

Changeons de cap: Osons un monde solidaire



La santé ? Une priorité !

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹. De ce fait, la bonne santé ne dépend pas uniquement de l'accessibilité financière aux soins et de leur qualité. Toute une série d'autres facteurs ont un impact sur la santé : le patrimoine génétique, les conditions de travail, de logement, le revenu, l'environnement, le niveau de formation, le réseau social, etc. Si l'assurance soins de santé ne constitue, dès lors, qu'une partie de la solution vers davantage d'égalité, elle n'en est pas moins essentielle. Chacun cotise en fonction de ses moyens, et bénéficie du système en fonction de ses besoins.

Les soins de santé constituent un des secteurs les plus importants de la sécurité sociale en raison notamment du volume des interventions (remboursements aux assurés sociaux). Ils reflètent l'enjeu de cette assurance dans la couverture du risque maladie. Près de 80% des dépenses de santé (25 milliards en 2012) sont consacrés aux honoraires des médecins (7,3 milliards), aux remboursements des médicaments (4,4 milliards) et au prix de journée des maisons de repos (2,5 milliards) et des hôpitaux (5,4 milliards).

1. Pour une politique de santé solidaire et égalitaire !

Les personnes moins favorisées par rapport aux différents déterminants de la santé ont un risque plus important d'être en moins bonne santé. Selon une étude de la Mutualité chrétienne, **5% de la population concentrent 61% des remboursements de l'assurance soins de santé, 34% des tickets modérateurs et 73% des sup-**

pléments. Sans protection sociale, cette population restreinte, mais très fragilisée socialement, est pratiquement inassurable. **Seule une prise en charge par la collectivité peut garantir à tous l'accessibilité financière à des soins de qualité.**

1 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats, 1946, (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

2. Qui est compétent ?

Importance des élections

Le modèle de solidarité est mis sous pression. L'enjeu des élections est le maintien et le renfort de trois principes de base :

- La **solidarité** : il est essentiel de maintenir des moyens suffisants dans le secteur de la santé pour garantir son accessibilité financière à chacun, mais également pour répondre aux nouveaux besoins.
- Une **responsabilité** forte des mutualités et des prestataires de soins par la mise en place d'indicateurs de qualité et le contrôle de leur application effective. Les moyens alloués doivent être contrôlés et utilisés de manière adéquate, correcte.
- La **subsidiarité** des pouvoirs publics : les besoins du patient se modifient et la prévalence des maladies chroniques explose. Il faut partir des besoins du patient et non des structures fédérales, régionales et communautaires pour mener une politique de santé plus intégrée.

Ces trois principes doivent permettre une **qualité** des soins optimale. **Solidarité, responsabilité, subsidiarité et qualité restent les principes de base qui doivent être renforcés et auxquels on ne peut toucher.**

Compétences de chaque niveau de pouvoir

La définition des politiques nationales de santé demeure une compétence exclusive propre aux Etats membres (voir tableau ci-dessous pour la Belgique). Par conséquent, l'action de l'UE ne doit pas comprendre la définition des politiques de santé, ni l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. La politique de santé européenne consiste donc à développer une com-

pétence partagée avec les Etats membres et à compléter les politiques nationales.

Répartition des compétences principales « Santé » en Belgique suite au transfert de compétences

	Fédéral	Régional
Hôpitaux	Programmation (fixation nombre de lits), Financement (sauf investissements mobiliers, immobiliers et services médico-techniques lourds).	Financement (investissements mobiliers, immobiliers et services médico-techniques lourds), Fixation des normes d'agrément, Agrément.
Médicaments	Détermination du paquet de médicaments remboursés, Fixation des prix et du niveau de remboursement	/
Prestataires de soins	Fixation des honoraires, du niveau de remboursement et des tickets modérateurs, Détermination des quotas, Fixation des normes d'agrément	Fixation des sous-quotas, octroi des agréments, Organisation de la première ligne (aides à l'installation et coordination des soins)
Maisons de repos	/	Financement des soins, Subsidés à la construction, Programmation, Fixation des normes d'agrément, Agrément.
Prévention	Prévention individuelle (entre le médecin et son patient)	Prévention organisée : calendrier vaccinal et dépistages organisés (e.a.)

3. Une santé juste et égalitaire : Où en sommes-nous ?

Pour garantir la santé et l'accès aux soins de santé à un maximum de personnes, quels que soient leurs revenus et leurs besoins, plusieurs enjeux et défis sont à relever. **L'enjeu majeur en la matière est sans doute la problématique de la persistance d'inégalités en termes de santé, ceci malgré l'offre universelle des soins de santé.** Une étude de la Mutualité chrétienne¹ met en évidence que **les personnes socio-économiquement moins favorisées ont un risque plus important de mortalité et de morbidité** (d'être affectées, entre autres, de maladies cardio-vasculaires et de maladies broncho-pulmonaires), sont moins sensibles aux soins et dispositifs de prévention, et ne recourent pas toujours au système de soins de manière efficace. **Globalement, les personnes**

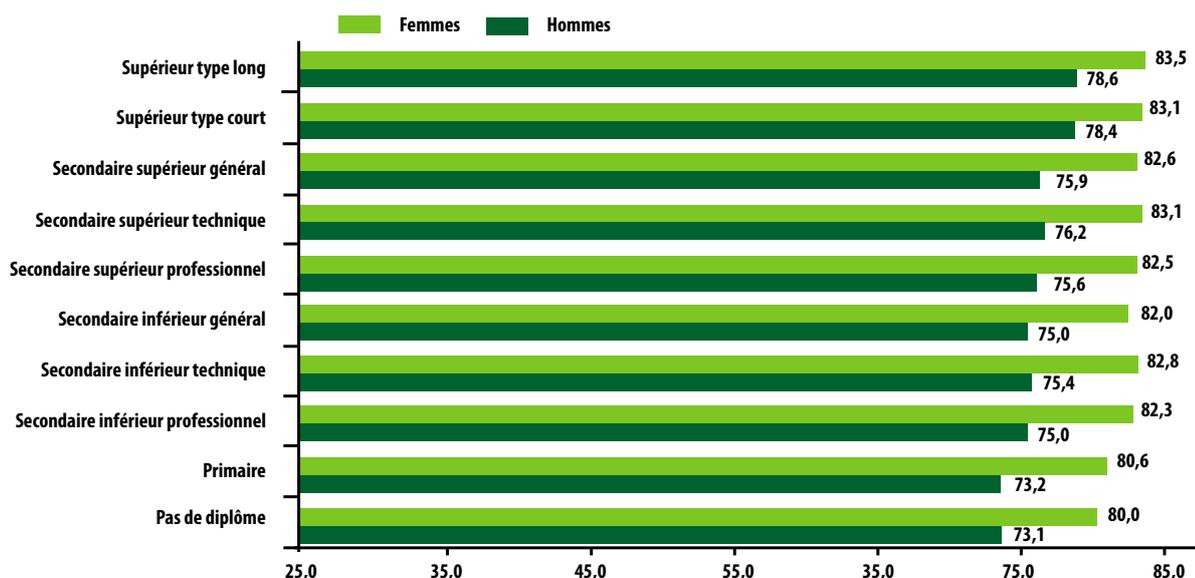
moins favorisées ont une espérance de vie en bonne santé moins élevée (voir figure 1).

En matière d'accessibilité financière aux soins, une enquête² menée par la Mutualité chrétienne met en évidence que, malgré les filets de sécurité comme le Maximum à facturer (MAF) ou l'intervention majorée, les frais de santé demeurant à charge des ménages belges peuvent être considérables. **Quatre ménages belges sur dix sont confrontés à des problèmes de santé de longue durée.** Les ménages confrontés à des problèmes de santé chroniques sont souvent des isolés ou des couples sans enfant dont la personne de référence est, en moyenne, âgée de 55 ans.

1 Avalosse H, Gillis O, Cornelis K, Mertens R. 2008b. Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes. MC-Informations. 233 : 3-15.

2 Avalosse H, Vancorenland S., Mertens R., Boly J. et al. 2009. Les malades chroniques en Belgique : impact sur la situation financière des ménages. MC-Informations. 237 : 23-47.

Figure 1 : Espérance de vie des hommes et des femmes de 25 ans en fonction du niveau de formation



Les dépenses de soins de santé se situent dans une fourchette de 155 à 226 euros par mois pour les ménages confrontés à des problèmes de santé chroniques. Les médicaments, les frais de transport, l'aide à domicile (aides ménagères et aides familiales), les consultations de médecins généralistes et spécialistes et les hospitalisations pèsent le plus lourd. Certains soins sont également reportés, principalement l'achat de lunettes, les soins dentaires, les consultations chez le généraliste ou le spécialiste et les médicaments.

Enfin, d'un point de vue européen, les soins de santé doivent faire partie intégrante des services sociaux d'intérêt général sur lesquels le droit de la

concurrence et la libre circulation des services ne peuvent pas s'exercer sans restriction. Ils ne peuvent être soumis aux mêmes règles d'imposition que les services commerciaux. Il convient de trouver un juste équilibre entre, d'une part, la volonté d'ouvrir les frontières (= la suppression des obstacles injustifiés à la liberté de prestation des services et la réduction des tracasseries administratives pour quiconque désire s'établir à l'étranger et aller y chercher des soins) et, d'autre part, le respect de la protection sociale nécessaire (= la garantie de la santé publique, de l'ordre public, de la sécurité publique, de l'environnement, des intérêts des consommateurs, de pratiques commerciales loyales, ...).

4. Changeons de cap ! Nos Pistes de revendications

Nous plaillons pour la mise en œuvre d'une politique globale de la santé qui intègre tous les déterminants liés à la santé : les conditions de logement, les conditions de travail, le niveau de revenus, le niveau de formation, la cohésion sociale, etc. Seule une approche transversale peut, à terme, réduire ces profondes inégalités.

Solidarité : diminuer la facture du patient

Il est essentiel de maintenir des moyens suffisants dans le secteur de la santé pour garantir à chacun son accessibilité financière, mais également pour répondre aux nouveaux besoins ; en priorité :

- pour les **malades chroniques** : étudier la possibilité d'intervenir pour certains médicaments actuellement non remboursés et, le cas échéant, les intégrer dans le MAF, mieux rembourser les transports urgents et non urgents, et augmenter les forfaits de soins ;

- à l'**hôpital** : interdire les suppléments d'honoraires en chambres communes et à deux lits en hospitalisation de jour, fixer un plafond légal de 100% de suppléments d'honoraires en chambre individuelle ;
- pour les **personnes en invalidité** : augmenter l'indemnité minimale des chefs de ménage, prévoir un pécule de vacances de 250 euros et majorer de 100 euros les allocations familiales complémentaires.

Responsabilité : renforcer la qualité et l'efficacité de notre système de santé

Il faut évoluer vers un système de responsabilité forte des mutualités et des prestataires de soins par la mise en place d'indicateurs de qualité et le contrôle de leur application effective. Ceci implique la mise en place d'un système d'indicateurs de qualité construit sur base de données objectives, et le contrôle que les prestataires de soins appliquent ces critères de qualité.

Continuité : adopter une approche intégrée des soins autour du patient

Les besoins du patient se modifient et la prévalence des maladies chroniques explose. Il faut partir de ceux-ci et non des structures fédérales, régionales et communautaires pour mener une politique de santé plus intégrée, en termes d'organisation et de financement. Ceci implique de :

- renforcer la **première ligne** : le rôle du médecin généraliste comme voie d'entrée dans le système de santé doit être confirmé et se traduire dans une saine collaboration et coordination avec les autres acteurs de la première ligne et de la deuxième ligne ;
- favoriser les **soins dans l'environnement du patient**, le maintien à domicile. Dans ce cadre, il faut :
 - mieux financer et ce, de manière adéquate, les soins infirmiers à domicile et prévoir une intervention pour les aides familiales ;
 - réformer le financement hospitalier : il faut financer en fonction des besoins, des pathologies, et non en fonction des prestataires (budget des moyens

financiers et honoraires médicaux). Dans ce cadre, la priorité doit aller à la reconversion des moyens alloués à l'aigu vers la revalidation et la convalescence. Il faut également étudier l'opportunité d'un transfert de moyens hospitaliers vers la prise en charge à domicile ;

- au vu du **transfert de compétences**, mettre en place une **concertation forte** entre le Fédéral et les différentes entités fédérées.

Une sécurité juridique accrue pour les services d'intérêt général

Une directive européenne sur les services sociaux d'intérêt général doit clarifier les concepts et leur champ d'application et confirmer la priorité des objectifs sociaux en matière de soins de santé et de l'aide aux personnes. Ces objectifs prioritaires concernent l'accessibilité pour tous, la garantie de la qualité des services, les tarifs sociaux, l'organisation et les instruments de maîtrise des coûts, etc.

5. En savoir plus ?

- Avalosse H, Gillis O, Cornelis K, Mertens R. 2008b. Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes. *MC-Information*. 233 : 3-15.
- Avalosse H, Vancorenland S., Mertens R., Boly J. et al. 2009. Les malades chroniques en Belgique : impact sur la situation financière des ménages. *MC-Information*. 237 : 23-47.
- Daloze C., Delvaux J., Gillis O., Tecchiato C. (2013) : *50 ans de protection solidaire*. Journal En Marche n°1499 (20 juin 2013).
- Les différents Mémoires des Mutualités chrétiennes en vue des élections européennes, fédérales, régionales et communautaires en 2014.

Le Mouvement Ouvrier Chrétien rassemble et est le porte-parole politique de ses organisations constitutives : CSC, Mutualité Chrétienne, Vie Féminine, les Equipes populaires, la JOC. Ce dossier a été réalisé par le CIEP (Mouvement d'éducation permanent du MOC)

Remerciements : Stéphanie BAUDOT, Paul BLANJEAN, André BOULVIN, Cécile DEWANDELEER, Thierry DOCK, Patrick FELTESSE, Olivier GILLIS, Frédéric LIGOT, Véronique ORUBA, François REMAN, Anaïs TRIGALET, Nicolas VANDENHEMEL.

Editeur responsable : Virginie DELVAUX, chaussée de Haecht, 579 – 1030 Bruxelles



Avec le soutien de **Mouvement Social, SCRL à finalité sociale**