stomatologues sont également pris en compte et en Norvège on compte le nombre d'équivalents temps plein au lieu du nombre total de médecins. Le chiffre hollandais comprend tous les médecins qui sont autorisés à exercer une pratique.

Contrairement à la plupart des pays, en Belgique (et par ailleurs également aux Etats-Unis) on considère également comme médecins actifs les médecins qui travaillent dans l'industrie, dans l'administration et dans la recherche. Ces catégories pourraient représenter 12 à 25% du nombre total. Pour arriver à une comparaison objective entre la Belgique et les autres pays, il faut donc diminuer le nombre de médecins belges de 12 à 25%, ce qui apporte une forte nuance au nombre de médecins historiquement élevé en Belgique qui se rapproche donc déjà beaucoup plus du niveau des pays voisins.

<sup>46</sup> OECD Health Data 2000, 2003, 2005

Notez cependant la différence remarquable entre la Belgique et les autres pays en ce qui concerne le nombre de généralistes et de spécialistes actifs : la moyenne de tous les pays de l'OCDE ensemble était de 0.8 généralistes et 1.7 spécialistes sur 1000 habitants en 2000. En cette même période, la Belgique comptait 2.1 généralistes et 1.8 spécialistes actifs sur 1000 habitants.

Cependant, il faut de nouveau être prudent en comparant les chiffres des différents pays, car l'interprétation de la profession et des tâches du médecin généraliste peut fortement différer d'un pays à l'autre.

Tant au niveau international (croissance de 3% par an) qu'en Belgique (augmentation de 1.5 à 3.2 médecins sur 1000 habitants) il y a eu une croissance explosive du nombre total de médecins entre 1970 et 1990. Vers la fin des années '90 du siècle précédent, la Belgique a introduit le contingentement pour remédier à cet excédent. A cause de cette mesure, il n'y a qu'un nombre restreint de jeunes diplômés (quota) qui a réellement accès à l'exercice de la profession de médecin (en pratique cela signifie une agrégation auprès de l'Inami dans le cadre du remboursement des soins médicaux). Actuellement, il s'agit de 700 jeunes diplômés par an, dont 60% en Flandres et 40% en Wallonie.<sup>47 48</sup> En plus de la limitation du nombre de médecins, cette mesure voulait également mettre fin à l'explosion des coûts des soins de santé et maintenir la qualité élevée de la médecine en Belgique.

**L'introduction de quota est cependant basée sur un nombre de suppositions. Ainsi, on présumait qu'à la fin du vingtième siècle, il y avait un surnombre de médecins, mais les résultats d'études ne le démontrent pas si clairement.** Tel que le tableau nous l'apprend, la densité des médecins est en effet plus élevée en Belgique que dans les pays environnants, mais nous avons déjà signalé que ce chiffre mérite d'être nuancé et qu'en outre, on ne peut pas en conclure qu'il y a nécessairement un excédent. L'organisation des soins de santé, et notamment les tâches des médecins, peuvent fortement varier d'un pays à l'autre.

**Une deuxième supposition qu'on fait, est que le surnombre de médecins serait la cause principale des coûts croissants des soins de santé.** Il est cependant clair qu'il y a d'autres évolutions, par exemple le vieillissement et les développements technologiques, qui sont également, et peut-être surtout,

<sup>47</sup> Corens D. Belgium Health System Review. Health Systems in Transition (Volume 9, n°2, 2007)

<sup>48</sup> La planification de l'offre médicale en Belgique: médecins. Rapport 2006. Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Bruxelles, octobre 2007.



responsables de l'augmentation des coûts. **En plus, les dépenses de santé augmentent également dans les pays qui ont déjà depuis longtemps limité l'accès à la profession de médecin.**

**Il y a néanmoins quelques indications qu'une importante 'offre' de certaines catégories de médecins pourrait causer une 'surconsommation' de certaines prestations (OECD data 2002).** Ainsi, la Belgique et la Suède disposent d'un nombre élevé de chirurgiens généraux (respectivement 15 et 18 sur 100.000 habitants) et dans ces pays, on constate également un nombre élevé de prothèses de hanche (respectivement 183 et 123 sur 100.000 habitants) et d'appendicectomies (respectivement 160 et 117 sur 100.000 habitants). Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, travaillent beaucoup moins de chirurgiens généraux (respectivement 6 et 10 sur 100.000 habitants) et on y effectue beaucoup moins d'appendicectomies (respectivement 96 et 82 sur 100.000 habitants) et de prothèses de hanche (seul le chiffre pour le Royaume-Uni, notamment 94 sur 100.000 habitants, est disponible). La Norvège fait cependant exception : malgré le fait qu'on y retrouve 20 chirurgiens sur 100.000 habitants, il n'y a que 36 appendicectomies sur 100.000 habitants. Evidemment, un certains autres facteurs peuvent expliquer partiellement ou totalement ces différences, par exemple des différences dans la structure d'âge de la population, des indications différentes pour une certaine intervention, des différences dans le système de santé en matière de remboursement d'une certaine prestation, ...

**En troisième lieu, on suppose qu'un surnombre de médecins pourrait causer une baisse de la qualité de la médecine parce qu'on part du principe que pour fournir des soins de qualité, un médecin devrait être confronté à un nombre suffisant de syndromes.** Dans ce cas, on considère la qualité exclusivement comme une donnée quantitative. Alors, on peut quand même difficilement conclure qu'une limitation de l'offre augmenterait la qualité des soins ! De ce point de vue, il serait en outre difficile d'expliquer le niveau élevé actuel des soins de santé en Belgique.

Une **dernière supposition** qui était à la base de l'introduction du contingentement, est **le fait qu'on part du principe qu'on peut planifier le futur besoin en médecins.** La commission de planification-offre médicale, dans laquelle siègent des experts des autorités fédérales, des communautés, des organisations des médecins, des mutualités et des universités, fixe des années à l'avance le nombre de médecins qui auront accès à l'exercice de la médecine au cours d'une année déterminée. A cet effet, ils doivent prévoir l'offre et la demande médicale à court et à moyen terme. La commission de planification essaie en effet de réaliser ces prévisions, mais pas sans subir parfois des critiques.

Déjà en 2005, une étude du Prof. Alain De Wever (ULB) a ainsi démontré que les chiffres qu'on a utilisés afin de calculer l'offre actuelle, ne correspondaient pas toujours à la réalité. Le nombre de médecins actifs (actuellement et éventuellement à l'avenir) serait fortement surestimé, entre autres parce que ce calcul se fait sur base du fait de la possession, oui ou non, d'un numéro Inami. En plus, un certain nombre de médecins conservent leur numéro Inami jusqu'à la mort, mais en réalité, ils n'exercent plus la profession ou ne sont plus que partiellement actifs dans le secteur curatif. On dit même qu'un certain nombre de médecins, que la commission de planification avait retenus comme 'actifs', étaient en réalité déjà décédés !<sup>49</sup>

Encore plus récemment, le SESA (Socio-Economie de la Santé)<sup>50 51</sup> de l'UCL a publié un rapport de synthèse qui compare trois modèles dans lesquels on essaie de calculer et de prévoir le futur besoin en médecins. Quoique les différents modèles utilisent des paramètres et des estimations différents, il y en a quand même deux qui arrivent à des résultats très similaires en ce qui concerne l'avenir à moyen terme (2015-2025) : **lorsque les quotas actuels sont maintenus, nous serons confrontés à un déficit de médecins, même si on accepte que, actuellement, il y a un surnombre.** Une première raison en est la diminution relative de l'offre en médecins (en fait il s'agit essentiellement du nombre d'équivalents temps plein (ETP)) causée par la féminisation et le vieillissement toujours croissants du corps médical. Une deuxième raison est que, pendant la période 2015 à 2025, énormément de médecins disparaîtront du marché de l'emploi et que les quotas restrictifs actuels ne sont pas en mesure de le compenser. En fait, le contingentement a été introduit trop tard. **Cette mesure aurait été très efficace dans les années 1975 à 1990 puisque alors, il y avait une forte croissance du nombre de jeunes diplômés en médecine. Mais maintenant que cette mesure a été finalement introduite, elle ne sera applicable que pendant un nombre d'années limité (jusqu'en 2012).** Pour 2012 le quota a été majoré (833), mais après, il devra certainement encore être revu à la hausse.

En août 2006, le SESA<sup>52</sup> a d'ailleurs adapté son 'vieux' modèle de planification sur base des données de 2004 et avec des perspectives jusqu'en 2044-2054.

<sup>49</sup> Interview A. De Wever, Le Soir 18-12-2007.

<sup>50</sup> Delière D et al. Ressources humaines pour la santé. Offre, demande et besoins actuellement et à l'avenir. Phase 2-3 : Offre et besoins de médecins : perspectives d'avenir. SESA Health Systems Research – Ecole de Santé Publique UCL (2006)

<sup>51</sup> Artoisenet C. Medical Workforce in Belgium: Assessment of future supply and requirements. SESA Health Systems Research – Ecole de Santé Publique UCL (2006)

<sup>52</sup> Delière D et al. Ressources humaines en santé : Phase 2 : Les médecins dans 23 pays industrialisés : densités et place des spécialistes. SESA Health Systems Research – Ecole de Santé Publique UCL (2006)

En outre, un certain nombre de paramètres pouvant influencer l'offre et/ou la demande en médecins ont été ajoutés et/ou modifiés. Compte tenu du scénario le plus probable, notamment qu'à l'avenir, la consommation de soins médicaux continuera à augmenter, ils ont conclu que **maintenir le numerus clausus à 1025 à partir de 2014 sera insuffisant. Cela signifierait que le nombre d'ETP diminuerait de 10% (Communauté flamande) à 25% (Communauté française) avant 2024 et même de 20% (Communauté flamande) à 40% (Communauté française) avant 2044**, et ceci dans l'hypothèse que, pendant cette période, le comportement 'spécifique' du médecin flamand et wallon reste inchangé. Petite particularité : le degré de productivité du médecin wallon est de 17% à 26% inférieur à celui de son collègue flamand. En moyenne, le médecin wallon reçoit moins de patients par jour, mais il leur consacre plus de temps. Même si on ne tient pas compte de l'augmentation attendue de la consommation de soins médicaux et même si on veut seulement maintenir le nombre actuel de médecins (ETP) actifs dans la médecine curative, le quota devrait être augmenté à 1150 à partir de 2014, puis à 1350 entre 2020 et 2030 pour seulement descendre à 1000 après 2040 (ce n'est qu'à ce moment que le grand nombre de médecins diplômés entre 1975 et 1990 sera finalement remplacé).

Un rapport très récent du KCE <sup>53</sup> (Centre d'expertise) confirme les résultats des autres études. Après 10 années de numerus clausus pour les étudiants en médecine, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a fait le bilan de l'offre médicale en Belgique. **Seulement 65% des médecins enregistrés sont effectivement des médecins en exercice.** Ces dernières années, le nombre de médecins en exercice a baissé de 7%, tandis que le nombre de spécialistes est resté stable. Plus d'un quart du quota pour médecins généralistes n'est pas utilisé tandis que le nombre de nouveaux spécialistes dépasse le quota. Nous sommes confrontés à une féminisation et à un vieillissement de la profession de médecin. L'afflux de médecins étrangers augmente (12 % des nouveaux médecins). Le KCE plaide en faveur d'une planification de l'offre médicale mieux étayée et fondée sur une collecte de données plus performante.

### **3.3.2 L'adaptation du profil de l'infirmier est nécessaire**

D'autres professions dans le secteur des soins de santé sont également confrontées à un défi. Depuis plusieurs années, on se pose la question si à

<sup>53</sup> Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. L'offre de médecins en Belgique : situation actuelle et défis. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 72B D/2008/10.273/08

l'avenir, il y aura encore suffisamment d'infirmiers. En 2005 - 2006, le Hoger Instituut Voor de Arbeid (HIVA) a établi un modèle de planification concernant la demande et l'offre en infirmiers en Belgique<sup>54 55</sup>. A partir de données de 1995, 1998 et 2003-2004 on a établi une prévision de la demande et de l'offre en 2010, 2020 et même jusqu'en 2050. Pour toute la Belgique, le nombre de jeunes diplômés nécessaires pour satisfaire à la demande se situe entre 2200 et 2500 personnes, tandis qu'environ 3000 jeunes terminent leurs études dans les deux communautés ensemble. Cela suffit pour ne pas devoir faire face à d'importants déficits dans un proche avenir, mais pour avoir suffisamment de marge, on doit certainement faire le nécessaire pour que l'offre de l'enseignement reste élevée.

Dans ce but, on a entrepris une tentative à l'aide du Projet 600 grâce auquel le personnel soignant pouvait entamer une formation en art infirmier avec maintien de la rémunération et suite auquel le nombre d'étudiants en art infirmier avait augmenté de 14% dans l'année académique 2006-2007. **Cependant, il sera également important de maintenir les infirmiers actifs sur le marché de l'emploi** et d'optimiser le passage des jeunes diplômés de l'enseignement vers le marché de l'emploi. Ainsi, la convention nationale du personnel infirmier, soignant et assimilé incite les travailleurs plus âgés ( $\geq 45$  ans) à continuer à travailler en leur octroyant des jours de congé supplémentaires ou des primes. **Cependant, on pourrait également arriver à ce résultat en rendant la profession d'infirmier plus attrayante, par exemple en multipliant les tâches ou en élargissant le profil.**

Le (advanced) nurse practitioner (cf. Pays-Bas), qui peut reprendre un nombre de tâches médico-techniques (par exemple des frottis, le suivi de maladies chroniques, des travaux de laboratoire, ...) et administratives du médecin généraliste, en est un bon exemple. Dans une pratique de médecine générale, cela pourrait mener à une 'gestion' plus efficace et à une meilleure qualité des soins. Aux Pays-Bas, il existe une formation spécifique pour cette profession.

Selon un projet pilote, 50% des médecins généralistes belges seraient également favorables aux nurse practitioners, mais actuellement, en Belgique, ni la formation, ni la législation ne sont déjà adaptées dans ce sens. On peut en outre se poser la question si on doit aller aussi loin que par exemple les

---

<sup>54</sup>Pacolet J e.a. Plus est en vous herbekeken. Manpower planning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6: Synthese voor de zorgsector in België 1995-2020. Onderzoek in opdracht van VESOFO (2005)

<sup>55</sup> Pacolet J et al. Het planningsmodel verpleegkunde en vroedkunde: vraag en aanbod. Interuniversitair onderzoeksproject 'Wetenschappelijke werkgroep bij de planningscommissie' in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2006)

Etats-Unis ou le Royaume-Uni, où les nurse practitioners ont le droit d'établir des diagnostics, de commencer un traitement et éventuellement de prescrire des médicaments pour des maladies aiguës et chroniques mortellement graves et où, dans certains états des Etats-Unis, peuvent même exercer de façon tout à fait autonome dans leur propre cabinet. Actuellement, une formation en soins infirmiers spécialisés est également possible.

A l'avenir, le besoin en infirmiers spécialisés se fera certainement encore plus sentir puisque, à cause de l'évolution scientifique et technique, la complexité de certaines fonctions a fortement augmenté. Ainsi, dans certains hôpitaux, on offre déjà des formations pour infirmiers spécialisés dans les soins de plaies, dans la douleur, en diabétologie,... Une de leurs principales tâches est de suivre de très près les dernières évolutions dans leur spécialité et de transmettre ces informations au sein de leur organisation. On ne peut cependant perdre de vue les 'groupes à problèmes' dans les soins infirmiers. Ainsi, la profession d'infirmier gériatrique est, depuis de nombreuses années, considérée comme un métier en pénurie. Cependant, à l'avenir, on aura besoin de plus en plus d'infirmiers gériatriques à cause du vieillissement croissant. C'est pourquoi il reste important de motiver le plus possible les jeunes à opter pour ce métier. Créer une formation spécialisée en gériatrie pourrait déjà partiellement remédier au problème.

Une autre possibilité pour rendre la profession d'infirmier plus attrayante est la valorisation du métier d'aide-soignant. Ainsi, l'infirmier aurait plus de temps pour des tâches plus complexes et pour des tâches de coordination. Dans ce but on a récemment créé un cadre légal dans lequel il est décrit quelles tâches 'infirmières' peuvent être effectuées par un aide-soignant, mais en pratique, les aides-soignants reprenaient déjà depuis longtemps certaines tâches des infirmiers.

### **3.3.3 Il y a également une menace de pénurie d'aides-soignants**

Le transfert de certaines tâches vers les aides-soignants n'est cependant possible que lorsqu'il y a suffisamment d'aides-soignants sur le marché de l'emploi. Mais en pratique, on constate également des problèmes dans ce domaine. En 2005-2006, le HIVA a également établi une analyse de l'offre et de la demande en 2020 pour ce métier.<sup>56 57</sup> **Lorsqu'on compare l'offre et la**

<sup>56</sup> Pacolet J et al. Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6: Synthese voor de zorgsector in België 1995-2020. Onderzoek in opdracht van VESOFO (2005)

<sup>57</sup> Pacolet J et al. Het planningsmodel verpleegkunde en vroedkunde: vraag en aanbod. Interuniversitair onderzoeksproject 'Wetenschappelijke werkgroep bij de planningscommissie'

demande, on constate qu'il y aura, aussi bien à court qu'à moyen terme (2020), tant en Flandre qu'en Wallonie, une pénurie d'aides-soignants, mais en Wallonie, ce déficit sera plus important et plus inquiétant.

Il y a pourtant beaucoup de candidats pour les études d'aide-soignant, mais il y a une faible pénétration du marché de l'emploi. **En Wallonie, il n'y a que 35 à 50% des aides-soignants diplômés qui optent effectivement pour une profession de soignant.** Malgré le fait que le secteur des soins a besoin d'eux, il y a un taux de chômage élevé parmi les aides-soignants. A l'origine, ce phénomène se manifestait essentiellement en Wallonie, mais depuis quelques années on l'observe également en Flandre et à Bruxelles. Pour inverser cette tendance, la formation d'aide-soignant devra être adaptée aux besoins du secteur des soins et une rééducation professionnelle ou une formation supplémentaire peuvent s'avérer nécessaires.

#### **3.3.4 Insuffisamment de coopération, de réseaux de soins et de spécialisation**

Des soins de santé de bonne qualité exigent une bonne coopération entre les professionnels de la santé (médecin généraliste, spécialiste, infirmier, ...) entre eux, et avec les institutions de santé (par exemple les hôpitaux). Une des mesures qu'on a récemment prises, dans l'espoir de favoriser la coopération entre le médecin généraliste et le spécialiste (mais aussi dans l'espoir d'améliorer la qualité des soins de santé et de limiter les coûts), est l'échelonnement. Echelonnement signifie l'introduction d'un accès échelonné à des soins de santé hiérarchisés où le médecin généraliste fait fonction de filtre et où le patient peut bénéficier d'une diminution de son intervention personnelle pour les consultations de spécialistes avec mot d'envoi de son médecin généraliste.<sup>58</sup>

L'échelonnement actuel 'modéré', qui est d'application depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, détermine qu'il n'y a diminution du ticket modérateur que pour une consultation de certains spécialistes sur envoi par le généraliste. Cette diminution ne peut être accordée qu'une fois par an pour un certain spécialiste et n'est valable que pour les patients qui font gérer leur dossier médical général (DMG) par leur médecin généraliste. Cependant, des données récentes provenant aussi bien des MLOZ que de la MC démontrent que le principe de l'échelonnement n'a que peu de succès. D'après les MLOZ, selon la spécialité, seulement 0.08% jusqu'à un maximum de 1.59% de toutes les

---

in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2006)

<sup>58</sup> Van Emelen J e.a., Echelonnement; Une étude des Mutualités Libres (2004)

consultations de spécialistes seraient la conséquence d'un envoi par le généraliste. La MC a calculé qu'en moyenne 0.75% des consultations de spécialistes se font avec envoi du médecin généraliste.

En outre, pour arriver à une meilleure coopération entre le généraliste et le spécialiste, **un échelonnement 'horizontal' est beaucoup plus approprié que le modèle 'vertical' actuel.**<sup>59</sup> Dans l'intérêt du patient – à qui les soins multidisciplinaires profitent souvent dès le début– il faut tout d'abord une coopération meilleure et plus intensive entre le généraliste et le spécialiste. Celle-ci **pourrait entre autre être réalisée par un renforcement et une généralisation du DMG et du DME** (Dossier Médical Electronique), par la mise à jour du DMG, par un meilleur feedback entre les différents acteurs avec éventuellement des primes pour le médecin (par exemple pour la mise à jour du DMG) et/ou pour le patient (par exemple pour l'ouverture d'un DMG chez son médecin généraliste).

Dans le cadre de l'échelonnement, il faut d'ailleurs également se poser la question si le médecin, en tant que généraliste, a bien un avenir puisque la médecine devient de plus en plus spécialisée et la quantité de connaissances toujours plus grande. Il faut peut-être penser à redéfinir les tâches du médecin généraliste, avec par exemple un rôle plus important dans le domaine de la prévention ou avec une position centrale pour informer, conseiller et soutenir le patient...

**Une coopération meilleure et plus transparente entre les prestataires et les institutions de soins peut également être stimulée par la naissance d'autres formes de collaboration entre les médecins généralistes (cabinets de groupes, associations,...) et spécialistes (accommodation, secrétariat et matériel médical communs...), et par la création de ce qu'on appelle des réseaux de soins.**

Ceux-ci existent depuis longtemps (sous une forme légèrement différente) aux Etats-Unis, notamment les HMO's ou les Health Maintenance Organisations. Un réseau de soins a comme objectif d'harmoniser maximale l'offre des soins de santé et les besoins du patient dans une certaine région. Par la création de programmes de soins au niveau de la législation et d'itinéraires cliniques au niveau des hôpitaux, le processus de dispensation des soins occupe une place encore plus centrale.

---

<sup>59</sup> Van Emelen J e.a., Echelonnement; Une étude des Mutualités Libres (2004)



Les réseaux de soins <sup>60</sup> peuvent s'organiser autour de certaines régions (par exemple Zorgnetwerk Noordoost Limburg), autour de certains pouvoirs organisateurs (par exemple les Frères de la Charité), autour de certaines pathologies (par exemple l'oncologie), ... Ils peuvent aussi s'organiser à différents niveaux. Ainsi, on peut, au sein d'une même ville ou région, harmoniser de façon optimale le fonctionnement de l'hôpital local et des soins de première ligne avec les autres professionnels de la santé ou réseaux (par exemple un réseau palliatif). Au sein d'une région plus vaste (plus de 250.000 habitants) un hôpital peut être relié à des centres ambulatoires et constituer ainsi un groupement plus large. Cela peut varier d'une coopération spontanée sur une base contractuelle à une fusion totale et mener à des soins mieux intégrés et des effets d'échelle économiques. Au niveau de la Flandre, il s'agit le plus souvent d'une coopération entre plusieurs hôpitaux dans un but d'harmonisation des flux de patients, de coordination de la formation des médecins spécialistes et de collaboration dans le domaine de la recherche (exemple Vlaams Ziekenhuisnetwerk KuLeuven). Des réseaux de soins internationaux sont plutôt limités et se situent principalement dans des zones frontalières, autour de programmes de soins spécifiques, ou il existe des liens de collaboration entre hôpitaux universitaires. Deux exemples qui nous semblent intéressants sur le plan de la méthodologie utilisée :

Une **HMO** ou **Health Maintenance Organisation** est un plan de santé payé d'avance. Cela signifie que les membres d'une HMO paient une prime mensuelle et qu'en échange, la HMO vous offre (à vous et à votre famille) des soins médicaux tels que les frais de médecin, les frais hospitaliers, les soins d'urgence, les analyses sanguines, ... La HMO organise elle-même ces soins grâce à son propre cabinet de groupe ou à d'autres médecins ou professionnels de santé ayant conclu un contrat avec eux. Le plus souvent, les membres ont un choix limité en matière de thérapies, médecins, hôpitaux, ... notamment ceux avec lesquels la HMO a conclu un contrat, mais, par exemple en cas d'urgence, il y a des exceptions. Une HMO reçoit un montant fixe pour les soins médicaux offerts au patient. Une HMO a donc intérêt à offrir des soins de santé de base pour remédier à des problèmes simples avant qu'ils ne deviennent graves. Le plus souvent, les examens préventifs ou la détection précoce de certaines maladies, comme par exemple une mammographie, sont donc compris dans le prix. Au sein d'une HMO, vous disposez également d'un médecin de 'première ligne' (médecin généraliste) qui s'occupe de la plupart des soins médicaux et qui peut e.a. vous renvoyer à un spécialiste.

<sup>60</sup> Interview avec Bart Van Daele, Directeur Général UZ Gasthuisberg. Un tissu d'acteurs, d'organisations et de directives. [www.hospitals.be](http://www.hospitals.be). (n°4, 2005)



Le groupe **CAPIO** <sup>61</sup> peut être considéré comme un réseau de soins 'spécial' qui a été créé en Suède. Le groupe CAPIO se développe principalement par l'achat d'hôpitaux et d'autres structures médicales (par exemple des laboratoires) et est déjà présent dans plusieurs pays européens (la Suède, la Norvège, La Finlande, le Danemark, le Royaume-Uni, la France, l'Espagne). Son objectif est de trouver de nouvelles pistes pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins, tant au niveau socio-économique qu'au niveau clinique, avec une attention maximale pour les besoins et la satisfaction des patients. Il veut également développer et offrir de nouveaux modèles pour des soins optimaux. Evidemment, fournir une qualité constante et comparable des soins dans toutes les composantes de l'organisation constitue un important défi. Dans ce but, on a développé le standard CAPIO, qui décrit les exigences minimales pour, entre autres, les principes éthiques, la vision, l'attitude envers le personnel, ... qui doivent être identiques dans toute l'organisation. Il y a également le manuel CAPIO qui contient les règles et les procédures devant être prises pour norme dans toutes les structures du réseau CAPIO (dans une nouvelle 'acquisition', son implémentation doit se faire dans les deux ans). On effectue régulièrement un contrôle de qualité de cette implémentation et, si besoin en est, des mesures d'amélioration doivent être prises. Dans la structure CAPIO, l'hôpital local est considéré comme base pour toutes les opérations et le 'outcome' de certains processus est mesuré en permanence afin de pouvoir garantir une bonne qualité continue ainsi que pour apporter éventuellement des améliorations. Dans le concept CAPIO, le patient occupe une place centrale et il est donc dans une grande mesure tenu compte de ses attentes. Pour cela, on organise au moins une fois par an, dans chaque hôpital, une enquête et les plaintes des patients sont systématiquement traitées. Le patient n'est plus un récepteur de soins passif, mais un consommateur actif. Le personnel du groupe CAPIO (médecins, infirmiers, ...) donne des conseils, soutient et informe le patient, mais les décisions en matière des examens, des traitements,... sont prises ensemble avec le patient. Au sein du groupe CAPIO on accorde également beaucoup d'attention aux employés, puisque leurs compétences et leur engagement sont considérés comme la base du succès du groupe CAPIO. C'est pourquoi, par exemple, ils trouvent très important la création d'un environnement de travail agréable. Dans ce but, on a également développé un système d'évaluation, le baromètre CAPIO, à l'aide duquel chaque employé peut annuellement évaluer son environnement de travail et proposer des modifications ou des améliorations éventuelles.

<sup>61</sup> CAPIO Quality, Processes and Achievements brochure 2005, [www.capio.com](http://www.capio.com)

### 3.3.5 Les soins à domicile et la participation du patient sont insuffisamment développés

Une **MRS** est une maison de repos et de soins destinée à des patients (le plus souvent âgés) très dépendants du point de vue des soins, mais sans problèmes médicaux aigus nécessitant une supervision médicale permanente.

Un des secteurs dans lequel, à l'avenir, il y aura certainement une pénurie de soignants est le secteur des soins à domicile et plus spécifiquement les soins pour personnes âgées dans le cadre familial. Dans le cadre du vieillissement, le développement des soins à domicile peut éventuellement éviter ou reporter les soins institutionnels pour personnes âgées (qui sont plus coûteux).

En Belgique, pour les personnes âgées, il y a à la fois des services résidentiels, des services transmuraux ou semi-résidentiels et des services à domicile. Dans une perspective internationale, on peut conclure que la Belgique se situe parmi les pays avancés sur le plan du développement des services, mais qu'elle est plutôt orientée vers des solutions institutionnelles. En Belgique, il y a environ 7 places par 100 personnes de 65 ans ou plus dans les soins aux personnes âgées institutionnalisés. En Flandre, il y a un peu moins de soins aux personnes âgées institutionnalisés, essentiellement à cause de l'existence de résidences-services, qui peuvent être considérées comme une forme limitée d'aide à domicile. En Wallonie et à Bruxelles, les soins aux personnes âgées sont cependant beaucoup plus orientés vers des solutions institutionnelles. A titre d'illustration, nous pouvons mentionner que **le taux d'institutionnalisation en MRS de personnes de plus de 60 ans est de 4,4% en Flandre, de 5,8% en Wallonie et de 6,8% à Bruxelles.**

A l'aide des données mises en commun des enquêtes de santé belges de 1997, 2001 et 2004, Joanna Geerts <sup>62</sup>(sociologue de l'UA) a déterminé le pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus faisant appel à des 'services à domicile' c'est-à-dire des soins infirmiers à domicile et/ou des services d'aide à domicile et/ou un service des repas chauds à domicile. En 2004, dans la Communauté Flamande, 24.3% de tous les personnes âgées de 65 ans ou plus faisaient appel à une ou plusieurs formes de services à domicile : 11.9% à des services d'aide à domicile et 17.3% à des soins infirmiers à domicile. Dans la Région Wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale, ces pourcentages étaient respectivement 24.7% et 17.6% pour les différentes formes de services ensemble, 7.8% et 7.0% pour les services d'aide à domicile et 18.7% et 11.5% pour les soins infirmiers à domicile. Cependant, **lorsqu'on examinait le nombre de prestations de soins à domicile, on a**

<sup>62</sup> Geerts J e.a. Regionale zorgverschillen in het gebruik van longterm care diensten door Belgische ouderen (2006)

**constaté qu'en Flandre, il y en a deux fois plus qu'en Wallonie et quatre fois plus qu'à Bruxelles.** Il n'y a pas d'explication réelle pour la consommation moins élevée en soins à domicile à Bruxelles. Les facteurs suivants pourraient éventuellement y jouer un rôle favorisant : le fait qu'à Bruxelles, il y aurait une concentration plus importante de groupes socioprofessionnels plus élevés et que ceux-ci feraient moins souvent appel aux soins à domicile; le fait qu'à Bruxelles il y a une offre insuffisante en services d'aide aux familles et en soins infirmiers à domicile à cause d'un manque de financement et de personnel ; la présence d'une importante population d'origine allochtone qui est peu familiarisée avec le système.

**Dans le cadre du vieillissement** et puisque le taux d'institutionnalisation en MRS et en maisons de repos augmente fortement avec l'âge (actuellement ce taux est de 23% pour les personnes entre 85 et 89 ans et de 77% pour les plus de 95 ans), **il y aura à l'avenir un important besoin en habitations pour personnes âgées.** Selon le fait qu'on tient compte ou pas d'une espérance de vie plus élevée illimitée, il s'agira de 43.000 à 56.000 places supplémentaires avant 2020. **Ces places supplémentaires seront principalement situées en Flandre (+29.000 à +36.000), un peu moins en Wallonie (+13.000 à +18.000) et presque pas à Bruxelles.**<sup>63</sup>

Puisque la consommation ou le besoin en soins à domicile augmente avec l'âge, (X 14 pour les catégories d'âge 65-69 ans et + 95 ans !), on s'attend également à une augmentation du besoin en soins à domicile de 29% à 40% avant 2020, selon le fait qu'on tient compte ou pas d'une espérance de vie plus élevée illimitée. **Et si le taux de consommation des soins à domicile en Wallonie et à Bruxelles augmente comme il le fait déjà en Flandre, alors il devrait y avoir, avant 2020, une augmentation de X 1.7 en Wallonie et même de X 3.4 à Bruxelles!**<sup>64</sup>

Dans toute la Belgique, on peut donc s'attendre à une demande croissante en soins à domicile, ce qui en soi est évidemment une évolution positive. Reste cependant le problème aigu du financement. En Flandre, par exemple, les autorités flamandes se sont engagées à augmenter annuellement de 4% le budget pour les soins à domicile. Cependant, cet engagement a uniquement été respecté en 2000, et en 2007 il n'y avait qu'une augmentation de 2.38%.

<sup>63</sup> Pacolet J et al. Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Working Paper van DGSO van Directie-generaal Sociaal Beleid van de FOD Sociale Zekerheid (2005)

<sup>64</sup> Pacolet J et al. Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Working Paper van DGSO van Directie-generaal Sociaal Beleid van de FOD Sociale Zekerheid (2005)

La Mutualité Socialiste a récemment calculé que le besoin en soins à domicile est de 20% supérieur au soutien effectivement offert.

Un problème supplémentaire et spécifique pour la Belgique en matière de soins à domicile est le fait que les différents niveaux, le niveau fédéral et le niveau communautaire, accordent de l'aide et des financements. Cela crée une situation très complexe qui n'est pas toujours favorable à la coordination. Ainsi, par exemple, les médecins et les infirmiers relèvent de la compétence des autorités fédérales, et les aides familiales de la compétence des communautés.

En Flandre, deux structures sont actives dans le domaine des soins à domicile, notamment les équipes de soins infirmiers à domicile et les initiatives de coopération en matière d'aide à domicile, dites les SIT, qui sont financées sur base d'un plan de soins. En Wallonie, les 'centres agréés' fournissent en exclusivité des services et des soins à domicile. Ici, le financement se fait sur base de tâches concrètes et de la population couverte. Les 'centres agréés' ont été créés autour de trois groupements : un groupement d'inspiration chrétienne, socialiste et multidisciplinaire. A Bruxelles, la situation est encore plus complexe, puisque les soins à domicile y relèvent de la compétence d'une ou de deux communautés ainsi que du niveau fédéral.

Les différents systèmes présentent tous des points forts et des points faibles. Les points forts du système flamand sont la multidisciplinarité, l'indépendance des groupements d'inspiration religieuse ou politique, l'organisation par région et la croissance à partir de la base. Cependant, ce système souffre d'un financement insuffisant, des différences d'échelle et d'une couverture géographique incomplète. Dans le système wallon, le financement, qui se fait principalement sur base de données réelles, est un point positif. Un désavantage est la structure organisée autour des 3 groupements, ce qui fait que ces trois groupements peuvent être actifs dans la même région.

Finalement, nous voudrions souligner que stimuler et encourager les soins à domicile n'est évidemment pas seulement important pour des raisons financières, mais que cela doit également être considéré dans le cadre de soins intégrés et d'une politique de soins intégrée, qui offrent aux personnes plus âgées la possibilité de rester le plus longtemps possible dans leur cadre familial, éventuellement à l'aide de mesures de transition comme les centres de soins de jour et les centres de court séjour.

## 3.4 La Prévention des maladies est sous-développée

### 3.4.1 Introduction

La prévention en matière de santé regroupe l'ensemble des activités qui permettent de réduire les risques futurs de maladie. La distinction entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire est généralement effectuée, même si les actions de prévention n'appartiennent pas nécessairement de façon exclusive à l'une de ces trois catégories. La **prévention primaire** fait référence aux activités qui réduisent la probabilité d'apparition d'une maladie, par exemple arrêter de fumer pour réduire la probabilité de cancer. La **prévention secondaire** est associée aux actions qui atténuent la gravité de la maladie lorsqu'elle se déclare, c'est notamment le cas d'une mammographie qui permet de détecter et de traiter plus rapidement et donc plus efficacement un cancer du sein. La **prévention tertiaire** regroupe les activités qui visent à réduire les risques de rechutes, par exemple cesser certaines activités à risque ou soigner son alimentation après un infarctus pour éviter qu'il ne se reproduise.

Dans tout les cas, la décision de prévention, qui est prise par les individus ou par la société en dehors d'une maladie effective, se distingue de la médecine curative qui est mobilisée après l'apparition des symptômes. L'activité de prévention revêt à la fois un caractère individuel (pratique du sport, arrêt du tabagisme, attention portée à l'alimentation,...) et collectif (organisation de dépistages, de vaccinations, éducation à la santé,...). Mais, même lorsque les décisions qui affectent l'état de santé sont individuelles, un engagement des pouvoirs publics peut aider les individus à infléchir leurs comportements dans un sens favorable à leur santé. A titre d'exemple, l'arrêt du tabagisme est une décision individuelle mais les autorités publiques peuvent aider les individus à arrêter de fumer via différents dispositifs qui peuvent être légaux (interdiction de fumer dans les lieux publics, interdiction de vente aux mineurs,...), financiers (taxes sur le tabac) ou autres (aide au sevrage tabagique, information,...).

### 3.4.2 La prévention n'est pas une priorité politique

En Belgique, les compétences en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé sont morcelées. Parmi les actions qui affectent la santé publique, certaines relèvent exclusivement du gouvernement fédéral (taxes sur

le tabac et l'alcool) alors que d'autres (vaccination contre la polio et contre l'hépatite B, dépistage du cancer du sein,...) font l'objet d'une coopération entre le gouvernement fédéral qui finance entièrement ou en partie les programmes et les Communautés qui les organisent. La santé étant une matière personnalisable, ces compétences ont toutefois été en grande partie attribuées aux Communautés. Sans être exhaustifs et sans se focaliser sur les priorités établies par chacune des deux Communautés<sup>65</sup>, les actions mises en places, aussi bien en Communauté française que flamande, concernent les programmes de vaccination, les dépistages, les actions anti-tabagisme, la prévention des cancers, la prévention des maladies cardiovasculaires, la prévention du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles, la santé mentale...etc. Il semble néanmoins que, par rapport au budget octroyé à la médecine curative, les efforts entrepris par les autorités publiques belges en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé soient minimaux. Allouer 0,1% de son PIB à de telles activités paraît en effet insignifiant lorsque, dans le même temps, 10% de ce même PIB est consacré à financer le traitement de ces maladies<sup>66</sup>. Si le système de santé belge est apprécié pour sa réactivité et sa capacité à rendre disponible des traitements à un coût raisonnable pour les utilisateurs, la politique en matière de prévention - qui exige une vision et la mise en place de stratégies à plus long terme - ne semble pas constituer une priorité politique.

---

<sup>65</sup> Pour plus de détails, voir Corens D. Health System review: Belgium. *Health Systems in Transition*, 2007; 9 (2): 1-172.

<sup>66</sup> OCDE, Eco-santé 2006

| <b>Pays</b>         | <b>Dépense publique de prévention par habitant (€ PPA) - 2003</b> |
|---------------------|---|
| Danemark            | 7,97  |
| République Slovaque | 9,42  |
| Italie              | 10,14   |
| Mexique             | 13,04   |
| Espagne             | 14,49   |
| Corée               | 14,49   |
| République Tchèque  | 15,94   |
| Pologne             | 16,66   |
| Portugal            | 18,83   |
| Luxembourg          | 18,83   |
| Japon               | 21,73   |
| Finlande            | 26,80   |
| Autriche            | 27,52   |
| <b>Belgique</b>     | <b>28,97</b>  |
| Islande             | 31,15   |
| Suisse              | 40,56   |
| Irlande             | 42,74   |
| Norvège             | 44,91   |
| France              | 51,43   |
| Pays-Bas            | 57,22   |
| Allemagne           | 68,09   |
| Canada              | 131,83  |
| États-Unis          | 144,87  |

Source: OCDE Eco-santé 2006

L'attention modeste accordée aux politiques de prévention des maladies et de promotion de la santé n'est cependant pas propre à la Belgique. Le tableau ci-dessus permet de comparer notre dépense publique de prévention par habitant par rapport à celle d'autres pays de l'OCDE<sup>67</sup>.

Selon les statistiques de l'OCDE pour l'année 2003, la dépense publique consacrée à la prévention des maladies de la Belgique était de 28€ par habitant. A titre comparatif, la France y consacrait la même année 51€, les Pays-Bas 58€, l'Allemagne 67€, le Canada l'équivalent de 131€ et les Etats-Unis l'équivalent de 144€. La Belgique n'est toutefois pas la lanterne rouge de ce classement puisque l'Espagne, l'Italie et le Danemark notamment font encore moins bien en consacrant respectivement 14€, 10€ et 8€ par habitant à des dépenses publiques de prévention.

<sup>67</sup> L'OCDE renseigne en fait une dépense publique de prévention de 35€ par habitant en Belgique pour l'année 2003. Mais pour permettre une comparaison entre pays, nous avons utilisé le taux de change PPA (parité de pouvoir d'achat) qui intègre à la fois le taux de change d'une devise à l'autre et le niveau général des prix afin de mieux évaluer les actions qui peuvent être entreprises avec un montant donné dans chaque pays. Ainsi corrigée la dépense publique de prévention par habitant en Belgique est de 28€.

A titre indicatif, Le Belgique devrait augmenter sa dépense publique totale de prévention approximativement de 88 millions d'euros pour s'ajuster sur la dépense moyenne des autres pays mentionnés dans le tableau. Il serait toutefois erroné de limiter la prévention à une politique budgétaire. La prévention passe aussi par la définition de nouvelles politiques qui ne sont pas uniquement de nature budgétaire. Citons à titre d'exemple la politique des sports, la législation relative au tabac ou les actions menées par les mutualités pour favoriser une meilleure alimentation ou des comportements de vie plus sains.

### **3.4.3 Les avantages de la prévention**

Les activités de prévention présentent de nombreux avantages. Le premier effet de la prévention est d'assurer à l'ensemble de la population une meilleure qualité de vie en réduisant l'occurrence ou la gravité des maladies. Au-delà de ces bénéfiques intangibles, la prévention a aussi des effets financiers importants. Une amélioration de l'état de santé général représente d'abord une capacité additionnelle de croissance économique et donc une source de revenus supplémentaire. En guise d'illustration, 440000 décès prématurés dus au tabagisme ont été enregistrés chaque année aux Etats-Unis entre 1995 et 1999 et le coût consécutif à la perte annuelle de productivité a été estimé à 81,9 milliards de dollars US par an<sup>68</sup>. Du même coup la prévention permet aussi de réaliser des économies pour la sécurité sociale en réduisant la durée d'indisponibilité des travailleurs.

Ensuite, une politique de prévention ciblée peut également permettre de réaliser des économies pour l'assurance maladie en tant que telle en évitant ou en réduisant le coût des traitements futurs. Le tabagisme aurait ainsi engendré 75,5 milliards de dollars US de dépenses médicales annuelles supplémentaires durant la période 1995-1999<sup>4</sup>. Ce dernier effet n'est cependant pas toujours présent et dépend du type d'intervention. Dans tous les cas, c'est l'évaluation précise des coûts et des bénéfices (tangibles et intangibles) associés à chaque programme de prévention qui va déterminer la pertinence de sa mise en œuvre. Car il ne convient évidemment pas d'adopter tous les programmes ou de nécessairement les appliquer à l'ensemble de la population. Allouer d'importants moyens financiers à des programmes de prévention dont l'efficacité est limitée est manifestement inopportun. Et si les analyses économiques ne montrent pas qu'il faille systématiquement allouer les moyens publics disponibles aux activités préventives plutôt que curatives, le déséquilibre

<sup>68</sup> Morbidity and Mortality Weekly Report Highlights, April 12, 2002, Vol. 51, No. 14.



actuel dans l'organisation des soins de santé en Belgique est certainement inapproprié.

Il existe en effet un grand nombre de programmes qui présentent un ratio coût-efficacité tel que leur mise en œuvre est justifiée. Les pneumonies à pneumocoque sont par exemple responsables de 2000 décès annuels en Belgique. Une vaccination efficace existe pour prévenir ce type de maladie respiratoire mais ce vaccin est en Belgique uniquement remboursé pour les enfants de moins de 2 ans. Or, de nombreuses études ont montré que cette vaccination mise en œuvre chez les personnes âgées était coût-efficace<sup>69</sup>. Ces travaux invitent donc les autorités publiques à encourager ce type de vaccin pour toutes les personnes âgées de plus de 65 ans (voir par exemple De Graeve *et al.* 2000<sup>70</sup>). Il existe de nombreux autres exemples du même type.

Alors que les pressions budgétaires déterminent de plus en plus l'organisation de notre système de santé, une intensification de la politique de prévention pourrait constituer une mesure intéressante en vue de dégager des marges. Il suffit d'examiner les données épidémiologiques pour s'en convaincre. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), sept facteurs de risque expliquent près de 60% de la charge de la morbidité en Europe: l'hypertension (12,8%), le tabagisme (12,3%), l'abus d'alcool (10,1%), l'hypercholestérolémie (8,7%), le surpoids (7,8%), la faible consommation de fruits et de légumes (4,4%) et la manque d'activité physique (3,5%). Ces facteurs constituent en effet les causes majeures des principales maladies en Europe (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, problèmes de santé mentale, cancers, diabète,...). La lecture de ces facteurs de risque nous indique à quel point la prévention et la promotion de la santé constituent le moyen le plus efficace de lutter contre ces maladies. Car, toujours selon l'OMS, l'élimination des principaux facteurs de risque permettraient d'éviter 80% des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type II, ainsi que 40% des cancers.

#### **3.4.4 Le découpage des compétences n'incite pas à la prévention**

Quels sont les éléments qui permettent d'expliquer un tel déséquilibre entre les moyens financiers alloués à la prévention et ceux attribués au traitement des maladies? Les dépenses effectuées à des fins de prévention présentent un double inconvénient pour les autorités compétentes en matière de santé en

<sup>69</sup> Ce qui signifie qu'un programme de vaccination des personnes âgées engendrerait - comparativement aux autres programmes de santé entrepris - des bénéfices liés à une meilleure qualité de vie qui justifient son application.

<sup>70</sup> De Graeve, Verhaegen *et al.*, Kosteffectiviteit van vaccinatie tegen pneumokokkenbacteriëmie bij bejaarden : resultaatent voor België, *Acta Clinica Belgica*, 2000, 55,5, pp 257-265.

Belgique. Le premier problème n'est pas propre à la Belgique et résulte du fait que les effets des efforts de prévention ne se voient souvent qu'à long terme. Les autorités qui se lancent dans un vaste programme de prévention s'exposent donc à ne jamais entrevoir les bienfaits de leur politique (dont les bénéficiaires vont revenir à leurs successeurs). L'architecture institutionnelle de notre pays - outre le fait qu'elle favorise les actions dispersées et peu coordonnées - constitue un deuxième frein à l'investissement dans de coûteux programmes de prévention des maladies. Ce domaine est en effet du ressort des Communautés. L'assurance maladie - qui prend en charge la majeure partie des coûts engendrés par les traitements - est quant à elle gérée au niveau fédéral. Ce qui signifie que l'effort de prévention entrepris par les Communautés profite surtout aux autorités fédérales. Bien évidemment, le bénéfice des politiques de prévention ne peut uniquement se réduire à un gain financier prenant ici la forme de coûts évités. Les Communautés sont chargées des politiques liées aux personnes (et donc à leur bien-être) et sont donc à ce titre tenues de leur éviter des maladies. Elles sont par conséquent aussi jugées sur l'état de santé de la population. Mais le fait qu'elles ne soient pas affectées par toutes les conséquences de leurs politiques crée un sérieux problème d'incitation économique. Etant données les contraintes budgétaires, les autorités ne sont donc pas incitées à investir dans une politique qui ne leur rapporte pas.

Comment sortir de cette impasse? Deux solutions - politiquement compliquées compte tenu du contexte institutionnel de notre pays - semblent évidentes. Elles sont basées sur le principe du paquet homogène de compétences que les autorités publiques devraient gérer. Autrement dit, il conviendrait de renvoyer toutes les compétences en matière de santé - y compris la politique de la prévention - soit au niveau fédéral, soit au niveau communautaire. Une autre solution peut être mise en œuvre tout en évitant ce débat politiquement sensible dans notre pays. Le gouvernement fédéral, dans la mesure où il bénéficie aussi des politiques menées au niveau des Communautés, devrait inciter ces dernières à effectuer plus d'efforts de prévention. Par le biais de quels mécanismes peut-il atteindre cet objectif ?

***Une compensation financière proportionnelle à l'effort de prévention des Communautés peut contribuer à la mise en place d'une politique plus active.***

Un des dispositifs suggéré par la théorie économique est celui dit des «matching grants». Suivant ce principe, l'Etat fédéral devrait octroyer aux Communautés une compensation conditionnelle à leur effort de prévention. La compensation peut par exemple prendre la forme d'un montant de  $x \text{ €}$  accordés par le fédéral aux Communautés pour chaque euro dépensé par ces dernières. Ceci nécessite un effort de coordination entre la politique de la

santé et la politique des soins de santé, par le biais de programmes déterminés en commun accord entre les différents niveaux de compétences.

Partant du même principe, on pourrait envisager une compensation conditionnelle non pas à une dépense des Communautés mais aux résultats obtenus par ces dernières en matière de santé publique. La compensation pourrait ainsi être basée sur l'évolution d'indicateurs tels que la proportion de fumeurs dans la population, le taux de survie 5 ans après le diagnostic d'un cancer, la prévalence de certaines maladies évitables,...etc. Cette politique, plus ambitieuse, aurait le mérite d'inciter les Communautés à utiliser plus efficacement les moyens publics. Une telle mesure - qui ne constitue pour le moment qu'une piste de recherche - devrait néanmoins être appliquée avec précaution pour plusieurs raisons. La première provient de la mesure, parfois contestable, des indicateurs sur lesquels pourraient être basés la compensation. Par ailleurs, les autorités publiques en place ne sont pas les seules responsables de l'état de santé général de la population. Ce dernier résulte en effet aussi, d'une part, des décisions prises auparavant éventuellement par d'autres autorités (les objectifs de santé publics résultent de politiques à long terme) et, d'autre part, du mode de vie des individus sur lequel les gouvernements n'ont pas complètement prise.

Les deux mesures suggérées partent d'un principe commun qui consiste à conditionner le financement du gouvernement fédéral à des actions - si possible efficaces - entreprises par les Communautés. Notons ici qu'il est essentiel que la compensation accordée prenne - fût-ce partiellement - la forme d'une compensation conditionnelle à une action et non d'un montant forfaitaire qui n'aurait aucun effet incitatif pour les Communautés.

#### **3.4.5 Une focalisation quasi exclusive sur la dimension curative**

Le contexte budgétaire qui caractérise la Belgique engendre une politique de santé qui se développe presque exclusivement autour du traitement des maladies. Dans un environnement où les dépenses sont strictement limitées et où les possibilités d'allocation du budget sont multiples, il n'est en effet pas payant pour les Communautés d'investir massivement dans des activités de prévention dont les bénéfiques ne se réalisent qu'à long terme et qui ne leur profitent pas politiquement compte tenu du découpage des compétences en matière de santé dans notre pays. Pourtant, la prévention comporte des avantages. Outre le fait qu'elle permettrait d'améliorer la productivité de travailleurs en meilleure santé et d'éviter le coût de certains traitements, une politique de prévention volontariste engendrerait des gains considérables en termes de qualité de vie pour la population.



*"Think-tank" et "do-tank" indépendant qui œuvre pour la croissance économique et une protection sociale durable*

### **3.5 Il manque une vision à moyen et long terme et une sensibilisation aux coûts**

#### **3.5.1 La dynamique actuelle du système centrée sur le court terme**

La dynamique actuelle du système repose sur trois principes essentiels : la dynamique budgétaire, le modèle de concertation et l'approche verticale.

- **La dynamique budgétaire.**

Comme nous l'avons souligné dans l'analyse des politiques, depuis 25 ans, toutes les préoccupations sont centrées sur le budget.

Les récentes discussions budgétaires portant sur le budget 2008 illustrent très bien la prépondérance de cette dynamique budgétaire et du modèle de concertation.

En effet, la loi prévoit une norme de croissance de 4,5 % + inflation (indice santé) + facteurs exogènes soit une croissance réelle nominale cette année de 6,7 %.

L'Inami sur base de l'historique des dépenses réalise d'abord un certain nombre de simulations pour déterminer, si l'on ne change rien, à paramètres constants, quel montant de dépenses sera atteint. Ce calcul réalisé par l'Inami donne en fin septembre une marge de 680 millions d'euros. Le taux d'inflation évolue ensuite en 15 jours de 2 à 2,2 % et la marge évolue à 720 millions d'euros à affecter.

- **Le modèle de concertation**

L'affectation du budget et la définition des règles de fonctionnement du secteur sont soumis aux partenaires du secteur lui-même. Ces partenaires se retrouvent présents au sein des organes de décision les plus importants et arbitrent l'ensemble des choix. Le consensus s'établit progressivement par un équilibrage des forces en présence les plus importantes.

Les forces les plus actives et les plus représentées au sein du système sont ainsi:

- Les hôpitaux

- Les prestataires de soins
- L'industrie
- Les mutualités
- **L'approche verticale**

Les hôpitaux, les maisons de repos, la médecine de première ligne constituent autant d'entités séparées qui revendiquent individuellement leur budget.

L'affectation des moyens humains et financiers procède d'une analyse séparée et d'une affectation budgétaire séparée des différentes composantes du système de santé.

Ces trois dimensions sont centrées sur une approche de court terme :

1. On arrête le budget pour une année ;
2. En fonction des besoins et du pouvoir de négociation des différentes parties en présence ;
3. Avec une répartition, non pas en fonction des pathologies, mais sur base des différentes structures de prestations de soins.

### **3.5.2 La nécessité d'une vision prospective pour faire face aux nombreux défis**

Comme nous l'avons souligné dans la partie Anatomie, ce début de XXI<sup>ème</sup> se caractérise par l'émergence de nombreux défis :

- L'évolution des modes de vie et de consommation.
- Le développement des maladies chroniques
- L'allongement de la durée de vie et la progression des nouvelles technologies et des nouveaux traitements.
- La croissance des dépenses de Santé et des besoins en ressources humaines

Ces nombreux défis s'inscrivent dans le temps et leurs effets s'amplifient avec le nombre d'années. Une vision et une analyse de court terme n'est pas suffisante si l'on veut y apporter des solutions durables. Une approche prospective qui ne se limite pas à l'année en cours s'impose donc si l'on veut à terme garantir les atouts de notre système de santé.

### **3.5.3 L'absence actuelle de vision et de plan à moyen et long terme**

Dans une étude réalisée en 2005, le bureau d'Etudes Mc Kinsey <sup>71</sup> met en évidence le manque de vision à long terme qui résulte en un manque d'objectifs et de priorités clairs. Les acteurs-clés interrogés lors de l'enquête réalisée pensent que les dépassements systématiques du budget ces dernières années ont amené à une focalisation exclusive sur cette dimension et sur le court terme.

Depuis la réalisation de cette enquête, cette situation perdure : il n'existe aucune politique ou aucun plan d'ensemble couvrant le moyen et long terme. La prise de responsabilité à moyen et long terme des autorités publiques est donc absente.

Aucune organisation n'est aujourd'hui officiellement chargée en Belgique de la rédaction et à fortiori du suivi d'un plan à moyen et long terme. La focalisation sur la dimension budgétaire explique le rôle de plus en plus important joué par l'Inami ces dernières années. Cette vision budgétaire éclipse l'indispensable réflexion sur les priorités à moyen et long terme de notre Système de Santé.

Un premier pas intéressant a été réalisé dans le bon sens par le Plan Cancer. L'absence de vision à moyen et long terme avait été dénoncée par le livre blanc contre le cancer<sup>72</sup>. Celui-ci mettait en évidence la nécessité d'un plan à moyen et long terme. Dans un pays où une femme sur trois et un homme sur quatre sont touchés par le fléau, il affirmait l'absolue nécessité de mettre en place cet outil et mettait en évidence le danger réel pour notre Système de Santé en l'absence d'une réaction rapide :

*« Notre système de soins de santé, basé sur la solidarité et l'excellence des soins, semble donc soumis à de fortes pressions. Dans le domaine de l'oncologie en particulier, la pression se fait de plus en plus forte suite à l'arrivée de nouveaux traitements et à l'augmentation du nombre de patients. A tel point que dans 5 à 10 ans, nous risquons de ne plus pouvoir assurer l'accès à des*

<sup>71</sup> Perspectives sur les soins de Santé en Belgique – Mc Kinsey – Septembre 2005

<sup>72</sup> Livre blanc . La prise en charge du cancer en Belgique : relever les défis de demain – 2 juin 2007

*soins de qualité à tous les patients souffrant de cancer en Belgique. De plus, le cancer évolue de plus en plus vers une maladie chronique nécessitant des traitements au long cours.*

*Dans ce contexte, il est devenu impératif de décider à très court terme, c'est-à-dire pour 2008 au plus tard, des mesures préventives à mettre en place en vue de préserver la qualité des soins oncologiques en Belgique et de développer une vision à long terme dans ce domaine. Il n'est certes pas encore trop tard, mais il est temps d'agir afin d'éviter l'instauration d'un système à deux vitesses au détriment de la grande majorité des patients. »*

La Plan Cancer introduit ce 2 mars 2008 est intéressant à un double titre : d'abord parce qu'il décide de cibler une pathologie particulière, d'y affecter des moyens budgétaires et de définir une politique spécifique. Jusqu'à présent, en effet les moyens budgétaires étaient affectés toutes pathologies confondues et de façon séparée entre les différents acteurs (hôpitaux, médecins, ...). Le deuxième intérêt est d'adopter cette réflexion de moyen terme qui fait cruellement défaut dans le secteur de la Santé en général aujourd'hui.

Au-delà du cancer, il est essentiel d'élargir cette vision à moyen et long terme à toutes les priorités de notre système de Santé. Une vision à moyen et long terme implique de réaliser une évaluation globale du système en place et de dresser une liste de l'ensemble des priorités pour le futur.

De bons exemples à l'étranger existent. Ainsi la France a développé une évaluation et une réflexion sur les priorités pour le futur. Le rapport 2007 du Haut Conseil de l'Assurance Maladie <sup>73</sup> est ainsi consacré à un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats et à l'analyse des priorités pour les années à venir.

La démarche d'évaluation et de planification stratégique pour le moyen et long terme n'est pas encore une réalité dans la plupart des pays. Confronté à un secteur qu'ils appréhendent ou comprennent souvent mal, les gouvernements préfèrent palier à l'urgence à court terme plutôt que d'entamer une véritable réflexion stratégique qui définit les priorités et les actions à moyen terme. Pourtant cette démarche nouvelle devient aujourd'hui indispensable. Dans un contexte de pression croissante sur les coûts et de nouveaux défis, il est crucial d'opérer des choix et d'établir des priorités pour le futur.

---

<sup>73</sup> Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie – Juillet 2007