



Le financement des dépenses de soins de santé en Belgique

2013/06

18 | 02 | 2013



Jos Kesenne
LCM Brussel
september 2012

Les dépenses de soins de santé grignotent aujourd'hui en Belgique un peu plus de 10 % du Produit intérieur brut (PIB, soit la richesse totale d'un pays exprimée en euros). Cela représente approximativement 37 milliards d'euros de dépenses de soins de santé pour un PIB de 370 milliards d'euros en 2011. La plus grande partie de ces dépenses est payée par les mutualités et l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité), c'est-à-dire par l'assurance maladie. Mais l'État fédéral et les entités fédérées dépensent également de l'argent pour les soins de santé (médecine scolaire,

prévention...) Enfin, le patient paie lui aussi une part importante des soins de santé de sa propre poche : il s'agit principalement du ticket modérateur, de suppléments, de médicaments et dispositifs non remboursés et de primes pour des assurances complémentaires (principalement pour les frais d'hôpitaux).

Au cours de ces vingt dernières années, les dépenses de soins de santé ont triplé alors que la richesse de notre pays a seulement doublé.

TABEAU I : DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ POUR L'ASSURANCE MALADIE ENTRE 1990 ET 2011

nationale. Plusieurs facteurs connus font en sorte que cette croissance reste élevée. Il y a tout d'abord le développement phénoménal de

Tableau 1: DEPENSES Assurance maladie- Santé publique- PIB (en mio €) - moyenne des taux de croissance annuels											
	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2000 - 2010	1990 - 2010	2011	2011/2010
								Moy. % croissance annuel	Moy. % croissance annuel		(en %)
Médicaments	1150,70	1703,92	2439,67	3330,98	3955,51	4120,42	4249,73	5,71	6,75	4397,25	3,47
Soins aux personnes âgées (1)	482,96	968,32	1416,02	2323,89	2864,95	3072,32	3277,78	8,76	10,05	3502,34	6,85
Honoraires des médecins	2944,84	3349,48	4102,87	5240,97	6141,22	6637,65	6665,92	4,97	4,17	6956,58	4,36
Cons.& Vis.	689,87	787,97	933,37	1266,48	1595,11	1714,68	1713,18	6,26	4,65	1802,43	5,21
Bio.Clin. & Imp.	1132,50	1177,36	1445,59	1844,46	2072,99	2271,53	2232,54	4,44	3,45	2302,76	3,15
autres	1122,47	1384,15	1723,91	2130,04	2473,12	2651,44	2720,20	4,67	4,53	2851,39	4,82
séjour hospitalier	1789,50	2577,85	3103,47	3755,41	4379,68	4709,41	4833,93	4,53	5,09	5204,53	7,67
Soins dentaires	230,01	332,24	404,53	522,99	671,83	733,99	756,41	6,46	6,13	775,56	2,53
Kinésithérapie	260,67	319,56	390,66	403,17	503,37	549,05	580,01	4,03	4,08	606,69	4,60
Implants	89,76	176,30	245,64	393,43	464,07	486,15	516,49	7,72	9,14	551,28	6,74
SVP à domicile, services de logement accompagné	61,44	74,11	94,27	114,91	123,60	125,58	125,58	5,42	4,88	137,07	9,15
Facture maximale (2)	33,97	18,22	252,85	277,15	304,21	326,34	33,45	33,45	16,28	329,65	1,02
Revalidation	48,14	150,22	225,67	334,54	417,34	446,29	474,63	7,72	12,12	499,95	5,33
Total des soins médicaux dans l'assurance maladie	7070,91	9936,62	12818,85	17250,20	20704,06	22123,42	22823,61	5,94	6,03	24078,00	5,50
Dépenses globales SP (OECD) (2009,2010= estimation brute)	12157,00	17105,00	21738,00	30640,00	35156,34	36000,00	37000,00	5,46	5,72	37500,00	1,35
PIB	163340,80	202173,60	252215,60	303435,10	346374,30	340777,00	356124,60	3,51	3,97	369836,40	3,85
Inflation								1,98	1,97		3,06
AMI en % du PIB	4,33	4,91	5,08	5,68	5,98	6,49	6,41			6,51	
Dép. Glob. SP en % du PIB	7,44	8,46	8,62	10,10	10,15	10,56	10,39				
AMI-Inflation								3,96	4,06		2,44
PIB-Inflation								1,53	2,00		0,79
AMI-PIB								2,43	2,06		1,65
AMI-inflation-4,5%								-0,54	-0,44		-2,06
Coût admin. VI (SP+Prest.)	493,98	585,57	670,28	832,36	929,16	972,55	1012,06	4,21	3,65	1034,65	2,23
Coût admin. INAMI		57,79	74,06	107,01	112,47	108,86	118,00	4,77	4,87	119,00	0,85

(1) Maison de Repos, Homes de repos et de soins et soins à domicile
(2) SVP à domicile, services de logement accompagné, Facture maximale et coûts administratifs de l'INAMI concerne le taux de croissance annuel moyen pour la période de 1995 et 2010

L'évolution de ces dépenses de soins de santé au cours des dix ou des vingt prochaines années ne peut être estimée avec précision aujourd'hui. Mais il est fortement probable que ces dépenses continueront à croître plus rapidement que la richesse du pays. Ce fut le cas par le passé, et cela sera très probablement encore le cas au cours des vingt années qui viennent. Les économistes parlent de biens et services « supérieurs » : dans les pays riches, de telles dépenses croissent plus rapidement que la richesse

la technologie et de l'innovation médicales et des possibilités de la médecine moderne. Cela a d'ailleurs participé à la très importante augmentation de l'espérance de vie au cours de la décennie écoulée. Le vieillissement de la population est inévitable. On estime que les petites filles nées aujourd'hui pourraient vivre en moyenne jusqu'à cent ans. Le groupe des personnes âgées constituera donc une plus grande partie de notre population et s'il fait plus souvent appel au secteur des soins de santé, cela sera synonyme de surcoût. Ce vieillissement engen-

drera principalement des dépenses supplémentaires dans le secteur des soins chroniques. D'autres facteurs viendront encore s'ajouter, et les coûts en matière de soins de santé connaîtront de ce fait une évolution inflationniste :

- les soins de santé exigent une main-d'œuvre importante, ce qui entraîne une productivité plus faible que dans l'industrie alors que les salaires évoluent le plus souvent de la même façon ; cette situation entraîne donc des hausses de coûts inflationnistes dans le secteur des soins de santé ;
- l'offre en matière d'infrastructure de soins et d'appareillage médical est large ;
- les soins de santé deviennent un bien de consommation (esthétique au Botox, sécurité en matière de niveau de cholestérol, prévisibilité, screening...);
- l'individualisation de notre société est toujours plus grande, avec l'attente que tout est de plus en plus faisable...

Nous ne parlerons plus des dépenses dans cet article, nous souhaitons avant tout déterminer d'où devront provenir les moyens qui permettront de pouvoir payer ces dépenses de soins de santé à l'avenir. Pour conserver un système financièrement sain, et donc en assurer la pérennité, il n'existe en effet que deux pistes : maîtriser correctement les dépenses et/ou veiller à ce que

les moyens soient suffisants. Nous ne nous intéresserons pas ici à la question d'une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses. Nous nous sommes penchés sur la question lors de précédents articles (une plus grande sélectivité des avantages, une meilleure efficacité des dépenses, plus d'incitants à l'utilité...) Nous nous concentrerons ici plutôt sur la question de l'origine des moyens nécessaires pour demain :

- Les cotisations sociales doivent-elles être augmentées ?
- Les subsides publics doivent-ils être accrus ?
- Faut-il d'autres sources de financement comme ce fut le cas en Belgique ces dix dernières années avec le financement alternatif (principalement des recettes des impôts indirects) ?
- Les patients doivent-ils payer un ticket modérateur plus élevé ?
- Est-il préférable d'opter pour le développement d'un second pilier (assurances complémentaires collectives par les employeurs) et/ou d'un troisième pilier (assurances complémentaires individuelles pour les dépenses de soins de santé) ?
- Ou bien faut-il prendre d'autres initiatives ?

D'où proviennent aujourd'hui les moyens de la Sécurité sociale en Belgique ?

Le financement de la Sécurité sociale (SS) a fait du chemin au cours de sa longue histoire, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. En essence, la SS est apparue juste après la Seconde Guerre mondiale sous la forme d'un système d'assurance pour les travailleurs, avec pour but le maintien du niveau de vie des employés en cas de coup dur social (maladie, chômage, retraite, accident de travail...). À partir des années 60, le système s'est progressivement étendu aux

indépendants et aujourd'hui, environ 99 % de la population sont couverts par le système de sécurité sociale.

La principale source de revenus chez les employés a toujours été les cotisations sociales des employeurs et des employés. Les cotisations sociales sont calculées sur le salaire brut et représentent un peu plus du tiers du coût du travail total (= salaire brut + cotisations de patronales) pour les employés. Ces cotisations pèsent pour 60 à 70 % dans les moyens globaux de la SS.

TABLEAU II : RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE – EMPLOYÉS ET INDÉPENDANTS

Tableau 2: Pourcentage des parts des diverses sources de financement dans le financement de la sécurité sociale pour les employés																
	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2010	2011	2012	
Cotisations sociales	70	68	71	74	68	61	62	70	75	72,5	69,33	68,15	64,11	62,3	62,37	
Subventions publiques	24	24	21	20	28	33	30	20	16	12	11,5	10,2	13,26	11,09	14,5	
Financement alternatif	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8,5	14,03	16,5	17,21	20	17,45	
Autres	6	8	8	6	4	6	8	10	3	7	5,15	5,15	4,92	6,87	5,68	
Pourcentage des parts des diverses sources de financement dans le financement de la sécurité sociale pour les indépendants																
	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2010	2011	2012	
Cotisations sociales										71,05	65,44		60,87		60,79	
Subventions publiques										11,97	13,78		11,64		14,51	
Financement alternatif										16,48	19,65		21,88		19,28	
Autres										6,11	5,92		5,61		5,43	

Source : Propres calculs sur base de documents de l'ONSS et INASTI

Jusqu'à la fin du siècle passé, la seconde source de financement par ordre d'importance a toujours été les subsides publics. Ceux-ci étaient fixés (et régulièrement adaptés) par des lois et oscillaient entre 20 et 25 % des moyens globaux entre 1950 et 1973. Durant la période qui a suivi la crise pétrolière (1973-1985), les cotisations sociales ont baissé sous la pression de la crise économique et les subsides publics ont augmenté pour compenser cette baisse. Ensuite, sous la pression de l'assainissement des finances publiques (norme Maastricht), le poids des subsides de l'État a diminué pour se stabiliser juste au-dessus des 10 %. Les cotisations sociales ont alors repris le flambeau. Les subsides publics ont néanmoins continué à servir de bouche-trou pour la SS, surtout ces dernières années.

Entre 1950 et 1995, les cotisations sociales et les subsides publics ont donc apporté le plus souvent 90 à 95 % des moyens.

En 1993 apparaît une nouvelle source de financement pour la SS : le financement alternatif. Cette nouvelle source de revenus est née sous la pression de l'important chômage structurel qu'a connu la Belgique dans les années 80 et 90. On a alors espéré qu'une baisse des cotisations patronales à la SS permettrait d'améliorer le taux d'emploi. Le poids des cotisations sociales a alors diminué au cours de cette période, passant de presque 75 % à juste au-dessus de 60 %. En 2011, le financement alternatif procure 20 % des moyens de la SS et pro-

vient principalement des recettes de la TVA. D'autres montants proviennent de quelques timides taxes sur les actions et autres produits financiers.

En ce qui concerne les indépendants, comme le montre le tableau II, les proportions penchent plus encore vers plus de financement alternatif et moins de cotisations sociales. La tendance du système pour les employés est donc renforcée par le système pour les indépendants.

Et d'où proviennent les moyens de l'assurance maladie ?

Jusqu'en 1994, les différentes branches de la SS étaient financées séparément, selon des pourcentages de cotisations et de subsides spécialement définis pour chaque branche. À partir de 1995, une Gestion globale des moyens de la SS a été mise en place, rassemblant toutes les cotisations sociales et les subsides dans un pot global d'où les moyens sont ensuite redistribués aux différentes branches selon leurs besoins.

La plus grande partie des moyens de la Gestion globale de la SS attribués à l'assurance maladie (environ 75 % des moyens de l'assurance maladie) est constituée approximativement comme suit : 62 % de cotisations sociales, 14 % de subsides de l'État et 18 % de financement alternatif. Si nous appliquons ces pourcentages aux 75 % susmentionnés, on obtient le résultat suivant pour

cette partie des moyens de l'assurance maladie : 47 % provenant des cotisations sociales, 11 % de subsides publics et 13 % du financement alternatif. La majeure partie de 75 % des moyens de l'assurance maladie sont ainsi identifiés.

Parallèlement aux cotisations sociales reçues via la Gestion globale, on trouve également les cotisations sociales des pensionnés pour l'assurance maladie (3,55 % de la pension légale et extralégale ; uniquement pour les pensionnés dont les revenus dépassent un certain niveau). Ces cotisations sociales représentent environ 3 %

et 29 % du financement alternatif. Tout cela représente 90 % des moyens. S'ajoutent encore à cela quelques autres sources de financement (transferts de rééducation, taxe sur l'assurance automobile, assurance hospitalisation, prélèvement auprès de l'industrie pharmaceutique, accords internationaux) qui représentent ensemble 10 % des moyens de l'assurance maladie. Nous disposons à présent d'une vision globale.

TABLEAU III : PROVENANCE DES MOYENS DE L'ASSURANCE MALADIE EN BELGIQUE EN 2011

Cotisations sociales	50 %
Subsides	11 %
Financement alternatif	29 %
Autres	10 %

des moyens de l'assurance maladie. Si on les additionne aux 47 % du paragraphe précédent, cela signifie que la moitié des moyens de l'assurance maladie provient des cotisations sociales.

D'autre part, 16 % des moyens de l'assurance maladie peuvent encore être décrits comme provenant directement du financement alternatif.

Ces proportions globales dans le financement de la Sécurité sociale et de l'assurance maladie nous donnent l'image suivante de la provenance des moyens de l'assurance maladie : 50 % de cotisations sociales, 11 % de subsides de l'État

Les moyens de financement de l'assurance maladie proviennent donc pour 40 % de l'imposition directe ou indirecte ; nous pouvons donc parler sans exagération d'une tendance à la fiscalisation du financement de l'assurance maladie. Cette tendance ne peut être qualifiée d'étrange dans un pays où le système de protection sociale dans les soins de santé croît beaucoup plus rapidement que la richesse du pays.

Comment devrait évoluer le financement des soins de santé ?

- **Des cotisations sociales plus élevées ?**

Alors que le Gouvernement a déjà pris à plusieurs reprises des mesures de réduction des cotisations patronales pour la Sécurité sociale dans le but de réduire le coût du travail et de stimuler ainsi l'embauche, il serait étrange d'augmenter les cotisations de SS. La problématique de la compétitivité de nos entreprises et le rôle que joue notre coût du travail dans cette compétitivité est suffisamment bien connu. Une étude récente de la cellule de réflexion VKW-Metena a retourné le couteau dans la plaie : en 2011, notre coût du travail absolu était 42 % plus élevé que la moyenne de la zone euro et 30 % plus élevé qu'en Allemagne, locomotive de la croissance économique en Europe. Même si cette étude n'était qu'à moitié vraie, nous serions face à un problème. En outre, l'argument maintes fois répété de notre productivité élevée s'est affaibli puisqu'on constate que notre productivité connaît ces derniers temps une croissance inférieure à celle du reste de l'Europe. Et nous ne parlerons pas ici des salaires pratiqués sur les autres continents en ces temps de mondialisation.

- **Des subsides de l'État plus élevés ?**

Historiquement, les subsides publics ont toujours joué un rôle important dans le financement de la SS et de l'assurance maladie ; les pouvoirs publics apportent les moyens que les allocataires sociaux ne peuvent apporter en raison de leur faible niveau de revenus. Aujourd'hui, ces

moyens font simplement partie de la Gestion globale de la Sécurité sociale et l'État joue le rôle de bouche-trou financier de la Sécurité sociale.

L'État fédéral a certainement l'intention de continuer à jouer ce rôle, mais avec une dette publique de 100 % du PIB, la marge de manœuvre du Gouvernement belge va rapidement se rétrécir. Beaucoup de choses dépendent de la croissance du PIB et des taux d'intérêts à long terme au cours des prochaines décennies. Chaque augmentation des subsides publics à l'assurance maladie entrera en concurrence avec les autres branches de la SS et avec toutes les autres dépenses fédérales (sécurité, justice, défense...)

- **Un financement alternatif plus important ?**

Alors qu'au siècle passé, les moyens de l'assurance maladie provenaient principalement des cotisations sociales et des subsides publics, le financement alternatif — principalement les recettes de la TVA — va prendre une place importante au xxie siècle. Une nouvelle augmentation du financement alternatif n'est pas évidente. Au final, des recettes TVA plus importantes signifient que les salariés et les allocataires sociaux paient plus pour les biens et services qu'ils consomment. Le pouvoir d'achat qu'ils tirent de leurs allocations va donc baisser, ce qui équivaut à des allocations nettes inférieures. Ce ne peut être le but poursuivi. Des impôts indirects sur la consommation sont toujours

moins solidaires que des cotisations sociales ou des impôts sur le revenu.

Autre financement alternatif possible : une taxe environnementale, par exemple sur l'utilisation de carburants fossiles et autre activités polluantes.

- **Un ticket modérateur plus élevé ?**

Le ticket modérateur est défendu par la nécessité de responsabiliser le patient dans la consommation des soins de santé. Il s'agit d'un mécanisme sage. Toutefois, la plupart des décisions — et les plus coûteuses — en matière de soins de santé sont prises par les médecins et non par les patients. Et puisque, dans le système des soins de santé belge, les patients supportent déjà plus de 25 % des coûts via le ticket modérateur, les suppléments, les médicaments et dispositifs non remboursés... leur faire payer un ticket modérateur encore plus élevé n'est pas une bonne idée.

- **Un second et un troisième piliers dans les soins de santé ?**

Comme dans la plupart des pays européens, les second et troisième piliers en matière de soins de santé sont déjà une réalité en Belgique. Ils offrent aux assurés plus de souplesse et des possibilités de choix qui viennent s'ajouter à l'assurance maladie obligatoire. Les assurances complémentaires privées collectives et individuelles des second et troisième piliers sont estimées à un montant de 1,5 milliard d'euros, ce

qui correspond à 4 % environ des dépenses totales des soins de santé en Belgique.

Même si l'on observe toujours une croissance de ces deux piliers des soins de santé, on peut dire qu'une extension des deuxième et troisième piliers de l'assurance maladie est moins évidente que dans le domaine des pensions de retraite. Il est communément accepté dans nos sociétés occidentales qu'il existe des différences de revenus, même si ces différences doivent rester raisonnables. Les bonus astronomiques en cas de licenciement et les chefs d'entreprise qui changent fréquemment d'emploi sont de plus en plus critiqués, mais des rapports de 1 à 6 en matière de salaires et de bonifications en fonction des diplômes, des compétences, des responsabilités, de l'âge, de l'expérience... sont acceptés. Il n'est pas anormal qu'un chef d'entreprise gagne plusieurs fois ce que touche l'employé ou l'ouvrier situé au bas de l'échelle de l'entreprise. Et les pensions, principalement via les assurances-groupes et autres systèmes de pension complémentaire, peuvent refléter ces différences. Cela est accepté, de manière plus ou moins générale. Par contre, il est moins facilement accepté qu'une partie toujours plus grande des soins de santé modernes ne soit bientôt plus accessible aux personnes disposant de moyens limités. Il n'est pas accepté, dans nos sociétés démocratiques européennes, que la protection sociale obligatoire en matière de soins de santé se réduise de plus en plus au profit d'assu-

rances complémentaires facultatives. En matière de soins de santé, le critère d'attribution des soins solidaires est et reste le besoin individuel de soins, et ce besoin n'est certainement lié aux revenus des individus, c'est même le contraire. Cette spécificité des soins de santé est également illustrée dans l'application de la protection sociale obligatoire : dans le domaine des soins de santé, l'attribution de soins ou d'un remboursement a lieu en fonction des soins nécessaires tels qu'ils sont précisés par les médecins et donc en fonction du besoin de soins ; le montant de la contribution — et donc des revenus — du patient ne joue aucun rôle. Et ce contrairement à toutes les autres branches de la Sécurité sociale où l'allocation est calculée en fonction de la contribution et donc, du précédent revenu !

Une nouvelle croissance d'un second et/ou d'un troisième pilier en matière de soins de santé se fera très probablement furtivement sentir, sans pour autant être la conséquence de décisions politiques explicites. La raison principale de cette croissance est le manque de moyens sociaux découlant d'une trop forte croissance des dépenses et/ou d'une croissance économique insuffisante.

- **Plus de solidarité et de responsabilité via une prime nominale ?**

Il va donc falloir faire preuve de plus de créativité afin de garantir le financement futur de la protection sociale dans le domaine des soins de santé. La proposition suivante

est une tentative de réponse à cette problématique.

Supposons que le budget des fournitures médicales pour l'assurance maladie s'élève à 25,5 milliards d'euros pour 2013 et que les tickets modérateurs officiels se montent à 2 milliards d'euros supplémentaires. Dans ce scénario, on pourrait extraire par exemple 1,5 milliard d'euros des dépenses de l'INAMI et des remboursements de l'INAMI pour les fournitures médicales et 0,25 milliard d'euros des tickets modérateurs ; nous ne financerions plus ces 1,75 milliard d'euros via les modes de financement classiques de l'assurance maladie (principalement des moyens de la Gestion globale de la SS), ni via le patient (ticket modérateur), mais d'une manière alternative : via une prime nominale. Une prime nominale est une prime forfaitaire par individu. Avec environ 7,3 millions de titulaires ou d'ayants droit (travailleurs payant une cotisation sociale) dans l'assurance maladie, cela revient à environ 20 euros par mois par titulaire ou ayant droit. Pour une famille de deux adultes avec emploi et d'un ou plusieurs enfants, cela représente donc 40 euros par mois.

Pour les faibles revenus, un subside spécifique peut veiller à ce que la prime nominale soit supportable. Ce subside diminuera cependant quelque peu le résultat net de cette opération.

La prime nominale peut être majorée ou minorée en fonction des résultats de la responsabilité financière des mutualités : une mutualité

dont le résultat est positif peut baisser sa prime nominale alors qu'une mutualité en déficit voit sa prime augmenter. Grâce à la visibilité d'une prime nominale d'environ 20 euros par mois, majorée ou minorée selon le résultat de la responsabilité financière, les mutualités disposent d'un bon incitant pour maîtriser correctement les dépenses pour fournitures médicales. Les assurés peuvent ainsi comparer les primes et « voter avec leurs pieds ». Naturellement, les moyens collectifs doivent être distribués entre les mutualités de manière à créer un équilibre global des risques ; les mutualités dont les membres sont plus malades et/ou plus âgés doivent bénéficier d'une compensation financière. C'est déjà le cas aujourd'hui par l'application de la formule de répartition du budget national de l'assurance maladie entre les unions nationales des mutualités.

À cet égard, un point important est la nécessité de mettre en place des instruments de gestion plus réels pour les mutualités. Aujourd'hui, la capacité d'intervention des mutualités dans le processus de dépenses est insuffisante ; les mutualités n'ont d'influence réelle ni sur le prix, ni sur la qualité, ni sur les volumes. Aujourd'hui, les mutualités espèrent maîtriser quelque peu les dépenses uniquement via des contrôles approfondis sur les factures hospitalières. Les mutualités devraient pouvoir mieux promouvoir par exemple la prévention et la première ligne via des interventions dans les règles de l'assurance maladie. Certains hôpitaux de qualité insuffisante (par

exemple en raison d'interventions insuffisantes) devraient pouvoir être déconseillés auprès des membres.

Puisque le montant des tickets modérateurs diminue de 250 millions d'euros, il s'agit en outre d'une opération très solidaire : on retire 250 millions d'euros des tickets modérateurs des patients et on les répartit sur l'ensemble des assurés. Les diminutions de ticket modérateur peuvent être répercutées de différentes manières sur les patients, par exemple en favorisant de manière sélective les plus malades.

La prime nominale de 1,5 milliard d'euros peut servir pour moitié à diminuer les cotisations sociales des employeurs et pour moitié celles des travailleurs. De cette manière, le coût du travail est abaissé pour l'employeur et le revenu disponible des travailleurs est augmenté. Les deux éléments peuvent avoir un effet stimulant sur l'économie.

- **Une assurance complémentaire obligatoire pour les soins de santé ?**

Une autre façon de trouver des sources de financement alternatives est d'instituer une assurance complémentaire obligatoire pour les soins de santé, parallèlement ou en plus de l'assurance maladie obligatoire. Une telle assurance complémentaire pourrait être proposée par les mutualités ou par celles-ci en concurrence avec des assureurs privés (comme l'actuelle Assurance soins flamande). Les mutualités et/ou les assureurs encaisseraient les primes d'une telle assurance complé-

mentaire auprès de leurs membres. Naturellement, un équilibre des risques devrait être appliqué pour que les mutualités et les assureurs dont les risques sont plus lourds que la moyenne bénéficient d'une compensation. Les structures proposant cette assurance en seraient entièrement responsables sur le plan financier et disposeraient de larges libertés en matière d'instruments de gestion. Cette assurance complémentaire pourrait reprendre de nouveaux produits ou services en matière de soins de santé (par exemple, soins chroniques spécialisés, nouveaux dispositifs, soins de santé préventifs, soins psychiques ambulatoires...) Certains secteurs de l'assurance maladie obligatoire pourraient aussi être transférés vers cette nouvelle assurance (soins dentaires, kinésithérapie...) Une telle assurance complémentaire constituerait un terrain d'entraînement pour une plus grande responsabilité de gestion des mutualités dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Conclusion

Si les dépenses pour les soins de santé dans le cadre de l'assurance maladie continuent à augmenter au cours des dix ou vingt prochaines années comme elles l'ont fait au cours des deux dernières décennies — et cette probabilité n'est pas faible en raison du vieillissement de la population et de l'innovation médicale constante — une croissance économique de 2 à 3 % par an sera également nécessaire à l'avenir pour pouvoir maintenir de tels budgets. Sur fond de crise de l'euro et d'économies européennes stagnantes d'une part et de mondialisation croissante d'autre part, la question est de savoir si de telles attentes sont réalistes. Et si le fait d'envisager des cotisations sociales, des subsides ou du financement alternatif plus élevés ne signifie pas simplement appliquer les mêmes recettes, ce qui serait difficilement faisable. Une meilleure maîtrise des dépenses, via une plus grande utilité d'une part et une plus grande inventivité concernant les moyens d'autre part, est donc absolument nécessaire. Il va falloir oser emprunter de nouvelles voies.

Pour une croissance économique et
une protection sociale durables



THINK TANK INDÉPENDANT

DES IDÉES, DES ACTIONS

Itinera Institute ASBL

Boulevard Leopold II 184d B-1080 Bruxelles
T +32 2 412 02 62 - F +32 2 412 02 69

info@itinerainstitute.org
www.itinerainstitute.org

Editeur responsable: Marc De Vos, Directeur