

**Brèves de Kairos Europe (Wallonie/Bruxelles)- février 2018**

Avenue du Parc Royal, 3 – 1020 Bruxelles

Tél. 32 (0)2 762 39 20 -32 (0)488 13 95 63

[Francois.gobbe@belqacom.net](mailto:Francois.gobbe@belqacom.net) – [quindja@yahoo.fr](mailto:quindja@yahoo.fr)[www.kairoswb.com](http://www.kairoswb.com) – [www.kairoseuropa.de](http://www.kairoseuropa.de)

# TAM TAM

## ... à notre santé !

En Belgique, les soins de santé sont un secteur particulièrement important de notre économie. Les dépenses de santé, de l'ordre de 44 milliards, représentent aujourd'hui un peu plus de 10 % du produit intérieur brut (PIB).<sup>1</sup> Le financement de ces dépenses repose sur le financement public pour 77,6 %, les patients interviennent pour 17,8 %, les organismes d'assurances privés ou mutuellistes pour 4,6 %.

Le financement de nos soins de santé dépend donc aujourd'hui majoritairement de la sécurité sociale dont elle est le secteur principal avec 41 % de l'ensemble de nos dépenses sociales.

**Nous cotisons donc tous et toutes pour notre santé et pour celle des autres à travers nos salaires et nos revenus d'indépendants.**

### 1. La marchandisation et la privatisation de nos soins de santé

Les réformes de nos gouvernements successifs (de droite ou de gauche) ont introduit la commercialisation et la privatisation, y compris dans notre système de sécurité sociale.

**La marchandisation**, c'est le fait de considérer les soins de santé comme un "produit" sur un marché.

**La privatisation**, c'est le transfert des responsabilités du secteur public vers des acteurs du secteur privé, ce qui, en Belgique, recouvre deux réalités : le privé commercial et celui qui poursuit une finalité sociale sans but lucratif (Non Marchand).

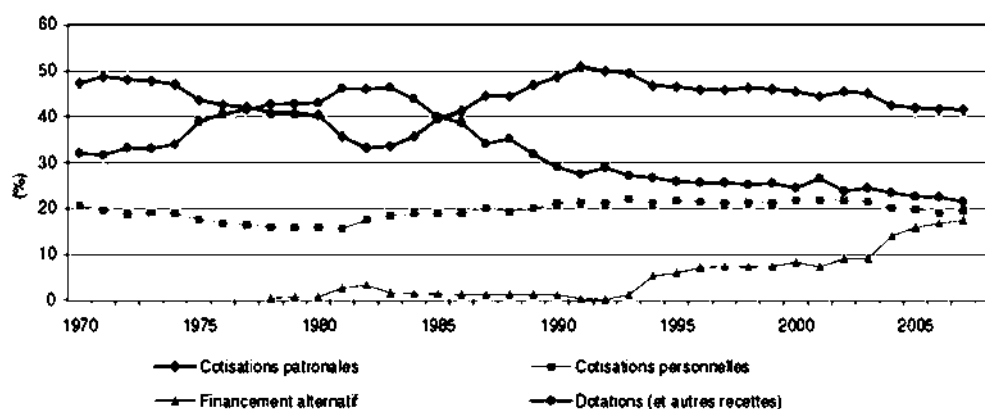
Lorsqu'on parle de privatisation dans les soins de santé, il faut envisager deux éléments : l'offre des soins et leur financement.

<sup>1</sup> La moyenne européenne se situant à 9,4 % (2014) . Suisse, Allemagne, Suède, France, Pays-Bas, Autriche, Grande-Bretagne, Irlande, Italie, Espagne, se situant entre 12 et 9 %.

En Belgique, la privatisation de l'offre est instituée puisque la plupart des prestataires de soins hors hôpitaux (y compris maisons médicales) sont des "privés". On parle de privatisation du financement des soins lorsque ce dernier se fait uniquement ou majoritairement par le biais d'une implication financière du patient pour le financement de ses propres soins ou pour couvrir ses propres risques via une assurance privée.

A partir du moment où les soins de santé sont perçus comme des marchandises capables de générer du profit et sont confiés à des organismes dont la mission principale est de rétribuer le capital, **les risques de créer une médecine à deux vitesses sont éminents**. En effet, il faudra d'une part se tourner vers ce qui "rapporte" (maison de repos, examens techniques, discrimination des assurés, sélection des patients ou pathologies...) et d'autre part, délaissier ce qui n'enränge pas de rentrées suffisantes (prévention, soins des personnes précaires,...). **Les organismes privés à but commercial vont donc se centrer sur ce qui rapporte, l'Etat et le Non Marchand vont se charger du reste.**

Dans le contexte néolibéral, les investissements de l'Etat dans les soins de santé doivent être réduits pour laisser opérer la libre concurrence des structures privées



Source Bureau fédéral du Plan, 2008

Dans notre système social, le financement des soins par la sécurité sociale était à l'origine, garanti par un Etat social avec un accès aux soins pour chacun selon ses besoins et la contribution de chacun selon ses moyens. **Il n'y avait qu'un seul « pilier ».**

**Aujourd'hui, il y a 3 piliers de financement des soins de santé.**

**Le premier pilier est public, non-marchand, avec une perspective sociale a priori.** Il n'organise aucune discrimination dans son offre de soins, il a une responsabilité envers la population, et ses choix en matière de soins doivent être en accord avec la politique de santé générale.

**Un deuxième (les assurances groupes d'entreprises) et un troisième (les assurances individuelles) piliers sont, au contraire, privés et à but lucratif.** Ni perspective sociale a priori, ni accord nécessaire avec la politique de santé générale.

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

L'évolution des proportions relatives de ces trois piliers montre la même volonté d'imposition du modèle néolibéral. Toutes les mesures des derniers gouvernements ont été dans le sens d'une déconstruction systématique du premier pilier, que ce soit en matière de soins de santé, de pension, d'invalidité...

**L'évolution du vocabulaire utilisé est aussi significative :** on n'a plus parlé de contributions sociales, mais d'abord de cotisations et aujourd'hui de charges sociales. De même on est passé du terme service public à service à finalité publique, et finalement, on parle de service d'intérêt général.

Sur le plan économique, d'un côté **la part personnelle du patient a augmenté dans des proportions considérables pour atteindre aujourd'hui 24,9%** selon les Mutualités chrétiennes, contre moins de 10% il y a 30 ans. Ce sont spécialement les groupes les plus vulnérables de notre société (incapables de souscrire à des assurances privées) qui sont touchés et reportent leurs soins, s'endettent et risquent de basculer dans la pauvreté.

**D'autre part les frais de gestion des assurances privées des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> piliers sont bien plus élevés** (20% de leurs primes) que ceux des mutuelles (3% des dépenses totales en soins de santé et indemnités), et tout cela, **sans augmentation de l'état de santé**. C'est la dérive vers le système Nord-américain où malgré un PIB/habitant parmi les plus élevés au monde (57.000\$ contre 41.000\$ en Belgique) et un financement totalement privé des soins, leurs indicateurs de santé ne sont pas bons (p. ex. espérance de vie de vie 79,3 ans aux USA et 81,8 ans en Belgique).

## 2. Le report des soins, voire même le renoncement

Une partie importante de la population reporte ou renonce encore aux soins de base.

**Une enquête menée par Solidaris en 2014 montre qu'une personne sur cinq en Wallonie déclare avoir retardé ou renoncé à des soins alors qu'elle en avait besoin.**

Les consultations et visites des médecins généralistes constituent le deuxième poste de dépenses dans le budget santé du ménage moyen (20% des dépenses) et sont aussi les soins de santé les plus fréquemment reportés (22.8% du total des reports). Les médicaments représentent 35,4% des dépenses et 32,9% des reports.

Les reports de soins augmentent d'année en année et atteignent progressivement un niveau inquiétant qui remet même en question l'accès universel aux soins prévu et garanti par la sécurité sociale à tous ses affiliés. Les femmes (24.9%), les familles monoparentales (44.3%), les adultes âgés entre 18 et 45 ans (1 personne sur 3) et les groupes sociaux les plus faibles (26%) sont les catégories les plus touchées par le phénomène.

Par ailleurs, le ticket modérateur, par son augmentation, freine l'accès aux soins de première ligne, et provoque un report de soins avec un impact négatif sur la santé et des dépenses plus importantes en deuxième ligne, notamment en médicaments et en hospitalisation, comme l'ont démontré d'autres analyses, notamment celle du KCE en 2008.

**Les études montrent aussi que la perception d'un ticket modérateur sur les soins médicaux de première ligne, de même que l'interdiction d'appliquer le tiers-payant<sup>2</sup> entraînent une sous-consommation de soins, en particulier pour les populations plus défavorisées.**

---

<sup>2</sup> Le ticket modérateur est la somme prise en charge par le patient pour ses soins, alors que le tiers payant est la somme prise en charge par l'organisme assureur

### 3. Les suppléments d'honoraires à l'hôpital

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

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

On relève des différences de pratique tarifaire importantes entre hôpitaux. Pour une intervention courante comme une appendicectomie, **le patient peut payer jusqu'à 5 fois plus de suppléments d'honoraires (498 € et 2.695 €) en fonction de l'hôpital**.

#### On assiste donc à la création d'une médecine à deux vitesses.

L'augmentation des suppléments d'honoraires se traduit par des augmentations substantielles des primes d'assurances hospitalisation. les populations les plus fragilisées sur le plan social et de la santé ne peuvent pas se les payer.

- L'absence de régulation des suppléments d'honoraires génère une surenchère entre hôpitaux pour attirer les médecins les plus réputés, avec des risques que le système ne permette plus de garantir à chacun un même accès à des soins de même qualité.
- Le patient est confronté à l'insécurité tarifaire dans la mesure où il ne peut pas déterminer a priori le montant des suppléments qui lui seront facturés.
- Les suppléments d'honoraires permettent à certains hôpitaux de développer des politiques de soins non-financées et de pallier les déséquilibres de la nomenclature qui pénalisent certaines spécialités.
- L'augmentation de la proportion de chambres particulières dans les hôpitaux va accentuer ce mouvement.

### 4. Le secteur des maisons de repos ou le marché de « l'or gris »

Aujourd'hui, 120.000 belges vivent en maison de repos, soit 6% des personnes âgées de 65 ans et plus. La prise en charge des personnes âgées pose la question de l'accessibilité des maisons de repos, en terme de places disponibles mais aussi d'accessibilité financière.

Une étude réalisée par Solidaris en 2014 montre que la majorité des personnes âgées n'a pas assez de revenus pour payer les frais liés à leur hébergement en maison de repos. En effet, **pour plus d'une personne sur deux, le revenu disponible mensuel (1.307 €) est inférieur au coût mensuel moyen d'hébergement (1.487 €)**. Ce montant moyen masque d'importants écarts : 5% des résidents paient moins de 1.045 € par mois alors que les 5% des résidents qui paient le plus cher ont une facture supérieure à 1.973 € par mois.

L'hébergement des personnes âgées peut être public, privé non commercial ou privé lucratif. C'est devenu un secteur très rentable, avec un « **retour sur investissement** » élevé. On observe une croissance du rachat des petites maisons de repos par de très grandes structures, notamment des groupes cotés en bourse tels qu'Orpea, Senior Living Group appartenant à Korian, Le Noble âge... Par exemple, Orpea est une entreprise de 82.000 lits répartis dans 798 établissements en Europe (et maintenant aussi en Chine et au Brésil), qui déclare 1,7 milliards € de chiffre d'affaire. **Dans les maisons de repos ORPEA en Belgique, le tarif d'hébergement annoncé varie entre 31€ et 77€ par jour (selon la région et le standing de l'établissement).**

## 5. Les Maisons médicales et le moratoire

**Toutes les études montrent qu'une première ligne de soins largement accessible renforce l'efficacité, la qualité et l'équité du système de soins de santé (Barbara Starfield). Cette première ligne de soins accessibles est l'une des missions fondamentales des maisons médicales.**

Le secteur est en expansion : il y a 176 maisons médicales et il s'en crée 12 nouvelles par an. L'évaluation de leur efficacité est difficile (elles s'occupent surtout d'une population défavorisée, elles permettent plus facilement de consulter un généraliste, et économisent des recours à des spécialistes). Ceci explique leur financement apparemment plus important, et augmentant en fonction de leur croissance. Une évaluation du KCE de 2008 (reconfirmée par celle de l'Agence Intermutualiste (AIM) en 2017) a conclu que le coût est équivalent quel que soit le système de financement.

Et pourtant la Ministre De Block a décidé d'un moratoire sur les nouvelles maisons médicales au forfait pour en geler la croissance et a redemandé une étude auprès de KPNG (cabinet d'audit privé)... **Les résultats de l'audit ont été publiés en janvier 2018 et sont favorables aux maisons médicales. Le moratoire est donc levé<sup>3</sup>.**

## 6. L'Europe, joue-t-elle un rôle dans ces choix politiques ?

D'une part l'Europe joue un rôle important à travers des mécanismes tels que les convergences budgétaires, ou encore à travers les « bulletins » remis aux Etats à travers les « semestres » européens. **Les principes-mêmes qui ont fondé l'Europe tels que la liberté de circulation et d'installation, et la libre concurrence limitent les capacités des Etats membres à protéger leurs dispositifs de protection sociale.** L'Etat ne peut, en principe, pas favoriser ses propres opérateurs - publics ou non marchands- au détriment des opérateurs privés commerciaux.

D'autre part, beaucoup d'Etat se cachent derrière Bruxelles pour justifier des choix politiques totalement internes, visant à favoriser l'initiative privée dans l'ensemble des domaines d'activité. Et pourtant les marges de manœuvre existent encore pour permettre le maintien, voire le renforcement, des mécanismes de solidarité interne et de protection sociale.

**Dans les traités tels que TTIP et CETA, le but premier déclaré de la partie américaine est de permettre aux « banques-assurances » d'accaparer les fonds gigantesques de la sécurité sociale européenne. Les « banques-assurances » ne sont intéressées que par la partie rentable du marché des soins, les malades chroniques, les personnes âgées.** Ce qui coûte, ou risque de coûter reste à charge des solidarités publiques. L'Amérique du Sud a servi de terrain d'expérimentation pour cette stratégie avec des conséquences désastreuses sur le plan de la santé publique (Colombie, Mexique, Chili), ainsi qu'une explosion des coûts.

**La santé représente un des derniers gros budgets pour lesquels une régulation du marché arrive à maintenir une limitation de l'objectif lucratif....**

**Mais jusqu'à quand ?**

Texte original écrit par Michel Roland (Médecins du Monde) et Georges Bauherz

Résumé par Marie-Agnès Gilot (CNE)



<sup>3</sup> <http://www.maisonmedicale.org/Le-moratoire-sur-les-maisons-medicales-au-forfait-est-leve.html>

## **Références :**

### **Etude Solidaris - Maison de repos 2017**

[http://www.solidaris.be/SiteCollectionDocuments/Synth%C3%A8se%20Solidaris\\_Co%C3%BBts%20en%20maison%20de%20repos\\_D%C3%A9cembre%202017.pdf](http://www.solidaris.be/SiteCollectionDocuments/Synth%C3%A8se%20Solidaris_Co%C3%BBts%20en%20maison%20de%20repos_D%C3%A9cembre%202017.pdf)

### **Report des soins - Solidaris 2014**

[http://www.solidaris.be/Lists/PubDocs/Reportdesoins\\_Etude\\_2014.pdf](http://www.solidaris.be/Lists/PubDocs/Reportdesoins_Etude_2014.pdf)

### **Monitoring suppléments d'honoraires 2006 – 2015 - AIM**

[http://www.aim-ima.be/IMG/pdf/aim\\_rapport\\_suppl\\_ments.pdf](http://www.aim-ima.be/IMG/pdf/aim_rapport_suppl_ments.pdf)

### **Maisons médicales - rapport KCE 2008**

<https://kce.fgov.be/fr/comparaison-du-co%C3%BBt-et-de-la-qualit%C3%A9-de-deux-syst%C3%A8mes-de-financement-des-soins-de-premi%C3%A8re-ligne-en>

#### **- Etude AIM**

<https://www.mc.be/actualite/communiqu%C3%A9-presse/2017/maisons-medicales-forfait>

#### **- Etude KPMG**

<http://www.maisonmedicale.org/Le-moratoire-sur-les-maisons-medicales-au-forfait-est-leve.html>

### **Note complète « Santé » de la campagne TAM TAM**

<https://www.campagnetamtam.be/fr-santerealite>

---

A suivre bientôt sur le site de la **Campagne TAM TAM : la justice et le travail !**

<https://www.campagnetamtam.be/>

**A ne pas rater et à diffuser, la capsule sur la Santé :**

**<https://www.campagnetamtam.be/fr-santevideo>**

**TAM  
TAM**