



A la recherche de réponses au défi de l'accessibilité des soins: les scénarios de la réforme du modèle de financement

2012/14

29 | 06 | 2012



Résumé

The financial sustainability of health care for both the society and the individual patient is under pressure. This is the case for all countries, including Belgium. Especially chronic care will prove to be a challenge to cope with. Other countries have diversified their financial resources for care to ensure that as many as possible different funds are leveraged, that financial accessibility is safeguarded, and that responsiveness to individual preferences is retained. A broad, open choice and managed competition with the same rules across all types of care payers, enabling the society at large to decide what is best, remains absent in Belgium. We are closing our eyes for the issues at hand, for which the most vulnerable patients pay more for in the end. Key recommendations include opening up both the public and private insurance markets; actively regulating such a broad, open market with identical rules; holding payers responsible by true risk sharing when objectives are not met; providing payers with the tools to purchase care based on quality and efficiency, and locally examining innovative saving scenarios such as a health savings account. Ideology and values remain important in reforming the financing model of care. Hence, the importance of equal rules set by the society.

PIETER VAN HERCK
Senior Fellow Itinera Institute

IVAN VAN DE CLOOT
Chief Economist Itinera Institute

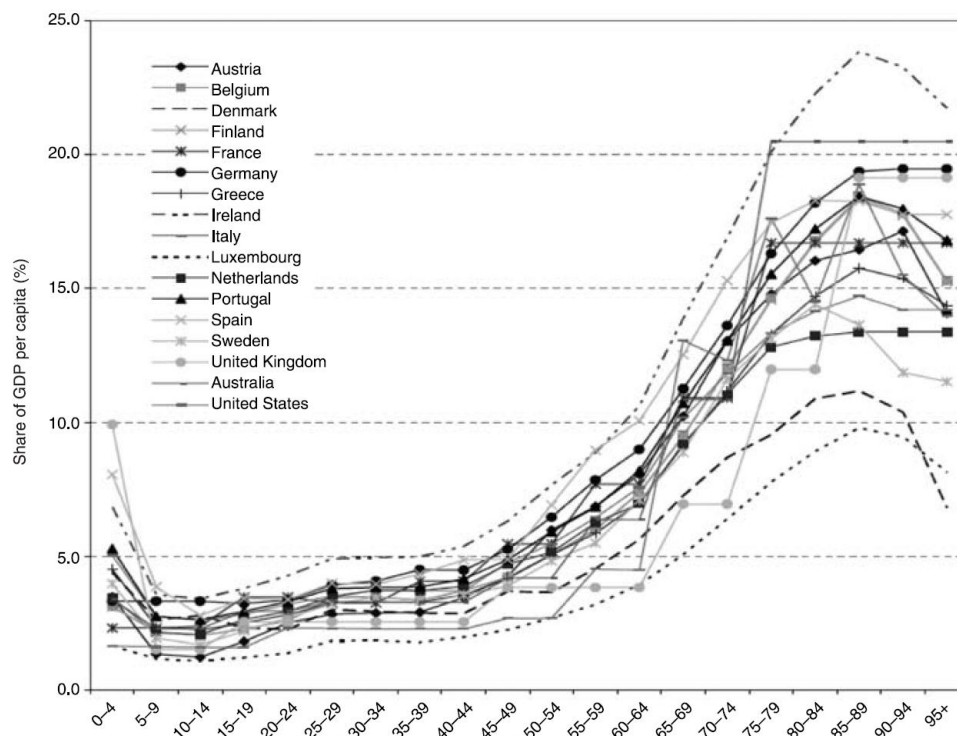
Introduction

Plusieurs indicateurs suggèrent que le système actuel de financement des soins commence à atteindre ses limites. Les dépenses de soins de santé augmentent annuellement d'un maximum de 2 à 3% en plus de l'indexation. Ceci est beaucoup plus rapide que la croissance du PNB. En Belgique, les dépenses de soins de santé ont dépassé la limite des 10% du PNB, et consomment une part toujours croissante des moyens dont dispose notre société.

Les patients âgés absorbent déjà entre 35 et 50% du total des dépenses de soins de santé, et leur proportion augmentera considérablement

dans les années à venir, avec une augmentation de 78% d'ici 2060 (Figueras & McKee, 2012). Simultanément, la proportion des jeunes n'augmente pas suffisamment pour maintenir l'équilibre intergénérationnel entre cotisation et consommation du financement public des soins. Le nombre de cotisants potentiels en âge de travailler baissera de 15% entre 2010 et 2060. Le taux de dépendance va plus que doubler, pour passer à 53,5% en 2060. Nous allons passer de quatre à deux cotisants actifs par senior en 2050. Le vieillissement conduit à une double pression sur le financement des soins: une baisse des cotisations (revenus) et une augmentation de la consommation (dépenses ; voir Figure 1).

Figure 1. Dépenses publiques de soins de santé par groupe d'âge en pourcentage du PNB par habitant

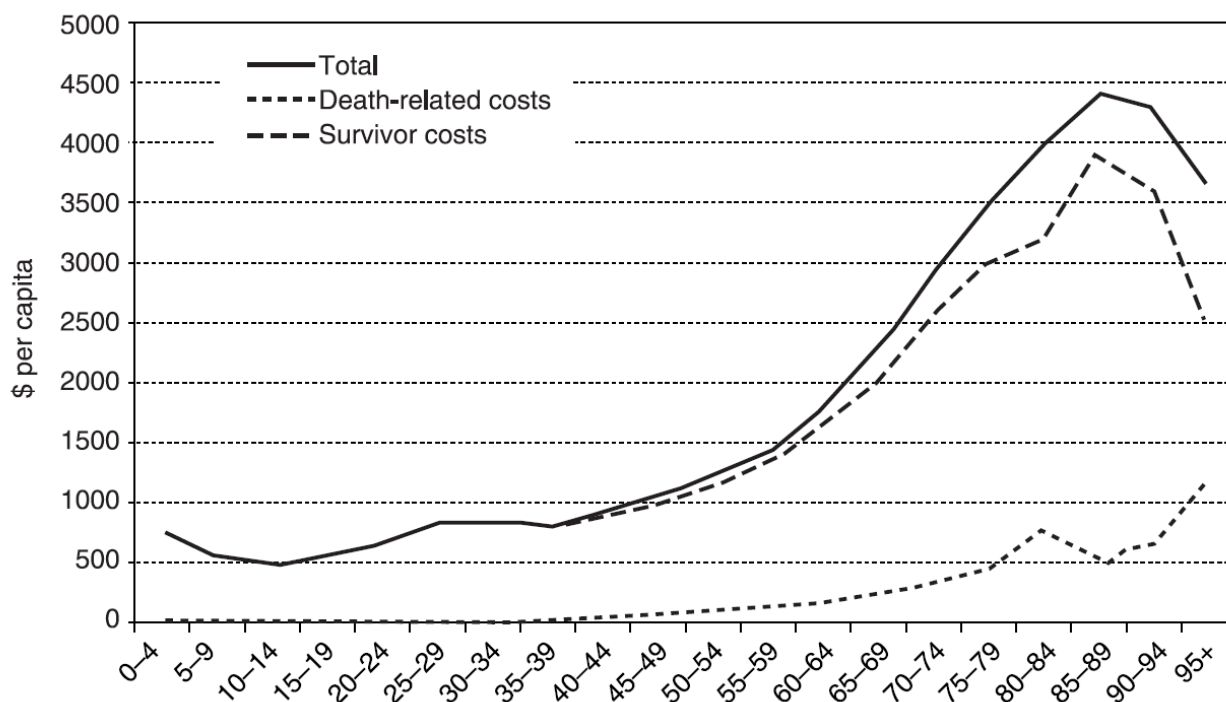


Source : Figueras & McKee, 2012

En tant que société, nous souhaitons également ne pas arrêter le progrès technologique qui permet de mieux en mieux de préserver ou de rétablir notre santé. L'effet de celui-ci sur les besoins en soins de santé est difficilement prévisible (voir Figure 2). Une hypothèse montre que l'augmentation du capital santé décale la courbe de la Figure 1 vers la droite, où le taux de morbidité le plus élevé correspond à un âge très avancé. Dans cette hypothèse, l'augmentation des dépenses de soins de santé par patient resterait sensiblement limitée, ou pourrait même bais-

ser. Les frais liés au décès semblent en effet diminuer à mesure que l'âge au moment du décès augmente. Une autre hypothèse avance toutefois que les dépenses vont fortement augmenter en raison de la vulnérabilité accrue aux maladies chroniques à un âge plus avancé (Figueras & McKee, 2012). En dépit d'un manque de preuves tangibles, les deux hypothèses semblent se confirmer.

Figure 2. Evolution prévue des dépenses de soins de santé suite au progrès technologique

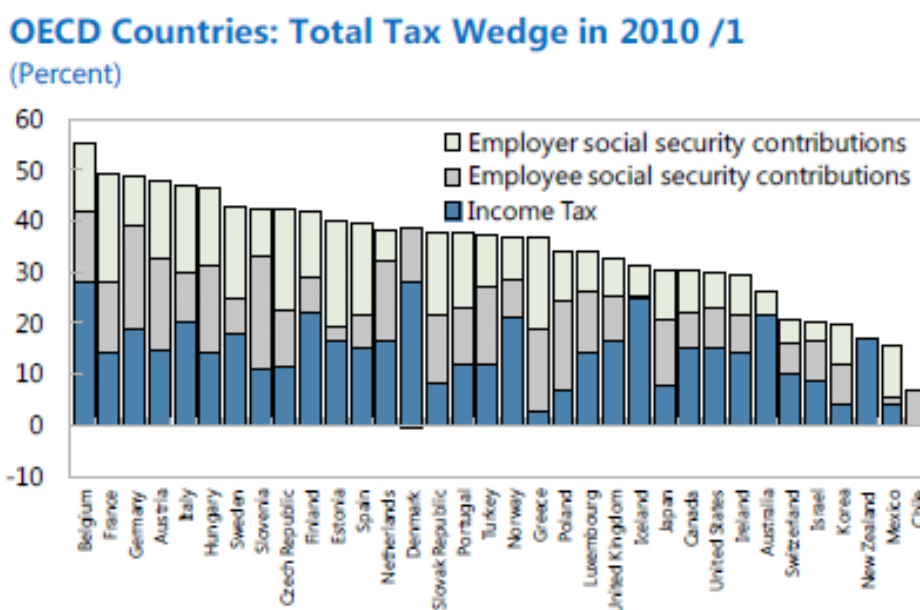


Source : Figueras & McKee, 2012

En outre, nous connaissons l'effet à la hausse sur les dépenses de soins de santé de l'augmentation des coûts d'investissement dans la technologie et l'innovation. Cela concerne les nouvelles options de soins à financer qui s'ajoutent annuellement au budget total. Parallèlement à ces options de soins, les attentes et demandes de soins des patients sont également en augmentation (Figueras & McKee, 2012). Avec une vitesse qui dépend du pourcentage présupposé de croissance des dépenses de soins de santé (en 2012: 2%, en 2013 et au-delà: 3%), nous n'allons pas pouvoir éviter la consommation accrue de nos ressources financières disponibles. En combinaison avec le problème d'une capacité réduite en raison d'un ratio de dépendance doublé, ceci offre une perspective d'avenir inquiétante sur la viabilité à long terme de notre modèle de financement des soins. En effet, la question est relativement simple: d'où proviendront les ressources moins disponibles pour couvrir les dépenses croissantes de soins de santé?

S'il y avait de la marge ailleurs, il ne serait pas aussi difficile de répondre à cette question. Cependant, comme le montre la Figure 3, cela n'a rien d'évident en ce qui concerne les cotisations sociales et la taxation. Même les propres contributions directes du patient au paiement des soins de santé en Belgique ont atteint leurs limites. En tant que citoyen et en comparaison avec la moyenne de nos pays voisins, nous payons déjà de notre poche deux fois plus, dès l'instant où nous bénéficions de soins: 20% en Belgique contre 5,7% aux Pays-Bas, 7,3% en France, 11,5% au Luxembourg, 11,4% au Royaume-Uni et 13,1% en Allemagne (Itinera, 2012). En outre, nous constatons que cette charge financière évolue progressivement vers les soins ambulatoires, chroniques et à long terme, en plus de notre focalisation sur les centres hospitaliers traditionnels. Il s'agit là d'une situation à laquelle notre financement n'est absolument pas préparé.

Figure 3. La charge fiscale totale comparée dans les pays de l'OCDE



Source: OECD, Taxing Wages Database.

En raison de la pression croissante sur l'accessibilité des soins, il se produit une évolution insidieuse vers une plus grande utilisation d'assurances complémentaires en vue d'obtenir une protection suffisante contre les conséquences financières de la maladie. Nombreux sont ceux qui se préoccupent du fait que le système public puisse être compromis dans le long terme, et qu'on en arrive à des soins à deux vitesses. En effet, même les primes prépayées des assurances complémentaires ont fortement augmenté au cours des 10 dernières années. Pour le groupe-cible de plus en plus pertinent (personnes âgées, personnes fortement dépendantes et malades chroniques), ces polices deviennent aussi de plus en plus difficiles à payer, à moins de s'être affilié jeune et en bonne santé. Ce problème se concrétise par exemple au moment du passage à la pension, lorsque cessent les assurances collectives. En outre, les patients présentant des antécédents médicaux bénéficient plus difficilement d'une couverture de risque lorsqu'ils frappent à la porte d'une assurance complémentaire. Les soins de longue durée en revalidation ou en psychiatrie sont même souvent exclus de la couverture. Et il est frappant de constater que les postes de frais propres aux soins ambulatoires et à ceux qui domineront dans le futur sont souvent peu ou pas couverts par les assurances complémentaires. Lorsqu'ils sont bien couverts en tant que partie d'une police, avec inclusion de la période précédant et suivant l'hospitalisation, cela concerne les options de police comparative-ment plus chères.

Ne soyons pas non plus trop pessimistes. En Belgique, 99% de la population est encore couverte financièrement pour une grande part des dépenses de soins de santé par les assurances publiques et/ou complémentaires. La part publique offre un paquet de soins fixe à tous. Nous contribuons tous au prorata de nos reve-

nus et redistribuons des ressources importantes sur base de la solidarité. Nous avons le choix de décider chez qui nous prenons une assurance publique et, éventuellement, complémentaire. Cependant, pour conserver tous ces acquis et pour se réorienter face au futur profil plus fragile du patient, nous devons oser penser de l'avant. Dans cette note, nous nous concentrons uniquement sur de possibles réformes du modèle de financement, et non sur les autres pistes qui pourraient être explorées simultanément (système de paiement pour les prestataires de soins, la fixation du prix des médicaments, etc.). Par "modèle de financement", nous entendons les sources pour la collecte des ressources, la manière dont sont réunies les ressources financières (pooling), qui se charge de la gestion, et la façon dont se déroule la répartition des ressources pour la couverture des soins chez les personnes confrontées à la maladie (achat des soins).

Les discussions à propos du modèle de financement sont souvent écartées, en raison à la fois de la valeur établie du système actuel et des points de vues fortement idéologisés. Cependant, au départ d'une attitude positive axée sur les solutions possibles et sur la sauvegarde du positif propre à notre système de soins de santé, il importe d'être en mesure de réfléchir ensemble aux fondamentaux. Nous allons donc examiner dans cette note dans quelle mesure une réforme du modèle de financement pourrait ou non apporter une réponse (partielle) aux grands défis auxquels nous sommes confrontés: conservation de l'accessibilité des soins, préservation de la capacité d'innovation, préservation ou amélioration de l'accessibilité financière pour tous les citoyens (y compris les groupes vulnérables), et préservation ou amélioration du niveau de choix et de liberté individuels. Chez Itinera, nous sommes bien conscients de ce que cette note ne peut être qu'une première étape vers le débat,

en délimitant le cadre du sujet et en formulant les possibilités. Cela signifie donc que nous ne concluons pas cette note avec la solution ou la marche à suivre absolues. Nous essayons d'aborder le matériel essentiel, sur lequel chacun des acteurs pourra se baser par la suite, avec sa contribution propre, pour ce débat fondamental.

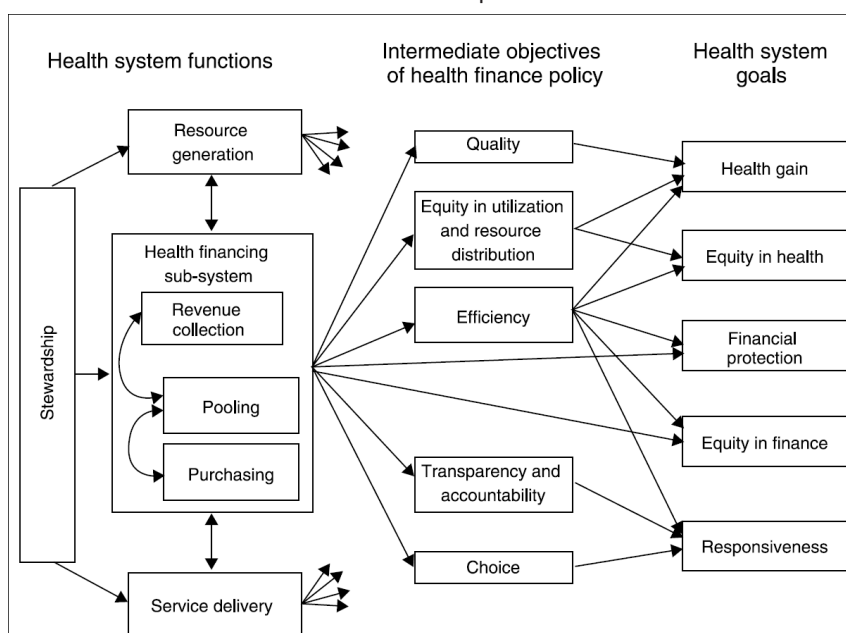
Pratiquement, nous procéderons comme suit. Dans une première section, nous utiliserons le cadre d'intégration de l'OMS afin de mieux concrétiser le concept abstrait du modèle de financement. Il s'agit d'un volet théorique, nécessaire à une bonne structuration de la suite. Nous décrivons ensuite brièvement le modèle belge de financement actuel, avec quelques chiffres. Six scénarios pour une évolution potentielle des mécanismes de contribution sont présentés, avec leurs avantages et leurs inconvénients: (1) cotisations sociales publiques, (2) impôts et subsides, (3) assurances complémentaires et/ou de remplacement, (4) épargne, (5) paiement privé et/

ou ticket modérateur (6) emprunt et/ou fonds d'investissement privés issus de capitaux extérieurs. Dans une troisième section, nous rassemblons tous ces éléments, tandis que nous nous attardons sur certains plans du gouvernement dans le sens d'un nouveau modèle de financement. Ces plans se situent principalement au niveau de la politique flamande, à côté du fédéral. Enfin, nous formulons des recommandations qui, grâce à un débat public, peuvent servir de premiers jalons vers des solutions plus générales pour les défis financiers des soins auxquels la Belgique sera de plus en plus confrontée.

Analyse des modèles de financement des soins sur la base d'un cadre d'intégration

La Figure 4 montre le cadre d'intégration du financement des soins, tel que décrit dans plusieurs publications de l'OMS.

Figure 4. Objectifs et fonctions d'un modèle de financement pour les soins



Source : OMS, 2006

Tout système de financement des soins est fondé sur les objectifs qui reflètent les valeurs fondamentales prioritaires en relation dans une société: les effets sur la santé pour le patient, la protection universelle contre le risque financier ('financial protection' et 'equity'), et la réponse aux attentes et aux préférences du patient ('responsiveness'). Dans notre société, outre les effets sur la santé pour le patient, la protection financière est tout à fait essentielle. Cela signifie qu'on ne s'appauvrit pas en raison du paiement des soins, et qu'en conséquence, on n'est pas confronté à une dichotomie entre santé et prospérité (OMS, 2006). La solidarité signifie que la charge financière est répartie équitablement, de manière à ce que les personnes à faibles revenus ne paient pas plus, proportionnellement parlant, que les personnes aux revenus plus élevés. Une telle solidarité couvre toutes les dépenses : cotisations sociales, impôts, primes prépayées, contributions personnelles pour soins reçus, etc. Pour chacune de ces sources de financement, la répartition est donc importante. La solidarité est d'autant plus importante dans les moments difficiles, et à mesure que les dépenses de soins de santé augmentent (OMS, 2000).

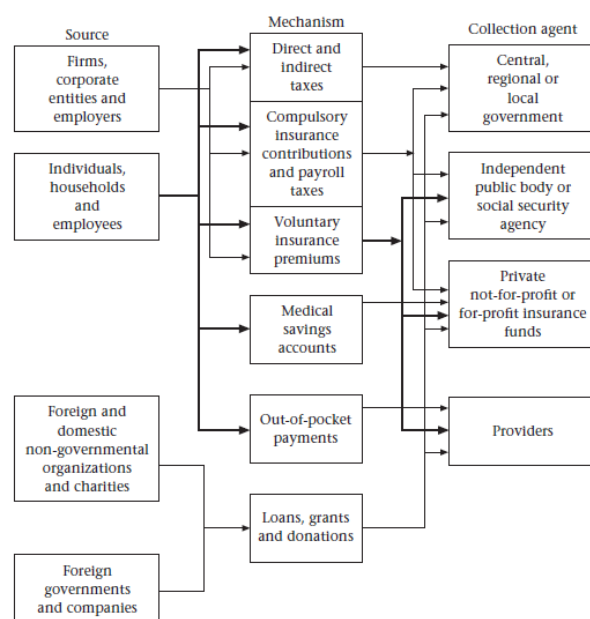
En outre, nous vivons dans une société où non seulement le collectif, mais aussi l'individu est important. Nous aimons avoir la liberté de pouvoir choisir nous-mêmes combien nous sommes disposés à payer pour les soins, ce que nous souhaitons couvrir ou non, et quel montant de risque financier nous estimons acceptable. Tout ceci mis ensemble donne forme à nos attentes individuelles en matière de financement des soins. Certaines personnes sont plus allergiques au risque que d'autres. Certains souhaitent plus de confort ou de luxe lorsqu'ils passent par un épisode de soins; d'autres ne peuvent se permettre ces extras. En tant que société, nous admettons ici une marge de liberté, sur la base des choix et de la responsabi-

lité individuels. Il est évident que l'équilibre délicat entre les effets sur la santé, la protection financière, la solidarité et la liberté de choix porte en lui une tension unique. Pour atteindre ces objectifs, le système de financement fait usage de trois sous-fonctions : la collecte des recettes, la mise en commun des fonds, et l'achat des soins.

Collecte des recettes

Les fonds pour le paiement des soins sont recueillis au moyen de différentes méthodes de contribution provenant de diverses sources de financement initiales (voir Figure 5). Nous reviendrons sur chacun de ces mécanismes dans la section suivante.

Figure 5. Sources de financement et méthodes de contribution



Source : Mossialos et al., 2002

Il est cependant d'une importance cruciale de réaliser que la population est la source d'où l'on peut tirer toutes les ressources financières. Le gouvernement en soi n'est pas une source. Il recueille simplement les taxes sur les revenus de la population. Il en va de même pour les cotisations sociales, qui sont gérées par l'INAMI, ainsi que pour les primes prépayées des mutualités et des compagnies d'assurance. Les contributions par l'épargne, le ticket modérateur, les prêts, les investissements et les dons proviennent toutes de cette même société en tant que collectif d'individus. Essentiellement, la distinction entre le droit collectif et le droit individuel au remboursement des soins importe déjà à ce niveau, vu que cela est lié ou non à la contribution aux revenus. Il y a là une gradation claire. En principe, tout le monde peut profiter des recettes fiscales et des subventions en tant que source collective. Pouvoir compter sur l'apport émanant des cotisations sociales dépend toutefois du fait d'avoir déjà cotisé soi-même par le passé. Ce n'est donc, par définition, pas d'application pour tout le monde. Les primes versées à une mutualité ou à un assureur privé connaissent d'une part un droit collectif pour les membres, et aussi un droit individuel d'autre part. L'épargne, le ticket modérateur, les prêts, etc. en tant que mécanismes de contribution ne connaissent aucun droit collectif d'utilisation.

Il existe en outre une hiérarchie valable en ce qui concerne la progressivité de chacune des méthodes de contribution. La progressivité signifie la mesure dans laquelle les personnes à plus faibles revenus doivent supporter comparativement moins de charges financières en matière de soins, alors que la régressivité implique le contraire : les faibles revenus contribuent comparativement plus que les revenus plus élevés. En haut de l'échelle de progressivité, on trouve les impôts sur le revenu et les cotisations sociales. Les assurances complémentaires avec différen-

ciation des primes en fonction du risque sont moins progressives. Suit l'épargne. La cotisation propre/ticket modérateur constitue la méthode de contribution la moins progressive. Pour évaluer la progressivité d'un modèle de financement avec une combinaison de méthodes, il convient de prendre en compte la moyenne pondérée du mélange de mécanismes.

Pooling

Le pooling concerne l'accumulation des recettes prépayées, ainsi qu'une éventuelle redistribution des fonds entre les pools via la péréquation des risques pour soutenir la protection financière. Ainsi, par exemple, chaque mutuelle et chaque assureur bénéficie de son propre pool de recettes perçues. Quelques questions pertinentes relevant de cette sous-fonction: Une ou plusieurs organisations de pooling sont-elles disponibles? Peut-on ou non choisir soi-même l'organisation de pooling à laquelle on s'affilie? Et ainsi de suite.

Le pooling réduit l'incertitude et stabilise la disponibilité des fonds. En matière de ressources fiscales, il n'existe qu'un grand pool, disponible pour toute la société. Le pool est plus petit pour les cotisations sociales, quoique encore très vaste toutes proportions gardées. La fonction de pooling crée aussi une distinction claire entre les mécanismes de contribution avec les seuls droits individuels. Les assurances complémentaires de mutualités et les assureurs privés montrent encore un pooling de grande dimension des primes de tous les affiliés. La dimension du pooling de l'épargne est réduite, en raison de l'accumulation préalable des fonds au fil du temps. Les contributions personnelles et les prêts sont en tant que mécanismes dépourvus de toute forme de pooling destiné au soutien de la protection financière.

Achat des soins

L'achat des soins représente le transfert des fonds, issus ou non de pools, vers les prestataires de soins. Le droit à une compensation financière par intervention de soin déterminera si l'acheteur (le gouvernement/l'INAMI, la mutualité, l'assureur et/ou le patient) paiera en puisant dans les fonds issus des pools ou non. Parfois, pour certaines interventions de soins, ce droit est totalement absent (pleine contribution personnelle du patient en tant qu'acheteur). Le droit est parfois partiellement présent (ticket modérateur du patient en tant qu'acheteur partiel). Par le biais de décisions concernant la couverture, on peut réduire la croissance des dépenses de soins de santé en termes d'étendue (qui en est/n'en est pas), de champ d'application (la suppression de la compensation pour des interventions spécifiques de soins) et de profondeur par la limitation des prix (ticket modérateur) (Thomson et al., 2009). Si ces interventions sont indépendantes de la nature responsable ou non des soins par indication, elles sont cependant risquées, à moins qu'une aide financière alternative ne soit créée.

Stewardship

Chacune des sous-fonctions du modèle de financement est contrôlée par 'stewardship'. C'est-à-dire la gouvernance de toute(s) les organisation(s) qui met(tent) en œuvre les sous-fonctions, et prévoi(en)t une régulation en vue d'un fonctionnement optimal. La gouvernance, la régulation et l'information sont importantes pour chacune des fonctions (collecte des recettes, pooling et achat des soins), pour s'aligner au mieux avec les objectifs décrits précédemment. Il convient de faire remarquer que, par définition, la source du financement ne détermine pas en soi l'organisation, les mécanismes d'allocation et la réalisation de chaque objectif. La distinction classique entre, par exemple, Beveridge et Bismarck, a cer-

tainement sa valeur, mais ne doit pas conduire à ce qu'on pense de manière trop cloisonnée en ce qui concerne l'évaluation des objectifs et des réformes éventuelles (OMS, 2006). Nous courons sinon le risque de perdre de vue, d'emblée, des options politiques pertinentes. Il n'y a pas de liens rigides entre la source du financement et la manière dont doivent être organisés le pooling et l'achat des soins.

La durabilité du système de financement sur le long terme est principalement déterminée par la mesure dans laquelle sont réalisés les objectifs prioritaires du système lui-même : bons effets sur la santé, protection et solidarité financières, et liberté du choix. Deuxièmement, et dans une mesure fortement croissante comme décrit ci-dessus, on ne peut cependant pas ignorer les contraintes externes budgétaires/financières pour atteindre les objectifs (OMS, 2006). Il faut en effet pouvoir mobiliser des ressources financières et maintenir un équilibre avec le total des dépenses publiques. Plus précisément, les revenus (la somme des impôts/subsides, des cotisations sociales, des primes, des cotisations personnelles, etc.) doivent correspondre aux dépenses (le prix multiplié par la quantité de prestations de soins) sans devoir constamment fouler aux pieds les contraintes externes budgétaires/financières (Mossialos et al., 2002).

La réduction des déficits actuels et futurs entre les revenus et les dépenses des soins de santé est donc une condition essentielle pour conserver un système de soins de santé qui fonctionne valablement. Certains pays limitent davantage les interventions financières ou les soins pour lesquels elles s'appliquent. Cependant, ce sont là des réductions temporaires de déficit, qui pourraient dans le long terme mettre en péril les objectifs prioritaires du financement des soins de santé (OMS, 2006). Dans un monde globa-

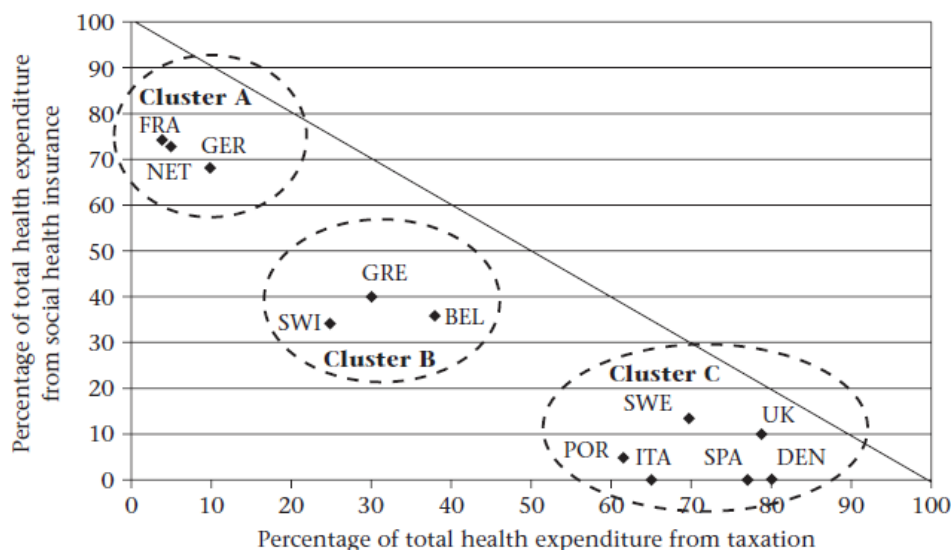
lisé, avec une pression à la baisse sur les impôts et les frais salariaux afin de rester compétitif sur le plan international, de tels trade-offs vont continuer à croître. Il est d'autant plus important d'arriver à une décision consensuelle plutôt que d'attendre le résultat implicite de l'inertie. Le concept de modèle de financement, accompagné de ses objectifs et de ses fonctions, étant à présent expliqué, nous passons à la description du modèle belge de financement des soins de santé, et examinons six scénarios possibles de réforme de ce modèle.

Le modèle belge de financement des soins: quelques chiffres-clés

La Figure 6 montre la situation de la Belgique en 2000 en ce qui concerne la part des coti-

sations sociales et des impôts dans le financement des soins, en comparaison avec d'autres pays européens. Avec la Grèce et la Suisse, nous avons clairement adopté une position de juste milieu, avec une proportion égale des deux sources. Il convient de remarquer que lorsqu'on regarde les autres pays, on se rend compte que ce n'est pas nécessairement le choix politique évident, tel qu'on le présente souvent en Belgique. L'Allemagne, la France et les Pays-Bas insistent beaucoup plus sur les cotisations sociales (le modèle d'assurance sociale), avec des chiffres situés autour d'une proportion de 70%. Beaucoup d'autres pays, comme les pays scandinaves et les pays méridionaux, basent leur financement des soins de santé quasi exclusivement sur les recettes fiscales.

Figure 6. Proportion de contribution des cotisations sociales et des impôts pour le financement des soins de santé: une comparaison internationale



Key: BEL, Belgium; FRA, France; DEN, Denmark; GER, Germany; GRE, Greece; ITA, Italy; NET, Netherlands; POR, Portugal; SPA, Spain; SWE, Sweden; SWI, Switzerland; UK, United Kingdom.

En Belgique, 71,3% des soins de santé sont financés par le secteur public, dont la plus grande part via l'assurance maladie obligatoire de base, plus quelques pourcents supplémentaires directement par le gouvernement. En elle-même, l'assurance maladie obligatoire est cependant supportée pour 24% via les impôts (environ 50/50 impôts directs et indirects, comme la TVA), outre les 66% émanant des cotisations sociales et les 10% provenant d'autres caisses de sécurité sociale.

Les contributions personnelles du patient concernent 25% du total des dépenses de soins de santé, dont 14% complètement issus de fonds propres, 6% de ticket modérateur et 5% couverts

via les assurances complémentaires volontaires (voir aussi Itinera, 2012). Nous pouvons diviser ces 5 derniers pourcents en environ 3% supplémentaires via les mutualités, et 2% par le biais des assureurs commerciaux. En 2006, la facture maximale basée sur les groupes-cibles vulnérables n'a couvert qu'1% des dépenses totales des soins de santé. Les frais administratifs de l'INAMI, à titre d'administrateur fédéral du modèle de financement, étaient également de 1%. Les mutualités, pour ce qui est de leur rôle dans les dépenses publiques (assurance maladie générale), ont généré 2,5% de frais administratifs. Ceci correspond environ à 1 milliard d'euros, un montant qui permet de couvrir intégralement la médecine générale en Belgique.

Deux mondes de financement des soins dans le système actuel belge, avec une approche totalement différente de la réduction du risque

A travers divers pays, dont la Belgique, on peut établir que les fonctions du modèle de financement sont organisées au sein d'une double approche polarisée. Il y a d'un côté le système public, avec une concurrence très réglementée entre les mutualités. On trouve d'autre part le système privé, où la concurrence est totalement ouverte, bien que la réglementation augmente ici aussi. Dans la pratique, il arrive que les rôles des deux systèmes s'entrecroisent. Il est cependant frappant de constater à quel point le phénomène du risque de maladie et de besoins en matière de soins est abordé différemment et de manière polarisée dans les deux systèmes. Dans le système public, on ne peut pas faire de différence en matière de prime ou de cotisation du patient en fonction de son risque. Dans le système privé, une évaluation aussi précise que possible de la prime en fonction du risque est l'un des principes fondamentaux du système d'assurance. Dans l'option publique, la charge financière est intégralement répartie sur la collectivité. Dans l'option privée, on conserve l'essentiel de la charge financière au niveau individuel. La première renforce la solidarité et l'accessibilité, la seconde renforce les possibilités de choix, et les éventuels incitants de prix et de qualité en raison de la concurrence. Dans les deux systèmes, mais bien plus dans le privé que dans le public, on court le risque de la "sélection adverse". Cela signifie qu'un assureur fournissant un bon travail, et qui donc finance des soins proportionnellement meilleurs ou plus étendus, attire une clientèle de personnes à plus haut risque. Il doit en conséquence augmenter ses primes pour rester rentable, perd les clients en meilleure santé et, par ce cercle vicieux, finit par se retrouver hors du marché. Pour contrer cet effet pervers, le risque existe que l'assureur lui-même, réaction perverse elle aussi, fasse usage de la sélection du risque, pour attirer stratégiquement les personnes "en bonne santé" et tenter de rejeter les personnes en moins bonne santé". La question qui découle de cette dichotomie dans l'approche est de savoir pourquoi le financement des soins doit prendre forme d'une manière aussi polarisée. Souhaitons-nous ne pas tirer profit des objectifs et avantages du secteur privé dans la part publique? A l'inverse, ne souhaitons-nous pas intégrer dans le secteur privé les mécanismes de sécurité du public? Nous constatons qu'on s'oriente effectivement, internationalement parlant, vers un plus juste milieu.

Scénarios de réforme du modèle belge de financement

Scénario 1. Expansion via les cotisations sociales publiques

Etant donné que les cotisations sociales publiques constituent historiquement parlant la source principale de notre modèle de financement actuel, il est logique d'élaborer sur cette base un premier scénario de réforme. Cependant, comme décrit plus haut dans la section d'introduction, c'est justement cette source qui s'assèche progressivement en raison de l'évolution du taux de dépendance entre participants actifs et non-actifs. En effet, les cotisations sociales des travailleurs et des employeurs sont liées à l'emploi. Nous parlons ici d'un système pay-as-you-go, où les ressources entrantes de tous les travailleurs et employeurs sont immédiatement utilisées pour couvrir les besoins concomitants en matière de soins de santé. Le déséquilibre croissant finit par menacer la capacité financière de l'ensemble du système (Thomson et al., 2009). En tant que ressources, les cotisations sociales ne sont plus en équilibre depuis plusieurs années déjà avec les dépenses de soins de santé liées à l'assurance maladie obligatoire, et sont donc de plus en plus compensées par l'apport des recettes fiscales (scénario 2). En outre, les cotisations sociales contribuent non seulement au financement des soins de santé, mais aussi aux pensions et aux autres postes de dépenses de la sécurité sociale.

Une augmentation de la cotisation sociale publique en tant que pourcentage du paiement du salaire de l'ensemble de la population active, combinée à une augmentation des cotisations patronales, est à l'évidence un scénario que les décideurs politiques actuels ne sont pas prêts à suivre. La willingness to pay des citoyens au niveau individuel, disposés à payer un supplé-

ment pour de bons soins de santé, est cependant particulièrement élevée (Schokkaert & Van de Voorde, 2010). Ceci reste une inconnue au niveau collectif. La solidarité implique en effet que les personnes relativement jeunes/en bonne santé et les personnes aux revenus plus élevés cotisent également pour couvrir les dépenses de soins de santé des personnes plus âgées/malades chroniques, et de celles qui sont plus serrées financièrement. On appelle cela la "subsidizing solidarity", en opposition à la "chance solidarity", à savoir la couverture réciproque du risque aléatoire de maladie, et du niveau des dépenses qu'il faut alors supporter.

Si, dans la population, il n'y a pas de problèmes pour élargir les cotisations sociales, il est temps selon certains de mobiliser la willingness-to-pay additionnelle. Toutefois, cela ne dépend pas uniquement de la willingness, mais également de l'ability to pay (OMS, 2009). En soi, une telle augmentation correspondrait dans ses effets macro à une augmentation des impôts, tant pour les travailleurs que pour les employés, dans un pays déjà particulièrement saturé à ce niveau (voir plus haut). Ceci implique des risques en ce qui concerne le pouvoir d'achat/la consommation, et la compétitivité des entreprises belges. D'autres avantages et inconvénients d'une augmentation par le biais du mécanisme de contribution ne peuvent être déterminés que conjointement avec l'évaluation du pooling et de l'achat des soins dans notre système.

Avantages (voir Saltman et al., 2004):

- En raison du rôle des mutualités, celui de l'Etat est plus défini, dans une approche pluraliste des négociations corporatives avec les représentants des sous-secteurs.
- L'accent est mis sur la répartition à partir d'un objectif explicite de solidarité (OMS, 2006). Il y a, dans le cadre des considéra-

tions de l'"ability to pay", un haut niveau de progressivité (les hauts revenus cotisent proportionnellement plus, et non l'inverse).

- Il y a un choix entre six prestataires de l'assurance maladie obligatoire de base, à laquelle on peut souscrire sans distinction individuelle ni examen médical (OMS, 2000). On peut aussi passer assez facilement d'une mutualité à une autre. Le niveau de concurrence est suffisamment fort pour attirer des membres (Schokkaert & Van de Voorde, 2010).
- Le pooling et la péréquation des risques au niveau national conduit à une bonne répartition des risques et aux subventions croisées (OMS, 2006). Hypothétiquement parlant, une innovation continue peut être introduite en ce qui concerne la conception de la péréquation des risques (Schokkaert et al., 1998; Stam & Van de Ven, 2008; Van de Ven, 2011).
- Les cotisations sont transparentes et indépendantes des risques. Les mêmes cotisations et le même niveau de couverture s'appliquent à tout le monde, indépendamment de la mutualité/caisse auxiliaire impliquée.
- Les coûts d'administration et de transaction associés à un marché comportant de nombreux fournisseurs sont partiellement évités (OMS, 2000).
- La satisfaction et le niveau de réponse aux attentes du patient sont légèrement supérieurs à ceux des modèles de financement strictement basés sur les impôts. Cependant, cela ne se traduit pas par de meilleurs effets sur la santé (Saltman et al., 2004).

Inconvénients :

- Aucune adhésion de nouvelles mutualités ou de nouveaux assureurs n'est possible. Cela limite les choix possibles et le niveau de concurrence dans une offre et une organisa-

tion les meilleures possibles des assurances maladies obligatoires (Saltman et al, 2004; Schokkaert et al, 2005; WHO, 2000). La concurrence basée sur le prix est à cet égard largement absente dans ce cas (Schokkaert et al, 2005).

- Il est question d'un marché extrêmement concentré. Les trois structures principales couvrent 90% de la population ; les deux plus grandes 75% (Schokkaert et al, 2005).
- La forte régulation risque d'aller au détriment de l'efficacité et de l'innovation (Van Doorslaer & Schut, 2000). En effet, les mutualités ne connaissent qu'une incitation et des possibilités restreintes, portant sur l'utilisation interne des avantages de l'échelle et de la portée, sur l'adaptation du financement aux préférences individuelles (via les complémentaires, voir ci-dessous), et sur un achat des soins tenant compte des frais effectifs. En ce qui concerne les déficits, une mutualité ne fait jamais l'objet d'un décompte financier de plus de 2% de sa part dans le total des dépenses de soins de santé. (voir encadré). En outre, ce type de couverture est en partie directement récupéré sur les membres, à titre d'apport pour un fonds de réserve (5 euros de prime par membre et par année). Les frais de ce type de système de financement, comparés à un système basé sur les impôts, seraient 1,16 fois plus élevés en raison de frais administratifs supérieurs, d'une intégration moins horizontale et d'une consommation de soins de santé plus importante (Saltman et al, 2004).
- En raison de l'imperfection de la péréquation du risque, une sélection du risque n'est pas à exclure (l'attrait des risques faibles par une mutualité, via par exemple les assurances complémentaires moins régulées) (Schokkaert & Van de Voorde, 2000; Buchmueller, 2009).

- Dans ce type de modèle de financement, on utilise relativement plus de corrections portant sur le patient, comme le ticket modérateur (scénario 5), en comparaison avec les systèmes basés sur les impôts comme dans la plupart des pays scandinaves. Ceci peut aller au détriment de l'accessibilité financière (Saltman et al., 2004).
- Les soins de santé sont payés de cette manière en tant que cotisation sur le travail, donc via les cotisations des travailleurs et des employeurs, alors qu'il s'agit d'un droit universel auquel chacun a droit.
- Cette méthode dépend de la mesure dans laquelle il est possible d'encaisser correctement les cotisations sociales, avec une minimalisation du travail au noir. Les cotisations sociales sont également sensibles à la conjoncture, via la relation avec le niveau d'emploi opposé à celui du chômage.

Se responsabiliser soi-même et responsabiliser les autres

En Belgique, la politique des soins de santé suit une logique budgétaire décisive, aux dépens ou non des objectifs principaux propres aux soins de santé. Il n'en va pas autrement dans le modèle de financement des soins. L'unique "responsabilisation" que connaissent les mutualités est le fait d'être récompensé (en cas d'excédents) ou sanctionné (en cas de déficits) pour 25% du fossé séparant les dépenses réelles des dépenses prévues. Cependant, en cas de déficit, la récupération auprès de la mutualité est limitée à seulement 2% de sa part dans le total des dépenses des soins de santé si globalement l'ensemble des mutualités connaissent un excédent de plus de 2%. Cette limitation n'est pas d'application pour les bonus que l'on peut récolter par la réalisation des excédents. Cette stratégie a été combinée pendant plusieurs années avec une norme de croissance des dépenses de soins de santé établie à 4,5%, alors que la croissance réelle s'élevait à 4% seulement. Avec un excédent budgétaire général de 0,5%, il n'a pas été difficile pour les mutualités d'enregistrer des excédents, chacune à son tour, indépendamment d'un fonctionnement efficace ou non. De cette manière, les mutualités ont acquis ces dernières années 501,6 millions d'euros en montants de primes. Nombreux sont ceux qui trouvent injustifiable cette construction actuelle de "responsabilisation" où l'on ne peut que gagner, et qui est indépendante de la qualité et de l'efficacité. On peut en tout cas se poser ici de sérieuses questions en période de pénurie budgétaire. En outre, les mutualités n'assument aucune fonction responsabilisante en ce qui concerne la prestation des soins, en vue d'assurer des soins efficaces et de qualité. Ces lacunes forment un contraste frappant avec les incitations qui sont pratiquées dans d'autres pays. Au moyen de "managed competition" et d'instruments tels que les contrats sélectifs, les incitations à la qualité, le suivi d'une exploitation adéquate des soins, etc., l'assureur est encouragé à d'effectives prestations ciblées, et peut à son tour, lors de l'achat de soins, encourager de même les prestataires de soins. La question est de savoir quand on passera enfin à un système comparable en Belgique.

Scénario 2. Expansion via les impôts comme source de subsides pour l'achat des soins

Nombre des avantages et inconvénients généraux liés à une augmentation des cotisations sociales, comme décrits dans le scénario 1, sont également d'application pour une éventuelle augmentation des impôts et des subsides, tels que par exemple les effets négatifs sur le pouvoir d'achat/consommation et la compétitivité internationale des entrepreneurs en Belgique. C'est ainsi cependant que les impôts peuvent enregistrer un apport bien plus large (travail, vente, TVA, import, location, actions, bénéfiques, etc.), et peuvent donc mieux répartir la charge d'une éventuelle augmentation (OMS, 2004). En cas d'extension éventuelle, il est également possible d'aborder de façon ciblée un ou plusieurs de ces apports. Dans ce cas, la taxation indirecte est plutôt régressive (une charge supplémentaire égale pour tous, indépendamment du revenu), alors que la taxation directe est plus progressive (Mossialos et al., 2002). Cependant, la question est de savoir si ce scénario sera acceptable pour les décideurs politiques et l'opinion publique dans un pays où la pression fiscale est la plus haute. Comme déjà mentionné, une évolution insidieuse est en cours, où la taxation occupe une part de plus en plus importante dans le financement des soins et se substitue progressivement à la part des cotisations sociales.

Avantages :

- Il y a une grande part de versements anticipés, et la plus grande formation de pool (OMS, 2000). La relation du mécanisme de contribution avec la formation de pool doit toutefois être nuancée, puisqu'on les dissocie de plus en plus et qu'on les organise à un niveau commun, également pour les cotisations sociales et/ou les assurances complémentaires (voir l'Allemagne, les Pays-

Bas, etc.).

- On peut utiliser des échelles et des portées comparativement plus importantes pour minimiser les frais administratifs (OMS, 2004). Ces avantages diminuent toutefois à partir d'un certain point (OMS, 2000).
- La séparation entre cotisation et couverture des soins est la plus absolue au sein de ce système.
- Le gouvernement tient une forte position de monopsonne, en théorie un avantage pour pouvoir acheter des soins au meilleur rapport coût-efficacité possible (OMS, 2004).
- La couverture est automatique sur la base du fait d'être citoyen (ou résident). Il s'agit d'un système solidaire et progressif (OMS, 2004; 2006).
- La sélection des risques et la sélection adverse peuvent être totalement exclues (OMS, 2004).
- Il est question d'une responsabilité financière plus directe/incitation à l'équilibre budgétaire (OMS, 2004).
- On peut opposer plus de résistance aux attentes élevées du patient, dans la mesure où celles-ci ne sont pas indiquées et défavorables à l'équilibre budgétaire.
- Le modèle de financement dépend également d'un processus politique collectif de décision, et moins d'un marché d'influences sur le comportement. Selon la position de chacun, ceci peut être interprété comme un avantage ou un inconvénient.

Inconvénients :

- Une régulation forte se fait parfois au détriment de l'efficacité et de l'innovation (Van Doorslaer & Schut, 2000 ; WHO, 2004). Nous visons ici la lenteur et la rigidité bureaucratiques (Colombo & Tapay, 2004), qui semblent être propres à la gestion des services publics (OMS, 2004).
- Il n'y a pas d'adaptation du financement

aux préférences individuelles du patient (OMS, 2004).

- Il n'y a pas de concurrence entre les financiers, et donc aucune possibilité de choix pour le patient.
- Le fait de devoir répondre à de nombreux objectifs entraîne l'inefficacité. Il y a effectivement une pression politique qui s'exerce dans plusieurs directions (WHO, 2004).
- Cette méthode dépend de la mesure dans laquelle on peut effectivement encaisser correctement les impôts, avec une minimalisation de la fraude.

Notez qu'il existe aussi une caisse publique d'assurance soins en Belgique (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, CAAMI), en tant que sixième alternative aux cinq caisses d'assurance soins proposées par les mutualités (et au niveau flamand, une caisse d'assurance soins supplémentaire, proposée par un assureur privé). La CAAMI est une institution publique, dont le fonctionnement opérationnel est subsidié, afin de proposer l'assurance maladie obligatoire de base. La CAAMI ne peut pas proposer d'assurance complémentaire. On ne demande aucune prime, aucune cotisation. Une proportion limitée de la population belge opte pour l'affiliation à la CAAMI. La question est donc de savoir dans quelle mesure le citoyen soutient un glissement vers un système fondé sur une taxation plus large, s'il ne montre aucune préférence pour la redistribution actuelle des cotisations sociales et des subsides.

Scénario 3. Expansion via les assurances complémentaires ou assurances de remplacement

Nous discutons tout d'abord du scénario des assurances complémentaires, que nous connaissons déjà en Belgique. Nous revenons en dernier

lieu sur le scénario des assurances de substitution, sur la base de certaines expériences venant de l'étranger. Pour ce qui est des assurances complémentaires, nous faisons la distinction entre la part complémentaire, en général automatiquement annexée par une mutualité à l'assurance maladie obligatoire de base, et d'autres assurances volontaires proposées tant par les mutualités que par des assureurs privés. En effet, il n'est pas obligatoire de souscrire à une assurance complémentaire en Belgique. Cependant, une mutualité peut (et doit depuis peu) obliger ses membres à souscrire à certains éléments complémentaires de police, à titre de branche de l'affiliation. La quasi-totalité des mutualités connaissent de tels extras, lesquels sont automatiquement pris en compte en tant que prime annuelle par le biais des cotisations. Nous faisons en outre encore une différence entre les polices individuelles et collectives dans la part des assurances privées, par opposition aux mutualités. Nous parlons de manière globale des avantages et des inconvénients, à moins de viser de manière spécifique un sous-type bien précis.

Avantages :

- Il existe un pooling de risques considérable dans le marché de l'assurance complémentaire (Marquis & buntin, 2006). En ce qui concerne l'effet d'accessibilité financière, les assurances complémentaires sont dans une position intermédiaire, au-dessous des cotisations sociales et des impôts, mais au-dessus de l'épargne, des prêts, du ticket modérateur et des cotisations intégralement personnelles (Colombo & Tapay, 2004; OMS, 2006). Certains pays, dont partiellement la Belgique, ont instauré une réglementation destinée à renforcer le niveau de solidarité par les assurances complémentaires: droit à la même politique des prix, mêmes soins, sensibilité au besoin, l'évitement de l'opting out, péréquation des risques, etc., où le

- coût supplémentaire a été pris en compte dans le calcul de la prime globale (par exemple "community pricing"). Dans une telle approche, une assurance complémentaire se conforme de plus en plus aux règles publiques du jeu (Colombo & Tapay, 2004).
- Il y a un fort niveau de concurrence en vue d'attirer les membres. Il est aisé de passer de l'une à l'autre de ces assurances complémentaires. Sur le plan international, on a constaté que la concurrence sur les primes et les contenus de l'assurance peut donner lieu à un passage entre les fournisseurs, à savoir les mutualités et/ou les assureurs privés (Buchmueller, 2009).
 - Il n'existe pas en Belgique d'offre excédentaire de forfaits d'assurance, appliquée par un fournisseur. Ceci soutient la transparence du choix (Colombo & Tapay, 2004).
 - Les assurances complémentaires contribuent à combler les lacunes de l'assurance maladie de base, ainsi qu'à l'augmentation de la capacité du système (Colombo & Tapay, 2004). Elles sont en mesure d'injecter des ressources supplémentaires dans le système (Mossialos & Thomson, 2004).
 - Les assurances complémentaires proposent une offre plus différenciée, plus susceptible de rencontrer les attentes individuelles et les préférences du patient (Schokkaert & Van de Voorde, 2010). Les possibilités de choix et la flexibilité sont renforcées (Mossialos & Thomson, 2004).
 - Les assurances complémentaires peuvent soutenir l'innovation en couvrant de nouvelles options de soins prometteuses à un stade plus précoce, et remplir à ce titre une sorte de fonction de laboratoire (Mossialos & Thomson, 2004; Schokkaert & Van de Voorde, 2010).
 - En 2007, des réformes protectrices supplémentaires ont été mises en œuvre dans les

assurances privées, telles que les droits d'adhésion supplémentaires pour les maladies chroniques et les personnes handicapées, la continuation individuelle d'une police individuelle, le principe, appliqué aux polices individuelles, d'être assuré jusqu'au décès, une assurance ne pouvant donc plus être supprimée. La même chose est d'application pour le principe contre la discrimination en fonction du sexe. En 2007, des réformes similaires ont été mises en place dans les mutualités, telles que l'annulation d'un âge maximum d'affiliation, du refus basé sur l'historique, ou des restrictions en fonction de la catégorie professionnelle.

- Les situations de perte historiques de la dernière décennie et les hausses des primes correspondantes chez les assureurs privés ont été en partie liées à ces réformes récentes, et à un cadre juridique différent pour les mutualités et pour les assureurs privés, lequel s'est mieux unifié à partir de 2010, suite à la réglementation de l'Union européenne. Les réformes des mutualités concernent la forme juridique légale, les conditions d'autorisation, les réserves minimales, la solvabilité, les fonds de garantie, la formation du personnel et le paiement d'une taxe sur les primes de 9,25%. Il devrait résulter de tout ceci une concurrence plus uniforme.
- Souscrire à une assurance complémentaire peut être stimulé par le gouvernement via l'obligation et/ou les incitations fiscales (voir Colombo & Tapay, 2004 pour un aperçu). Comme la Belgique ne prévoit d'incitations fiscales que pour les employeurs et la souscription de polices collectives, et ne stimule que peu la souscription de polices individuelles en comparaison avec d'autres pays, il y a là encore un potentiel d'expansion. En revanche, les incitations fiscales peuvent introduire une plus grande part de régressi-

tivité en fonction de leur objectif, être essentiellement utilisées par les groupes cibles les moins vulnérables, et en partie fausser les signaux des prix en tant qu'indicateurs de la valeur réelle d'un produit d'assurance (Mossialos et al., 2002).

- Les assureurs complémentaires peuvent générer des moyens supplémentaires grâce aux revenus financiers des fonds communs et les injecter dans le système. Ceci soutient la séparation de la conjoncture locale, si on investit au niveau mondial dans des pays à croissance rapide comme la Chine et l'Inde. De cette manière on récupère chez nous une partie de leur prospérité.

Inconvénients :

- Les assurances complémentaires des mutualités obligatoirement couplées à l'assurance maladie de base en tant que partie de l'affiliation freinent la liberté de choix, la transparence, et donc la concurrence. Avec la nouvelle réglementation européenne, les mutualités sont même contraintes lors de l'affiliation à l'assurance-maladie générale, d'imposer à leurs affiliés un ensemble de services complémentaires pour une même prime. En tant que client, il est impossible dans cette situation enchevêtrée de se faire une opinion sur le degré d'efficacité avec lequel la mutualité a organisé et mis en œuvre l'assurance maladie obligatoire (scénario 1). Les membres ne peuvent réagir, avec sensibilité à la prime, au manque d'information concernant les prix de chacune des composantes prises individuellement.
- Les mutualités ne peuvent assurer complémentarément que leurs seuls membres. Ceci met un frein à une concurrence large.
- Les mutualités ne peuvent donc pas conclure d'assurances collectives, ce qui est autorisé pour les assureurs privés ; en général avec les employeurs, en tant que partie des avantages extra-légaux supplémentaires au profit des travailleurs. Ceci inhibe une forte concurrence. Cependant, les assurances collectives offrent des avantages en rapport avec le pooling de risques, les économies d'échelle, la marge de négociation/fixation des prix, la progressivité et l'expertise de la formation optionnelle (Colombo & Tapay, 2004; Donaldson & Gerard, 2005; Maarse & Ter Meule, 2006). De plus en plus d'achats groupés se font dans des pays comme la France, l'Irlande, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède, (Mossialos & Thomson, 2004). Ceci réduit aussi le risque de sélection adverse, si la classification du groupe de risque n'est pas déterminée (Lu & Jonsson, 2008). Toutefois, les polices collectives ne sont pas toujours disponibles pour les personnes âgées et les malades chroniques.
- Actuellement, les assurances complémentaires sont essentiellement axées sur la couverture des frais de soins de santé pendant l'hospitalisation, et dans une nettement moindre mesure pour les soins ambulatoires et/ou de longue durée. Compte tenu de l'évolution future du type de soins, une adaptation de la couverture est de première importance pour une possible extension.
- Au cours de la dernière décennie, les mutualités et les assureurs privés ont sensiblement augmenté leurs primes (ou franchises), afin d'être en mesure de supporter les dépenses croissantes des soins de santé et d'infléchir progressivement une situation de perte vers une situation d'équilibre ou bénéficiaire. La question se pose de savoir si l'introduction de l'indice médical (c'est-à-dire la mesure de l'évolution périodique de la charge brute des sinistres selon l'âge, le type de chambre et éventuellement d'autres critères) sera en mesure de contenir cette hausse des primes.

Comme on pouvait le prévoir, l'indice médical augmente plus vite que l'indice de consommation, conformément à la hausse générale des dépenses de soins de santé.

- De plus en plus de polices complémentaires excluent les frais de soins et services connexes, s'il n'y a pas de couverture des nouvelles techniques ou matériaux par l'assurance maladie de base. Ceci peut générer des coûts élevés inattendus à la charge du patient, et affecte la fonction expérimentale des assurances complémentaires.
- Le groupe, en croissance, des personnes âgées et des malades chroniques est comparativement moins en mesure de faire des choix ciblés entre différentes assurances complémentaires. Les individus jeunes et en bonne santé sont plus sensibles au prix (Buchmueller, 2009).
- Le passage d'une assurance à l'autre est souvent entravé par les frais de transaction et un manque d'informations (Colombo & Tapay, 2004)
- Le comportement du choix est souvent dicté par le volume en termes de ce qui est effectivement couvert, indépendamment de ce qui devrait l'être sur la base des sciences de la santé (Lako et al., 2011; Maarse & Ter Meule, 2006).
- Il y a un risque important de sélection adverse et de sélection des risques susceptibles de perturber un mécanisme de marché en bonne santé (Colombo & Tapay, 2004; Cutler & Zeckhauser, 2000; Donaldson & Gerard, 2005; Lu & Jonsson, 2008; Mossialos & Thomson, 2004; Schokkaert & Van de Voorde, 2010). Les clients jeunes et en bonne condition optent pour des forfaits moins complets, avec une prime plus faible et une franchise plus élevée. Les clients plus âgés et vulnérables souhaitent avant tout minimiser leurs propres dépenses de soins de

santé et le ticket modérateur. Une information asymétrique est à l'origine de tout ceci. Ceux qui savent d'eux-mêmes qu'ils représentent un risque élevé seront attirés par un bon plan large, étant donné la probabilité plus forte qu'ils ont d'en faire usage pour une même prime. Cela mène à diviser plus encore les deux types de plans en matière de prime. On en arrive ainsi à des segments différents (ou chez différents assureurs), ce qui va à l'encontre du pooling des risques. Bien que ce risque puisse être partiellement corrigé via la péréquation des risques, ceci n'est pas d'application actuellement en Belgique pour les assurances complémentaires.

- En dépit des réformes, il reste en ce qui concerne les assurances complémentaires une large possibilité de différenciation de la prime et de la police. Outre les avantages du choix et une plus grande précision dans la détermination de la prime, ceci peut renforcer le risque mentionné ci-dessus (Colombo & Tapay, 2004).
- Les assurances complémentaires entraînent également une demande supplémentaire de soins, spécifiquement induite ou non par le prestataire de soins en raison de la plus large couverture financière ("moral hazard" et "supplier induced demand") (Buchmueller, 2009; Colombo & Tapay, 2004; Donaldson & Gerard, 2005). Ici aussi, ce phénomène se constate surtout dans les groupes-cibles les moins nécessaires. La fonction expérimentale des assurances complémentaires, par le biais de soi-disant raccourcis, affiche sous cet éclairage un aspect négatif, lequel fait monter la pression dans les scénarios 1 et 2 sur les décideurs politiques, dans le but de couvrir aussi les soins non justifiés dans le secteur public.
- A l'étranger aussi, la concurrence n'a pas pu infléchir la hausse des primes (Maarse &

Paulus, 2011; Mossialos & Thomson, 2004). Outre une croissance naturelle, il existe le risque d'une croissance induite par l'augmentation des prix, si les parts de marché stagnent.

- L'oligopole/la formation oligopolistique présente également un risque réel pour le client en ce qui concerne les assurances complémentaires, même si cela représente un avantage en matière d'achat de soins de santé (Buchmueller, 2009). La plupart des pays souffrent d'une forte concentration du marché (Colombo & Tapay, 2004).
- Les assurances complémentaires ne sont pas la recette miracle contre la réduction des coûts. Elles n'induisent aucun glissement des frais du public vers le privé, car cela concerne souvent des services complémentaires, et non des services de remplacement. Les assurances complémentaires remplacent par contre les contributions personnelles et le ticket modérateur du patient (Colombo & Tapay, 2004). Dans un certain nombre de pays, on constate une augmentation des dépenses des soins de santé lors de l'introduction des assurances complémentaires. Ceci n'a rien de surprenant, puisque les assurances complémentaires apportent également plus de ressources financières dans le système. La pression effective sur les coûts dans le système public ne diminue pas (Tuohy et al, 2004). Cependant, les coûts supplémentaires peuvent être absorbés.

Les avantages et inconvénients ci-dessus se réfèrent à une application complémentaire des assurances. Une application de substitution des assurances signifie qu'on remplace réellement (partiellement) un système public, plutôt que de le compléter par un système d'assurances de différenciation des risques. Cependant, l'expérience de l'Australie et de l'Allemagne montre

qu'il peut effectivement en résulter un système à deux vitesses, en raison de la différence d'accès, de choix et d'utilisation des ressources (Colombo & Tapay, 2004). Le passage du public au privé entraîne également une perte de revenus/cotisations pour ce qui reste encore redevable de la part publique (Thomson et al, 2009). La substitution s'affranchit de la combinaison faible coût/bénéfices élevés, et mène à une régressivité financière de la part publique (Donaldson & Gerard, 2005). En Allemagne, les frais de la substitution dans le privé sont trois fois plus élevés que ceux des mutualités (Henke & Schreyogg, 2004). La substitution peut aussi introduire plus de listes d'attente publiques et d'autres inconvénients via des incitations perverses pour les prestataires de soins qui peuvent imputer des suppléments à certains, et pas à d'autres (voir l'Australie, la France, l'Irlande, le Royaume-Uni et les Etats-Unis). Ce dernier point surtout introduit un risque de traitement préférentiel (Colombo & Tapay, 2004; Van Doorslaer et al., 2004). En raison de ces inconvénients, nous n'examinons pas plus avant l'application de substitution dans ce rapport.

Il y a aux Pays-Bas un ensemble de règles, typique du système des cotisations sociales (community rating, péréquation des risques, etc.; voir scénario 1) combiné au statut privé, lequel est traditionnellement plutôt le fief des fournisseurs d'assurances complémentaires. Voir Enthoven & Van de Ven (2007) et Schut & Van de Ven (2011a) pour une argumentation plus détaillée. Les Pays-Bas sont en effet partis d'un système double où les deux parties coexistaient en tant que substitut, tout en étant destinées à plus d'intégration. C'est la politique qui a essentiellement inspiré le choix statutaire de garder à bord toutes les parties prenantes et de se conformer à la réglementation de l'Union européenne. On est pour l'instant parvenu à défaire partiellement les conséquences négatives

d'un système de substitution, grâce à l'intégration hybride (Schut & Van de Ven, 2011b). La situation actuelle belge diffère fondamentalement du point de départ des Pays-Bas.

Scénario 4. Extension de l'épargne

Dans le passé, l'épargne était le plus souvent assimilée aux contributions personnelles du patient comme scénario possible (voir scénario 5). La capacité d'épargne est en effet fortement liée au revenu (haute régressivité), et s'appuie sur la responsabilité individuelle, sans élément de solidarité collective (Buchmueller, 2009; OMS, 2002). En outre, d'un point de vue macro-économique, l'épargne est plutôt un instrument destiné à couvrir des dépenses futures prévisibles, dans la prévention comme dans l'ordre de grandeur du montant. A ces égards, les dépenses des soins de santé sont cependant imprévisibles. Épargner pour les risques les plus élevés exigerait en outre une grande part du revenu individuel, et désavantagerait ainsi le pouvoir d'achat et la consommation. En cas de paiement anticipé via les cotisations sociales et les assurances (scénarios 1 et 3), la consommation est seulement réduite à hauteur des montants qui correspondent normalement au coût moyen des soins (Cutler & Zeckhauser, 2000). Pour ces raisons, l'épargne en tant que scénario possible est le plus souvent utilisée uniquement de façon très ciblée. Par exemple, les soins dentaires liés aux caries sont d'un faible coût, d'une nécessité de soins prévisible et d'une haute élasticité à la demande. On peut en principe épargner dans ce but sans incidence négative sur le confort d'existence globale. La même chose s'applique pour les soins de bien-être. Toutefois, en ce qui concerne les soins médicaux urgents, (soins hospitaliers, par exemple) et les soins chroniques, on est dans une situation de faible prévisibilité, à haut risque et de faible élasticité à la demande.

Le gain en confort d'existence résultant de l'assurance est supérieur à celui engendré par l'épargne. Plus de voix se sont élevées récemment pour assurer également des aspects tels que les soins de bien-être et les soins dentaires, même au prix d'une certaine perte d'efficacité, de sorte que l'accessibilité financière puisse être étendue à de plus grands groupes de la population.

Cependant, l'introduction depuis les années 80 des "health savings accounts" et des "health reimbursement accounts", où Singapour surtout fait office de figure de proue, fait qu'il vaut la peine de regarder de plus près un scénario d'épargne dans le cadre d'une telle configuration. Avant de considérer les avantages et inconvénients, nous expliquons brièvement le fonctionnement de cet instrument.

Le principe d'un health savings account consiste à combiner un compte d'épargne individuel destiné à n'être utilisé que pour les dépenses de soins de santé avec un plan d'assurance assorti d'une franchise relativement élevée, et donc d'une prime plus faible. Le plan d'assurance, à titre de composante complémentaire adossée à la composante d'épargne ciblée, est destiné en ce qui concerne le contenu à couvrir uniquement la classe des soins les plus coûteux, et non celle des meilleurs marchés. Cela suppose donc que le patient fera appel à l'épargne pour les petits risques, et utilisera le plan d'assurance comme couverture pour les risques majeurs. Dans le cas d'un health savings account, le patient et/ou l'employeur verse l'argent sur le compte d'épargne réservé. A Singapour, cela se fait obligatoirement, conformément à notre système de cotisations sociales (y compris les avantages fiscaux), cependant sans pooling de personnes. Le montant épargné reste toujours la propriété du patient. Un health reimbursement account,

où seul l'employeur verse les cotisations et où l'argent épargné reste la propriété de ce même employeur, diffère donc sur ces points.

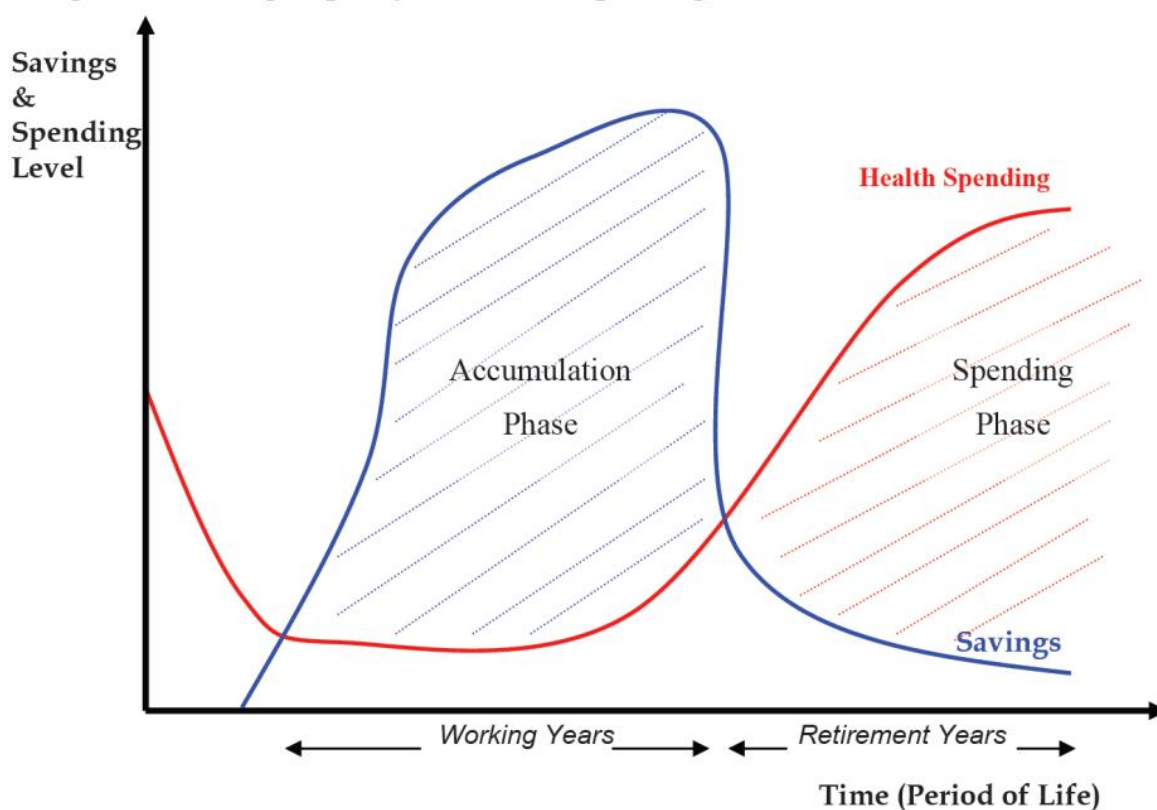
Avantages :

- La capacité d'épargne au cours du cycle de vie d'un individu permet globalement d'assurer les économies pendant les années de jeunesse, d'activité et de bonnes conditions de santé, économies qu'on peut utiliser comparativement plus durant la phase plus tardive de la vie (voir Figure 7) (OMS, 2002).
- Une composante de responsabilité individuelle (épargne) est combinée avec une com-

posante de pooling et de solidarité éventuelle (l'un des scénarios d'assurance : 1 et/ou 3).

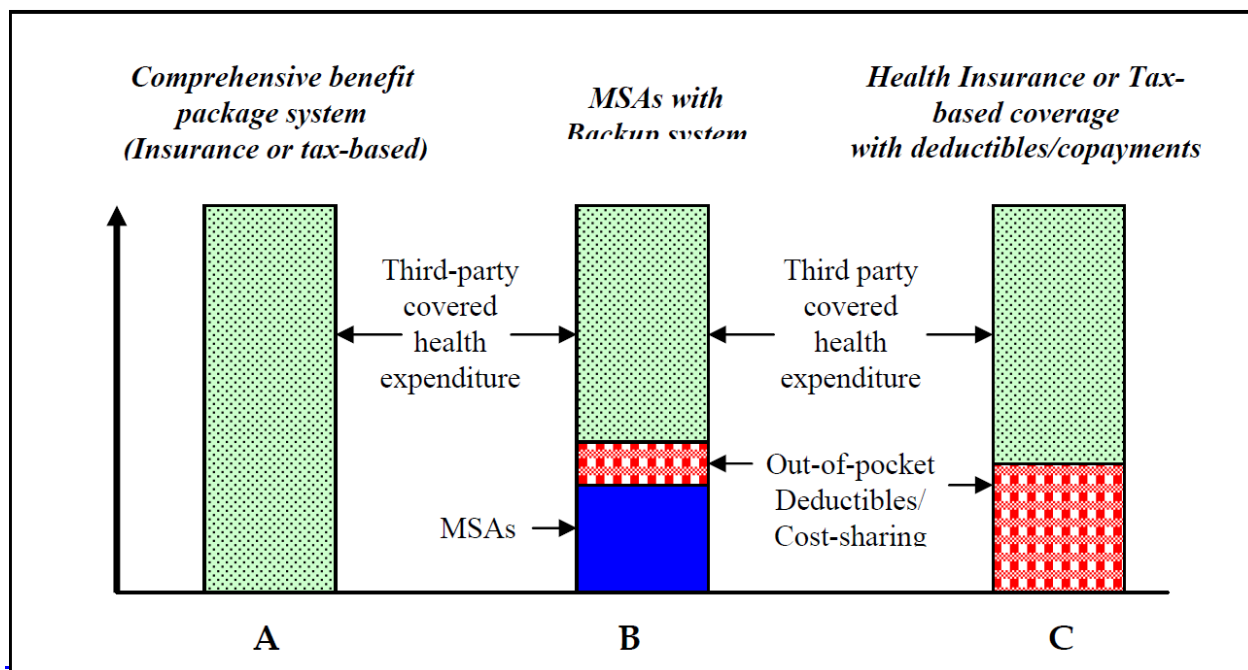
- Cet instrument comprend un tampon individuel plus fort en ce qui concerne l'accessibilité financière que le scénario des contributions personnelles et/ou ticket modérateur au moment des soins (scénario 5) (OMS, 2002). Voir Figure 8.
- En raison de la réduction d'un système pay-as-you-go, la charge intergénérationnelle est réduite (OMS, 2002).
- Grâce à l'intérêt, la part d'épargne crée des ressources supplémentaires qui sont introduites dans le système.

Figure 7. Diagramme de l'épargne et des dépenses des soins de santé au fil de l'existence



Source: OMS, 2002

Figure 8. Medical saving accounts (MSA) comparés aux contributions personnelles et/ou ticket modérateur



Source : OMS, 2002

Inconvénients :

- L'expérience des Etats-Unis montre qu'en cas d'offre volontaire de cette sorte de produit, parmi de nombreuses autres options d'assurance, le client opte rarement pour celle-ci en raison du manque d'expérience du produit, ce qui induit une certaine méfiance (Mossialos et al., 2002). A Singapour, le health savings account est utilisé comme élément obligatoire de l'assurance maladie de base.
- L'expérience internationale de cet instrument est limitée seulement. Un complément de recherche locale est indiqué si on envisage de l'introduire en Belgique.
- Si un tel système n'est pas obligatoire pour tous, et comme pour les assurances complémentaires (scénario 3), il existe un risque important de sélection adverse, les per-

sonnes plus jeunes/en bonne santé optant pour ce produit en raison des primes peu élevées, tandis que les personnes plus âgées/vulnérables le choisissent pour conserver un produit d'assurance traditionnel et plus complet. Ceci amoindrit le pool d'assurances de cette dernière catégorie (Buchmueller, 2009; Colombo & Tapay, 2004; Marquis & Buntin, 2006; OMS, 2000). Inversement, on peut répliquer que pour ce type d'instrument, l'objectif est de toute façon de démarrer suffisamment jeune pour assurer plus tard la transition vers la période de vie plus fragile avec plus de ressources en réserve. Le problème ne se pose pas avec une comptabilisation obligatoire introduite progressivement.

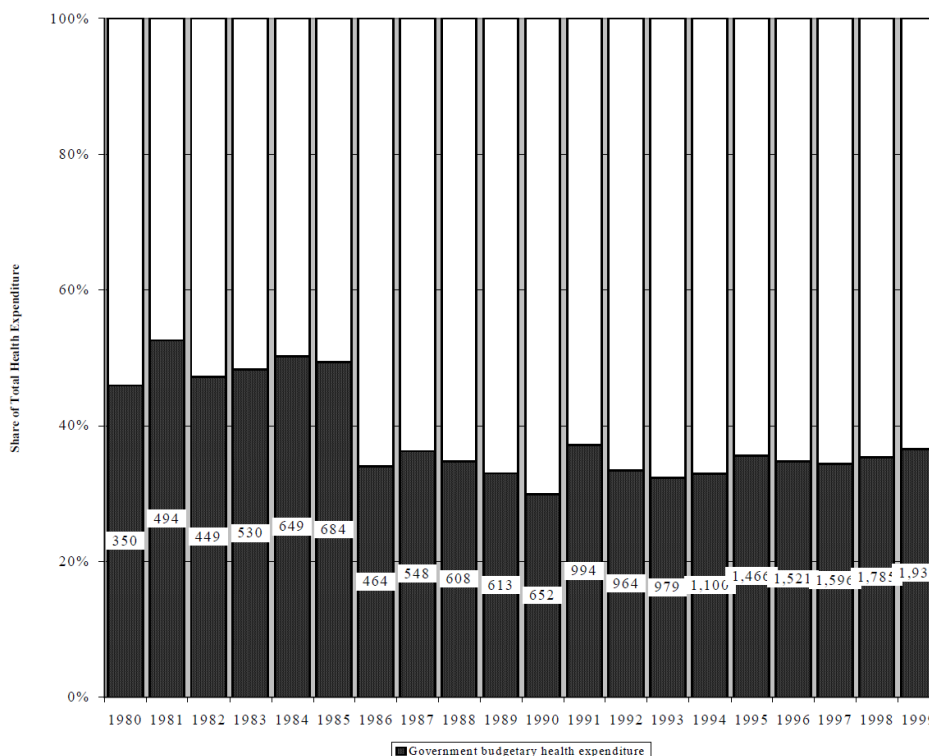
- La littérature concernant l'effet sur les dépenses globales de soins de santé n'est

pas claire. Dans un système libre avec le risque d'une sélection adverse, on constate, suite à une brève période d'épargne de 4 à 6% sur les dépenses globales de soins de santé, un effet de ralentissement progressif. La dépense moyenne par personne est plus élevée quelques années après la mise en œuvre. L'étude qui montre ceci mentionne bien des lacunes de conception de l'instrument examiné, et une fonction plus symbolique qu'effective du compte d'épargne (Buchmueller, 2009). Une autre étude n'a relevé aucune différence dans les dépenses globales de soins de santé (Buchmueller, 2009). A Singapour, avec la participation obligatoire, on constate cependant que les dépenses publiques totales des soins

de santé enregistrent, dans les années qui suivent la mise en œuvre, un net recul qui s'est maintenu pendant plusieurs années. (OMS, 2002; voir Figure 9). En outre, nous constatons que la croissance des dépenses totales des soins de santé, en comparaison avec celle du PNB et pendant les années qui ont suivi la mise en œuvre des MSA, était plus faible que la croissance enregistrée dans les autres pays de l'OCDE (OMS, 2002; voir Figure 10).

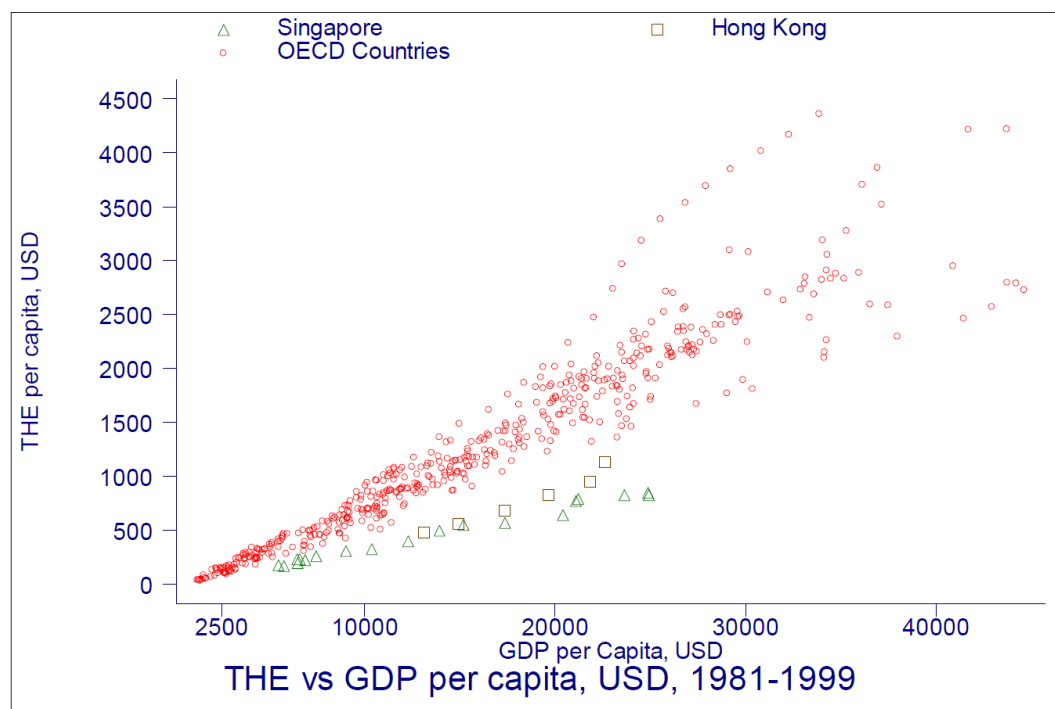
- Même à Singapour, la population reconnaît que le health savings account n'est pas l'instrument de toutes les solutions, mais qu'il peut contribuer à la réalisation des objectifs du modèle de financement des soins, combiné à d'autres scénarios (OMS, 2002).

Figure 9. Dépenses publiques totales des soins de santé à Singapour, avant et après la mise en œuvre des MSA



Source : OMS, 2002

Figure 10. Evolution des dépenses totales des soins de santé, comparée dans le temps à la hausse du PNB



Source : MOS, 2002

Scénario 5. Expansion via les contributions personnelles du patient et/ou le ticket modérateur

Comme décrit dans la section d'introduction, la Belgique utilise déjà en grande partie les contributions personnelles du patient et le ticket modérateur (une participation partielle du patient). Une franchise, dont le montant est variable en fonction de la police souscrite, est aussi fréquemment d'application en cas d'assurance complémentaire. L'objectif d'une pleine contribution personnelle du patient consiste normalement à dissuader de l'utilisation de soins qui ne sont pas indiqués. De cette façon, on contrôle également l'équilibre budgétaire général. L'objectif du ticket modérateur et de la franchise est la dissuasion de la surconsommation des soins, par l'instau-

ration partielle d'une charge financière individuelle (OMS, 2006).

Une pleine contribution personnelle, portée directement via le revenu du patient, est la plus appropriée pour des coûts relativement faibles de soins, dans une limite restreinte d'incertitude (OMS, 2000). L'intervention d'un pool, en raison des frais administratifs, n'intéresse en fait personne. Cependant, les mutualités comme les assureurs privés, assez curieusement, se concentrent dans une large mesure sur une couverture supplémentaire de ce segment. Ceci s'explique en partie par le fait qu'on bénéficie, pour cet aspect des soins, de plus de liberté pour jouer activement sur les préférences du consommateur (OMS, 2000).

La stratégie évidente du ticket modérateur, fréquemment utilisée au fil des ans en Belgique, n'est pas parvenue à inverser la croissance des dépenses des soins de santé. Evidemment, nous ignorons ce qu'aurait pu être notre position actuelle totale des dépenses avec un ticket modérateur moindre. L'instrument a peut-être été partiellement efficace. En effet, de nombreuses études suggèrent que ticket modérateur et franchise sont des freins effectifs à la consommation de soins (Buchmueller, 2009; OECD, 2010). Cependant, il existe tout autant d'études montrant que les contributions personnelles, le ticket modérateur et la franchise comportent de grands risques en ce qui concerne l'accessibilité financière et la qualité des soins (Mossialos et al., 2002). Cette stratégie est la plus régressive (une part proportionnellement plus grande de la prise en charge par les revenus les plus faibles) (Schokkaert et al., 2005). Il n'y a aucun pooling (OMS, 2000). Selon l'OMS (2006), l'out-of-pocket ne devrait pas dépasser les 15% en tant que part des dépenses totales des soins de santé. Le problème réside essentiellement dans le fait que cet instrument freine la consommation sur toute la ligne, indépendamment du caractère responsable ou non des soins. En tant que patient, on choisit ou décide de façon moins orientée, on recherche moins les soins, en évitant ou reportant les consultations et autres (Buchmueller, 2009; OMS, 2000). Nombreux sont ceux qui considèrent qu'un tel phénomène est irrecevable dans un pays développé, essentiellement car il touche surtout les plus vulnérables d'entre nous, autrement dit le profil de patients en forte hausse.

L'option consistant à augmenter de façon classique les contributions personnelles du patient et/ou le ticket modérateur est donc difficile à envisager dans notre contexte actuel. Ce sont plutôt un nivellement et une éventuelle réduction ciblée qui sont à l'ordre du jour. Nous nous réfé-

rons à cet égard aux autres scénarios qui peuvent compenser cela. Le ticket modérateur n'est utile que là où une surconsommation a été démontrée (OMS, 2000). Certains pays ont mis en œuvre un traitement de cet instrument plus axé sur la valeur, et considéré comme partie du projet des assurances (Choudry et al., 2010; OECD, 2009; Volpp et al., 2009). La meilleure solution à terme consiste à associer le ticket modérateur à la mesure du coût-efficacité des soins, et faire usage d'un système plus intelligent du ticket modérateur pour stimuler les soins essentiels et enrayer la surconsommation, plutôt que de tout freiner (Braithwaite & Rosen, 2007).

Scénario 6. Expansion via les prêts et/ou les fonds d'investissement privés

Nous pouvons être brefs en ce qui concerne l'emprunt d'argent comme source pour les dépenses des soins de santé. En effet, ceci accroît la charge financière comme décrit dans le scénario précédent, au lieu de la réduire. Un endettement consécutif aux soins est considéré comme indicateur de pauvreté, et doit absolument être évité.

Une autre option concerne les prêts et les montages d'investissement qui injectent des ressources plus directement dans les dépenses des soins de santé. Les partenariats public/privé, qui fournissent des fonds pour les travaux d'infrastructure dans les soins, en sont un exemple (Itinera, 2011). Dans quelle mesure une extension de ce type de constructions est-elle souhaitable pour soutenir aussi les soins quotidiens ? Nous entrons ainsi dans le domaine des organisations de soins à but lucratif, où les actionnaires investissent des capitaux dans les soins, et attendent en contrepartie un rendement à terme (return on investment) (Donaldson & Gerard, 2005). D'une part, ceci responsabilise financièrement l'organisation de soins. D'autre part,

on peut se poser la question de savoir si de tels objectifs financiers sont compatibles ou non avec le maintien des valeurs centrales propres aux soins et au modèle financier actuel (effets sur la santé, solidarité, etc.), et respectueux des contraintes budgétaires générales (Schokkaert & Van de Voorde, 2010). Nous pourrions rédiger un rapport entier sur ce sujet, mais ceci dépasse les objectifs de cette note.

Une option plus généralement acceptée consiste à investir dans des fonds d'épargne (partie du scénario 4) ou des réserves (partie du scénario 3), dont le rendement alimente donc les soins en tant que financement supplémentaire. Ceci implique une fois encore le danger lié aux placements trop risqués, comme l'ont montré les expériences récentes.

Les scénarios en pratique: réformes récentes et actuelles du modèle de financement mises en lumière

Le modèle financier belge se caractérise essentiellement par les cotisations sociales, les impôts et les contributions personnelles/ticket modérateur en tant que mécanismes de contribution. En outre, ceux qui sont conscients de la croissance des risques financiers des soins prennent de plus en plus une assurance complémentaire, via une mutualité et/ou un assureur privé. Sur le plan international, nous constatons dans différents pays une stratégie de diversification, destinée à permettre de continuer à couvrir les dépenses en hausse des soins de santé, en passant par une variété plus large de sources, tout en prévenant autant que possible les effets secondaires indésirables (par exemple une baisse de l'accessibilité financière) (Figueras & McKee, 2012; OMS, 2006).

Il est clair qu'une telle diversification, où les assurances complémentaires et l'épargne (si une analyse locale future l'estime positive) prendrait une part plus importante du système global, exigerait un fort accroissement du niveau de réglementation (Schokkaert & Van de Voorde, 2010). Ce processus a déjà été mis en œuvre en Belgique, mais n'est certes pas encore finalisé. Une participation obligatoire combinée à une péréquation des risques est une tendance qui, nous le constatons, se développe internationalement, et contribue grandement à éviter les plus grands risques potentiels (sélection adverse et sélection des risques). La question est de savoir si les mutualités/assureurs seront prêts à faire un tel pas par rapport à leur business model actuel, où la différenciation du risque est partiellement centrale. Des signaux émanant du secteur semblent toutefois montrer qu'on y est ouvert.

Les mécanismes de contribution, dont le poids augmente sur le plan international, manifestent d'une part une composante individuelle de responsabilité plus grande que les contributions sociales et les impôts dont on a l'habitude en Belgique, tandis que nous renforçons la solidarité via une réglementation complémentaire. D'autre part, il est étrange que le citoyen belge soit à ce point peu réticent envers les contributions personnelles et le ticket modérateur dans son propre pays, alors que les primes/versements anticipés sont considérés internationalement comme une meilleure mesure de protection. Dans quelle mesure pouvons-nous continuer à compter sur les cotisations sociales et les impôts, si nous constatons déjà un glissement insidieux de la part de ceux qui peuvent se le permettre? Les cotisations sociales actuelles sont en effet déjà entièrement consommées en ce qui concerne les soins, et les impôts en tant que source de revenu sont sous une pression croissante. En outre, les versements anticipés sont un meilleur instrument pour diffé-

rencier le niveau à l'avance, en fonction du style de vie qu'on souhaite mener. Si par exemple quelqu'un souhaite fumer, et doit pour cela en assumer de manière supportable la responsabilité financière, c'est réalisable par le biais des versements anticipés. Si la même personne, après avoir bénéficié des soins, reçoit toutefois la facture via les contributions personnelles, ceci ne peut plus fonctionner de manière responsabilisante, et la protection financière tombe.

Si nous suivons la tendance internationale, la Belgique devrait réduire la part contributions personnelles/ticket modérateur, laquelle ne présente pas de base directe de responsabilisation pour un frein à la consommation par le biais d'un glissement vers la sécurité sociale et/ou les impôts, et les citoyens devraient se protéger individuellement et complémentaires d'une manière beaucoup plus sécurisée au moyen de versements anticipés. Comme en France, où une assurance complémentaire publique a été introduite afin de soutenir le niveau d'accessibilité financière des versements anticipés (CMU), les personnes plus âgées et plus vulnérables peuvent à cette fin obtenir éventuellement des subsides spécifiques (Colombo & Tapay, 2004; Mossialos & Thomson, 2004). Dans de nombreux pays (Allemagne, Pays-Bas, Suisse), l'offre d'un paquet de base complémentaire obligatoire pour une prime maximale fixe est obligatoire (Colombo & Tapay, 2004; Van Doorslaer & Schut, 2000). Cependant, tout cela concerne des choix nécessitant un débat public dans le contexte local d'un pays. Nous pouvons déjà évaluer les choix effectués actuellement et dans un passé récent par les décideurs politiques, pour déterminer dans quelle mesure une réponse sera fournie aux défis futurs.

Au niveau fédéral, un statut OMNIO et la facture maximale de soins ont été instaurés. Ces deux

instruments concernent les scénarios 1 et 2, qui visent les groupes vulnérables. Ces ajustements ont été renforcés par la coalition actuelle, et complétés par des plans pour renforcer le soutien financier des malades chroniques, dans le cadre ou non d'un statut particulier. Cependant, ces instruments sont insuffisants s'il se développe une pression en vue de généraliser ce mécanisme vers de plus grands groupes de la population qui se sentent laissés pour compte. On s'en tient toutefois au fédéral aux mécanismes des cotisations sociales (scénario 1), des impôts (scénario 2) et des contributions personnelles/ticket modérateur (scénario 5), sans plus de diversification. Comme mentionné ci-dessus, on peut se poser la question de savoir pourquoi le scénario 5 (contributions personnelles/ticket modérateur) n'est plus supprimé directement, avec compensation des dépenses publiques en augmentation via les scénarios non stimulés (assurance complémentaire et/ou épargne). Selon le planning actuel, les scénarios 1 et 2 rattrapent également la croissance annuelle de 3% à partir de 2014. Le gouvernement fédéral ne participe pas pour l'instant au discours international de diversification, et conserve sa propre combinaison de forte proportion de sécurité sociale et d'impôts, autre forte proportion de contribution personnelle du patient/ticket modérateur, et faible part d'assurance complémentaire et d'épargne.

Au niveau régional, nous trouvons des initiatives en Flandre, mais pour l'instant pas encore à Bruxelles ni en Wallonie, ces deux régions considérant que cela relève de la responsabilité fédérale. L'assurance soins flamande, la 'kindpremie' (allocation complémentaire de naissance), une facturation maximale pour les soins à domicile, une assurance hospitalisation flamande et une limitation des dépenses privées des soins résidentiels pour personnes âgées sont autant de parties de la stratégie de protection sociale flamande.

Une différence remarquable avec la politique fédérale est que les avantages de ces mesures profitent à tous les citoyens flamands, exception faite de la facturation maximale pour les soins à domicile. De même, on est frappé par le caractère plutôt forfaitaire (et donc plus régressif) des contributions personnelles à l'assurance soins et à (la proposition de) l'assurance hospitalisation. Il est étonnant qu'on évite une proportion directe de dépendance des revenus, alors qu'un tel gradient progresse internationalement à travers la plupart des scénarios. D'autre part, il est vrai qu'il y a aussi des défauts d'efficacité liés aux taxes dépendant des revenus. Une forfaitarisation limitée peut donc être une diversification significative.

A première vue, les notions d'assurance soins flamande et d'assurance hospitalisation semblent s'orienter vers une mesure croissante de diversification. Cela est vrai en ce qui concerne les fonctions de pooling et d'achat des soins, mais ne concerne le mécanisme sous-jacent de contribution que dans une mesure infime. En effet, le Belge paie 25 euros de versement anticipé pour une assurance soins. Pour une assurance hospitalisation flamande, ce montant va probablement se situer entre 40 et 100 euros, à répartir ensuite entre le citoyen et le gouvernement. Ces montants annuels de remboursement anticipé individuel sont très faibles, comparés au niveau international. La portion la plus grande ne peut donc que provenir des ressources fiscales flamandes (scénario 2). Le gouvernement flamand pose clairement un premier jalon vers plus de diversification. Cependant, l'utilisation réelle des versements anticipés et de l'épargne en tant qu'instruments de diversification n'est pas (encore) à l'ordre du jour, même à ce niveau.

Conclusion et recommandations

Il n'existe pas de réponse toute prête au défi à long terme de l'abordabilité des soins, tant pour la société en tant que collectivité que pour le citoyen à titre d'individu. Tous les scénarios qui orientent le modèle de financement des soins ont leurs avantages et leurs inconvénients. Tout l'art consiste à combiner entre eux les différents scénarios de manière telle que les avantages des uns aident à compenser les inconvénients des autres, et que les avantages se renforcent mutuellement. La Belgique a déjà de l'expérience en ce domaine, avec un fort accent sur les cotisations sociales, les impôts et les contributions personnelles/ticket modérateur; ainsi que, dans une moindre mesure, avec les assurances complémentaires. Avec le temps, il deviendra de plus en plus nécessaire d'utiliser toutes les sources disponibles pour le financement des soins d'une manière aussi équilibrée que possible. Ceci nécessite de profondes réformes qu'on ne peut mettre en œuvre du jour au lendemain, mais qui doivent cependant être préparées à long terme. Compte tenu des défis qui nous attendent, nous ne pouvons plus reporter un large débat public à propos des solutions envisageables.

Le patient du futur sera plutôt un patient âgé, souffrant éventuellement de maladies chroniques et d'une fragilité financière accrue, qui sera soigné dans un cadre ambulatoire. Certaines mesures politiques gouvernementales qui ajustent le modèle de financement portent déjà leurs effets, d'autres échouent en grande partie. De même, les autres acteurs qui cogèrent le financement des soins (mutualités et assureurs privés) vont devoir reconsidérer leur offre complémentaire future en fonction de cette évolution, s'ils souhaitent rattacher leurs produits aux domaines où se font

ressentir les plus grands besoins sociaux. Cela nécessite une réglementation appropriée et les incitations financières adéquates, par exemple via la péréquation des risques, ceci entraînant un changement de paradigme pour certains des acteurs concernés.

Nous devons cependant nous inquiéter de ce que de telles réformes, qui aident à soutenir la protection contre les risques liés aux soins et la solidarité, ne mettent pas en même temps en péril les autres objectifs d'un modèle de financement des soins, en particulier la valeur ajoutée en termes de liberté de choix, flexibilité et innovation. En tant que source unique de ressources, la population ne pourra pas échapper à terme à une augmentation des obligations de contribution, via les différents scénarios combinés. Si la nécessité de tout ceci est clairement communiquée, le désir commun de contribution sera probablement plus grand que prévu. Cependant, si on demande plus à chacun d'entre nous, à titre de citoyen à la fois solidaire et de plus en plus critique et responsable, nous attendons en retour qu'il n'y ait ni uniformité, ni manque de transparence, ni délimitations de marchés partiels qui pourraient conduire à ce que les administrateurs financiers utilisent les ressources d'une manière inefficace, en l'absence de concurrence réelle. Bon nombre des inconvénients des scénarios décrits auraient chacun à son tour pu être amendés par des corrections politiques ciblées. Chaque organisation intéressée devrait être autorisée à proposer une assurance maladie publique de base, une assurance complémentaire à qui le souhaite (et pas uniquement à ses propres membres), et une assurance collective. Aussi longtemps qu'on s'en tient aux règles du jeu. L'interconnexion de paquets de police, par exemple base et complémentaire, devrait être interdite, à moins de rendre plus transparents les prix partiels. Ces mesures autorisent une évaluation

plus critique de la part du citoyen, lequel pourra aider à terme à déterminer quelle est la meilleure combinaison de scénarios.

Nous concluons cette analyse par les affirmations suivantes, susceptibles d'alimenter le débat sur le modèle belge de financement:

- Le financement des soins en Belgique est aujourd'hui insuffisamment adapté au public-cible vulnérable des personnes âgées nécessitant des soins de manière chronique, autrement dit le patient de demain. L'extension de l'OMNIO et des factures maximum sont à court terme de bonnes mesures, mais consommeront à long terme de plus en plus de ressources fiscales supplémentaires. Ceci augmente la pression sur le modèle de financement au lieu de l'alléger, en un temps de marges budgétaires restreintes issues du gouvernement.
- Nous sommes déjà dans une situation d'accroissement du niveau de financement complémentaire, et cela ne pourra qu'augmenter. Au lieu de vouloir freiner cette situation ou d'appliquer la politique de l'autruche, le gouvernement peut jouer un rôle régulateur, et se saisir de la diversification comme d'un moyen permettant de s'assurer que ceci ne mène pas à des soins à deux vitesses. Compte tenu des ressources publiques limitées, il est particulièrement frappant de constater que nous acceptons autant de dépenses privées, ou plutôt que nous essayons d'en minimiser l'existence, en sorte que chacun doit compter sur lui-même. Si nous admettions que la part de financement privé est déjà à ce point importante, nous nous rendrions compte que l'assurance complémentaire est d'emblée meilleure que l'obligation de payer soi-même pour les risques catastrophiques.
- Un niveau croissant de risque sur le long terme a été introduit dans l'inaccessibilité

financière des soins liée à la région. Ce n'est pour l'instant pas trop la conséquence de mesures complémentaires de couverture, introduites par certaines régions et non par d'autres (par exemple, l'assurance hospitalisation flamande), car ceci ne concerne encore que des montants essentiellement symboliques. La raison en est que les régions ne bénéficient pas des mêmes ressources budgétaires pour continuer à couvrir, dans la même mesure et à l'avenir, l'expansion des matières des soins de santé au sein des pouvoirs défédéralisés.

- Le marché actuel (en partie) mutuellement protégé de l'assurance maladie publique et de l'assurance complémentaire doit continuer à être libéré afin d'encourager la liberté de choix et l'efficacité. Chaque fournisseur potentiel, en concurrence mutuelle et dégagé de tout statut, doit être libre de pouvoir prouver au citoyen qu'il offre le meilleur choix en ce qui concerne la qualité et l'abordabilité de la couverture des risques. La condition préalable est que les mêmes règles du jeu soient d'application pour tous.
- Les financiers à venir, dans toute leur diversité, doivent aussi être réellement responsabilisés financièrement pour ce qui est de la qualité et de l'abordabilité, contrairement à la construction actuelle concernant les mutualités, qui entraîne avec elle des effets pervers (voir encadré). A leur tour, les financiers doivent aussi avoir la possibilité, lors de l'étape finale de l'achat des soins, de responsabiliser financièrement les prestataires, pour des soins de qualité et efficaces (via la 'managed competition', les contrats sélectifs, le contrôle qualité, etc. voir encadré). Sans ce rôle, les fournisseurs d'assurances seront de plus en plus confrontés à une gestion plus efficace de la part de l'opinion publique (à titre d'illustration: "en quoi a-t-on besoin de

plusieurs acteurs s'ils font, ou ne peuvent que faire exactement la même chose, et ne servent essentiellement que de relais administratifs, sans plus?"). En effet, la fonction de pooling en soi peut aussi être organisée d'une manière plus centralisée (scénario 2). Joue contre cet argument le fait qu'il est de plus en plus irresponsable de la part du gouvernement de ne pas autoriser également les fournisseurs d'assurances à jouer un rôle d'achat des soins à la fois responsabilisé et responsabilisant.

- Le ticket modérateur pour les patients doit se tourner vers un ticket modérateur couplé aux soins non justifiés. En outre, une évolution vers le versement anticipé complémentaire obligatoire est légitimée, avec un montant de prime variable pour chaque fournisseur. Seul un tel changement incitera le citoyen à des choix plus ciblés d'affiliation, sur la base de montants des primes plus pertinents et plus réalistes dans le cadre de son revenu annuel disponible.
- Les mécanismes de financement innovants, comme le health savings account, offrent des perspectives intéressantes, mais doivent encore être étudiés dans un contexte belge.

Références

- Braithwaite S, Rosen A. Linking cost-sharing to value: an unrivaled yet unrealized public health opportunity. *Annals of Internal Medicine* 2007;146:602-5.
- Buchmueller T. Consumer-oriented health care reform strategies: a review of the evidence on managed competition and consumer-directed health insurance. *Milbank Quarterly* 2009;87:820-41.
- Choudhry N, Rosenthal M, Milstein A. Assessing the evidence for value based insurance design. *Health Affairs* 2010;29:1988-94.
- Colombo F, Tapay N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. *OECD Health working papers*, 2004.
- Cutler & Zeckhauser. The anatomy of health insurance. In Culyer A, Newhouse J (Eds.). *Handbook of health economics*. Elsevier: Amsterdam, 2000.
- Donaldson C, Gerard K. *Economics of health care financing. The visible hand*. Palgrave MacMillan: New York, 2005.
- Enthoven A, Van de Ven W. Going Dutch – Managed competition health Insurance in the Netherlands. *New England Journal of Medicine* 2007;357:2421-23.
- Figueras J, McKee M. *Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems*. European observatory on health systems and policies. McGraw-Hill: New York, 2012.
- Henke K, Schreyogg J. *Towards sustainable health care systems: strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands; a comparative study*. Leibniz information centre for economics, 2004.
- Itinera Institute. *Babyboomers kunnen bouw rusthuizen mee bekostigen*, 2011.
- Itinera Institute. *Private expenditure on health in Belgium*, 2012.
- Lako C, Rosenau P, Daw C. Switching health insurance plans: results from a health survey. *Health Care Analysis* 2011;19:312-28.
- Lu M, Jonsson E. *Financing health care. New ideas for a changing society*. Wiley: Weinheim, 2008.
- Maarse H, Paulus A. The politics of healthcare reform in the Netherlands since 2006. *Health economics, Policy and Law* 2011;6:125-34.
- Maarse H, Ter Meule R. Consumer choice in Dutch health Insurance after reform. *Health Care Analysis* 2006;14:37-49.
- Marquis S, Buntin M. How much risk pooling is there in the individual insurance market? *Health Services Research* 2006;41:1782-800.
- Mathauer I, Nicolle E. A global overview of health insurance administrative costs : what are the reasons for variations found? *Health Policy* 2011;102:235-46.
- Mossialos E, Thomson S. *Voluntary health insurance in the European Union*. European observatory on health systems and policies, 2004.

- Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European observatory on health care systems. Open university press: Buckingham, 2002.
- OCDE. Achieving better value for money in health care, 2009.
- OCDE. Health care systems: efficiency and institutions, 2010.
- OCDE. Taxing wages, 2010.
- Saltman R, Busse R, Figueras J. Social health insurance systems in western Europe. European health observatory on health systems and policies. Open University press: New York, 2004.
- Schokkaert E, Dhaene G, Van de Voorde C. Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk selection: an application of the theory of fair compensation. *Health Economics* 1998;7:465-80.
- Schokkaert E, Van de Voorde C. Belgium's health care system: should the communities/regions take it over? Or the sickness funds? Re-Bel Initiative, 2010.
- Schokkaert E, Van de Voorde C. Health care reform in Belgium. *Health Economics* 2005;14:S25-39.
- Schokkaert E, Van de Voorde C. Risk adjustment and the fear of markets: the case of Belgium. *Health Care Management Science* 2000;3:121-30.
- Schut F, Van de Ven W. Health care reform in the Netherlands: the fairest of all? *Journal of Health Services Research and Policy* 2011a;16:3-4.
- Schut F, Van de Ven W. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? *Health Economics, Policy and Law* 2011b;6:109-23.
- Stam P, Van de Ven W. De harde kern in de risicoverevening. *ESB* 22 februari 2008;104-107.
- Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndova L. Addressing financial sustainability in health systems. European observatory on health systems and policies, 2009.
- Tuohy C, Flood C, Stabile M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2004;23:360-96.
- Van de Ven W. Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done? *Health Economics, Policy and Law* 2011;6:147-56.
- Van Doorslaer E, Schut F. Belgium and the Netherlands revisited. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2000;25:876-87.
- Van Doorslaer E, Masseria C, et al. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. In *Towards high performing health systems: policy studies from the OECD health project*. OECD, Paris, 2004.
- Volpp K, Troxel A, Pauly M, et al. A randomized controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *New England Journal of Medicine* 2009;360:699-709.
- OMS. Chapter 5. Who pays for health systems? Geneva, 2000;93-115.

OMS. Medical savings accounts: lessons learned from limited international experience. Discussion paper number 3, Geneva, 2002.

OMS. Tax-based financing for health systems: options and experiences. Discussion paper number 4, Geneva 2004.

OMS. Approaching health financing policy in the WHO European region. Denmark, 2006.

OMS. Technical brief for policy makers. Thinking of introducing social health insurance? Ten Questions. Number 4, 2009.

Pour une croissance économique
et une protection sociale durables