

## Belgique

### Assurance maladie, soins de santé et sécurité sociale : trois éléments indissociables

Marianne DE TROYER et Estelle KRZESLO \*

Pour aborder la question du système belge de santé et sa complexité, deux étapes sont incontournables et indissociables : d'une part, une présentation du contexte historique et d'autre part, une présentation de la structure institutionnelle de la Belgique en matière de santé. Ces éléments constitueront les deux premières parties de cet article. La troisième partie décrit le mécanisme de fonctionnement de l'assurance maladie invalidité. Nous présenterons, dans la quatrième partie, le rôle d'un certain nombre d'acteurs. La cinquième partie porte sur les négociations sociales dans le « secteur du non-marchand ». Enfin, nous examinerons les débats relatifs aux dépenses de santé et au financement de la sécurité sociale avant de présenter les réformes dans lesquelles s'inscrit la Belgique.

---

#### La sécurité sociale belge, aperçu historique, état actuel

La naissance de la sécurité sociale « moderne » date des lendemains de la Deuxième guerre mondiale. Elle se subs-

titue à un système composite d'assurances sociales réservées à certaines catégories professionnelles de salariés.

Le système reposait sur la bonne volonté des acteurs, leur « esprit de prévoyance » sans engagement aucun de l'autorité publique. Ceci était conforme à la doctrine libérale des partis catholiques ou libéraux qui se partageaient le pouvoir en Belgique depuis sa fondation en 1830 jusqu'aux lendemains de la guerre de 14-18.

L'assurance volontaire n'eut guère de succès : les ouvriers ne semblaient pas véritablement animés de « l'esprit de prévoyance » que la bourgeoisie voulait leur inculquer.

En réalité, l'instauration du système de sécurité sociale en 1944 doit être considéré comme un aboutissement et non comme une création. Sa structure particulière qui associe des institutions publiques et des organismes privés, est issue d'un empilement de compromis entre les forces sociales et politiques qui structurent le pays.

---

\* Chargées de recherche au Centre de Sociologie du Travail, de l'Emploi et de la Formation de l'Université Libre de Bruxelles.

## BELGIQUE

Pour ne pas complexifier la présentation de notre système, nous ne parlerons plus ci-après que du régime des travailleurs salariés. Aujourd'hui, un organisme spécifique perçoit les cotisations sociales des employeurs et des travailleurs salariés, il s'agit de l'Office national de sécurité sociale (ONSS). Ces cotisations sociales, ainsi que d'autres moyens financiers, sont alors réparties entre les différentes branches de la sécurité sociale. Chaque branche est supervisée par un organisme public doté d'un comité de gestion paritaire. Pour ce qui concerne notre objet, l'assurance soins de santé et indemnités, les moyens disponibles sont gérés par l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) et les mutuelles qui jouent à la fois le rôle de sociétés d'assurance et de caisses primaires.

---

### **Structure de la Belgique et compétences en matière de santé**

La Belgique est un Etat fédéral composé de communautés et de régions. Il y a une répartition des compétences entre ces différentes entités institutionnelles.

En ce qui concerne la santé, l'autorité fédérale est compétente dans certains domaines de la législation organique (par exemple, la loi sur les hôpitaux) : financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique ; assurance obligatoire soins de santé (branche de la sécurité sociale) ; fixation des règles de base relatives à la programmation ainsi que de celles relatives au financement de l'infrastructure, y compris l'appareillage médical lourd ; matières relatives aux médicaments, aux dispositifs médicaux et au commerce de certaines substances (stupéfiants, hormones) ; exercice de la médecine et aide médicale urgente.

La politique de santé, dès qu'il s'agit d'une matière « personnalisable » (c'est-à-dire qui concerne les personnes et non les institutions : médecine préventive et curative, application de la législation relative à la programmation et à l'agrément des institutions de soins, relève d'une compétence communautaire.

La fragmentation des compétences entraîne une dispersion des moyens déjà très limités et empêche parfois d'avoir une vue globale du système de santé.

---

### **Assurance maladie invalidité, évolution et cadre actuel**

Dès 1945, chacun fut obligé de s'assurer contre la maladie et l'invalidité auprès d'un organisme assureur qui est la mutuelle. La mutuelle, organisme privé, n'est pas une société commerciale mais une association de membres. Il en existait des centaines jadis, au plan local, ou catégoriel ou professionnel, créées dans une famille politique qu'on appelle en Belgique « un pilier » (socialiste, catholique ou libéral) parce qu'ils soutiennent (ou menacent) l'édifice politique. Il a été question, lors des tractations qui ont conduit à l'élaboration du système, de priver les mutuelles de leur rôle de caisse primaire et de créer un système étatique de soins de santé. Cette proposition venant de certains socialistes fut rejetée par le monde chrétien qui craignait de voir disparaître ses propres mutuelles et son influence sur les populations.

De sorte que les mutuelles ont continué à jouer ce double rôle et ont pu aussi renforcer leur présence dans le monde des prestataires de soins. Comme caisse, elles versent les prestations auxquelles ont droit leurs affiliés : les indemnités de maladie et le remboursement des frais médicaux. S'agissant des prestations

obligatoires, les remboursements sont identiques d'une mutuelle à l'autre mais chacune peut offrir des services supplémentaires à ses affiliés, pratiquant cette concurrence si valorisée aujourd'hui. Toutefois, les mutuelles ne peuvent choisir leurs risques.

Il est assez vite apparu que les différentes mutuelles n'étaient pas véritablement sur un pied d'égalité, car leurs publics n'appartiennent pas aux mêmes couches sociales. Les études menées au sein des fédérations montrent en effet que les affiliés des mutualités socialistes appartiennent à des couches sociales plus défavorisées, ils sont plus âgés, plus souvent ouvriers, plus atteints par les maladies professionnelles, souvent chômeurs. Ils engendrent donc des dépenses supérieures et on fit état du déséquilibre entre mutualités socialistes et chrétiennes et surtout avec les mutualités libres et patronales. Ce fut l'objet d'un premier conflit entre les deux grandes familles.

Le débat entre les mutualités et le gouvernement porta sur la « responsabilité » des mutuelles en cas de déficit et sur l'implication de l'Etat. Du côté chrétien, on était en faveur d'un renforcement du rôle assuranciel de la mutuelle, revendiquant pour elle la liberté de moduler le montant des cotisations et des remboursements, tandis que les socialistes plaidaient eux pour le maintien de la solidarité entre salariés accompagnée d'une intervention plus forte de l'Etat.

La réforme introduite dans les années 1960 conduisit à la création d'une nouvelle institution, l'Institut d'assurance maladie invalidité (INAMI) dans lequel le secteur indemnités est distinct du secteur soins de santé ; les deux sont caractérisées par des comités de gestion paritaires : dans le secteur indemnités, les organisations syndicales et les organisa-

tions patronales représentent les pourvoyeurs de cotisations, et dans le comité des soins de santé sont représentées les mutuelles au nom de leurs membres, et les prestataires de soins, l'ensemble du corps médical. Le mécanisme développé devait concilier les thèses socialistes et chrétiennes mais aussi rétablir un équilibre dans les charges des unes et des autres.

Reste une tension récurrente avec les prestataires de soins qui prend des formes différentes depuis l'instauration du système d'assurance obligatoire. Les mutualités, en plus des fonctions qu'on a citées, ont aussi celle de prestataires de soins. Elles gèrent des hôpitaux, rémunèrent des médecins et un corps médical nombreux. Le secteur mutualiste fait partie du secteur non marchand des hôpitaux aux côtés d'autres hôpitaux privés non commerciaux.

Or, la doctrine dominante en Belgique a toujours été celle de la liberté du corps médical. Si les socialistes ont défendu le principe d'une médecine étatisée comme en Grande-Bretagne, ils n'ont jamais osé proposer une telle réforme au gouvernement.

Le principe des taux fixes de remboursement déterminés d'abord par les mutuelles et ensuite de manière concertée est à plusieurs reprises apparu comme une entrave à la liberté médicale. D'autant que certaines mutuelles proposaient de rémunérer directement le médecin, sans que le patient soit obligé de déboursier lui-même. Dans la plupart des cas, le médecin devait accepter le principe du tiers payant, alors qu'il aurait voulu fixer lui-même ses honoraires.

Toutefois, le corps médical libéral a dû se rendre à l'évidence : son discours ne recueillait l'assentiment que d'une partie minoritaire du public. Les chrétiens et les

## BELGIQUE

socialistes, les syndicats et les employeurs voulaient pouvoir contrôler le prix des prestations de santé pour garantir un remboursement suffisant. Faute de quoi, les gens se désassureraient.

La question était donc celle de la place qu'allait occuper ce corps médical dans la structure des soins de santé. Organisés en syndicats, associations corporatives de généralistes ou de spécialistes, associations francophones ou flamandes, les médecins libéraux se sont maintenant imposés comme interlocuteurs obligés des mutuelles pour discuter avec elles des accords dits « médico-mutualistes » (voir *infra*).

---

### **Les acteurs traditionnels du système de l'assurance maladie**

Actuellement, l'Institut national d'assurances maladie invalidité (INAMI) est un établissement public doté de la personnalité civile, chargé de la direction générale et du contrôle de l'assurance soins de santé et indemnités. La gestion administrative et générale de l'INAMI est assurée par le comité général de gestion. Ce comité est composé de manière tripartite d'un nombre égal de représentants des organisations représentatives des employeurs et des organisations de travailleurs indépendants, des organisations représentatives des travailleurs salariés, et de représentants des organismes assureurs, c'est-à-dire les mutuelles elles-mêmes et les caisses auxiliaires publiques. Les partenaires sociaux sont donc présents dans la gestion de l'INAMI au même titre que dans les autres organismes de sécurité sociale.

Trois représentants du gouvernement y siègent également : ils sont nommés par le Roi sur proposition des ministres ayant

en charge, respectivement, les affaires sociales, le budget et les classes moyennes.

La gestion quotidienne de l'INAMI est assurée par un administrateur général au travers de cinq grands services : le service des soins de santé, le service des indemnités, le service du contrôle médical, le service du contrôle administratif et d'un service général. Depuis 1991, l'INAMI assure plus de 99 % de la population.

Les organismes assureurs tels les unions nationales de mutualités et les deux caisses publiques (Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, la Caisse des soins de santé de la Société nationale de chemins de fer belges) remboursent des soins de santé et octroient des indemnités d'incapacité de travail et des indemnités de maternité. Pour pouvoir bénéficier de l'assurance soins de santé et indemnités, chaque bénéficiaire doit s'affilier auprès d'un organisme assureur. L'assurance obligatoire étant régie par la loi, son application par les organismes assureurs est tout à fait similaire. Toutefois, les affiliés ont la possibilité de cotiser en sus à une assurance dite libre (pour les travailleurs indépendants) ou dite complémentaire pour les travailleurs salariés qui leur propose une série de services annexes (soins et aide à domicile, assistance juridique, matériel médical de location, etc.). Les organismes assureurs se caractérisent par ce pluralisme idéologique et politique que nous avons évoqué dans la partie historique. Les patients ont la liberté de choix de leur organisme assureur. C'est dans le marché des assurances complémentaires que s'exerce la concurrence entre les mutuelles et les assureurs privés par exemple, pour l'assurance hospitalisation.

Depuis 1995, les moyens financiers de l'assurance maladie en Belgique sont

partiellement partagés entre les mutualités sur base d'une clé de répartition normative qui tient compte des frais de maladie attendus et acceptables par leurs membres. De ce fait, les mutualités elles-mêmes sont en partie financièrement responsables lorsque les dépenses médicales de leurs membres s'avèrent plus élevées que le budget qui leur a été attribué.

Ainsi, les partenaires sociaux sont présents dans la gestion des organismes de sécurité sociale (par exemple, l'INAMI), mais le rôle des mutuelles comme organismes assureurs, à la fois pour l'assurance obligatoire et la complémentaire (ou libre) est extrêmement important dans notre pays.

### **Les dispensateurs de soins**

La Belgique présente une caractéristique dualiste dans l'organisation de ses filières de soins et de leur financement : la médecine ambulatoire est restée dans le cadre de l'exercice libéral alors que les soins de santé sont publics ou parapublics et financés par des enveloppes budgétaires. Les dispensateurs de soins présentent donc aux patients leurs honoraires qui sont ensuite remboursés par les organismes assureurs. Les médecins libéraux belges sont rémunérés à l'acte mais ils ne peuvent fixer leurs honoraires librement que dans une certaine mesure car ceux-ci sont convenus dans les accords nationaux médico-mutualistes sont conclus (INAMI, 2004).

Le dernier accord médico-mutualiste a été signé le 15 décembre 2003 et il comporte des dispositions relatives aux relations entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes pour la période 2004-2005. Cet accord propose tant pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes une indexation li-

néaire des honoraires de 1,38 % pour 2004 et une masse d'indexation garanties pour 2005. Il confirme le fait que, pour être « conventionnés », les médecins ne peuvent augmenter leurs honoraires que dans une certaine fourchette de prix négociée. L'accord prévoit également une série de mesures concernant la revalorisation graduelle des actes intellectuels des médecins généralistes. Pour les médecins spécialistes, l'accord prévoit une revalorisation des honoraires de surveillance, des actes intellectuels et des actes techniques de certaines spécialités, revalorisation liée à des conditions d'utilisation judicieuse des soins.

Les honoraires des prestations d'autres catégories socioprofessionnelles (kinésithérapeutes, bandagistes, fournisseurs d'implants, orthopédistes) font également l'objet de conventions nationales avec les organismes assureurs.

On garde le principe de la liberté de choix du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, du kinésithérapeute, de l'orthophoniste, de l'infirmière ; de l'hôpital ou de la clinique ; la liberté de choix n'est pas limitée par l'aval d'un médecin référent.

### **Les établissements hospitaliers au travers de leurs gestionnaires**

La Belgique était dotée jusqu'au début des années 1980, comme d'autres pays, d'un nombre élevé d'hôpitaux de petite taille. Les données disponibles montrent que le nombre d'établissements hospitaliers a sensiblement diminué. En 1980, la Belgique disposait de 521 hôpitaux (444 hôpitaux généraux et 77 hôpitaux psychiatriques) ; en 1998, elle n'en possède plus que 239 (169 hôpitaux généraux et 70 hôpitaux psychiatriques). En 1980, le nombre total de lits était de 92 436 (68 254 dans les hôpitaux géné-

## BELGIQUE

raux et 24 182 dans les hôpitaux psychiatriques). En 1998, il était de 73 021 au total (56 553 pour les hôpitaux généraux et 16 468 pour les hôpitaux psychiatriques). Au niveau national, les chiffres d'activité globale des hôpitaux montrent que le séjour moyen par patient est passé de 19,5 jours en 1980 à 11,0 jours en 1998.

En Belgique, l'emploi hospitalier représentait en 1997 (une des dernières années statistiques disponibles), 113 591 travailleurs (ETP). 61 % du personnel hospitalier est occupé dans le secteur des hôpitaux privés et 39 % dans le secteur public. Le personnel infirmier forme la catégorie socioprofessionnelle la plus importante à l'hôpital : elle représente 41 % des effectifs tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Avant 2002, le financement de l'activité hospitalière (UNMS, 2001 : 7), trouvait son origine dans cinq sources : le budget « prix de journée » destiné à financer les frais d'exploitation hors hôpital de jour ; les forfaits par journée finançant les frais d'exploitation de l'hôpital de jour ; les honoraires médicaux fixés par les accords médico-mutualistes ; le chiffre d'affaire des spécialités pharmaceutiques ainsi que la fourniture de prothèses et d'implants et la participation du patient.

Le tiers payant s'applique au patient hospitalisé. Celui-ci paye toutefois une quote-part légale et des suppléments couvrant à la fois des frais d'hôtellerie et des frais médicaux.

Depuis 2002, une réforme du financement hospitalier a été mise en œuvre. « Désormais le financement de base (c'est-à-dire, le financement garanti indépendamment du niveau d'activité) ne couvrira plus qu'une partie des coûts découlant des normes d'encadrement dans les services hospitaliers, le solde devant

être assuré par l'activité » (UNMS, 2001 :21).

Cette nouvelle réforme renforce donc le poids de l'activité dans le financement et réduit celui de la structure de l'offre dans le calcul du budget de l'hôpital.

---

### **Les négociations collectives dans le secteur non marchand**

Ce qui singularise les négociations sociales pour les personnels de santé en Belgique, est leur inscription dans un cadre plus global, celui des relations collectives du « secteur non marchand ».

Une généalogie du secteur non marchand montrerait que la dynamique d'organisation des travailleurs sociaux est partie des revendications des personnels hospitaliers à la fin des années 1980. La majorité travaille dans des hôpitaux privés dépendant des grandes institutions caritatives chrétiennes ou des mutualités chrétiennes, ou socialistes, qui sont assimilées à un service public. C'est le même modèle d'organisation que les gouvernements ont assigné aux associations privées qui se sont développées dans le domaine socio-sanitaire, socio-culturel et de celui de l'insertion professionnelle.

### ***L'initiative aux organismes privés, le financement à l'Etat***

L'histoire de la Belgique montrerait qu'il ne s'agit pas d'une simple privatisation du service public, mais d'une pratique traditionnelle qu'on appelle ici « la liberté subsidiée ». Le résultat en a été la démultiplication du nombre d'initiatives dans tous les domaines et l'émergence d'un nouveau type de travailleurs sociaux, souvent entrés dans le non-marchand comme travailleurs précaires, qui vont chercher à améliorer leurs rémunéra-

tions, leur statut et leurs conditions de travail dans une perspective à long terme.

Avec ce nouveau public, les centrales syndicales d'employés vont mener une stratégie unificatrice : la mobilisation qui est partie du secteur de la santé s'est étendue aux autres secteurs (action sociale, activités socio-culturelles, services d'aide à domicile) pour devenir le mouvement social du « non-marchand », dont le terme s'impose au début des années 1990. De leur côté, les organisations d'employeurs se structurent progressivement et se positionnent comme partenaire social et comme groupe de pression.

Le résultat est qu'aujourd'hui, le « secteur non marchand » est un secteur d'activité professionnelle au même titre que les autres, où les rapports sociaux doivent s'établir selon des règles approuvées en concertation. C'est ce qu'illustre la négociation de ce qu'on a appelé au printemps 2000 les « accords du non-marchand », où on a vu, pour la première fois tous les responsables politiques et tous les acteurs de terrain conclure une série d'accords – cadre dans le but d'uniformiser le statut social de la totalité des travailleurs sur le modèle des conventions collectives du secteur de la santé.

Le « secteur du non-marchand » renégocie d'ailleurs ces accords – cadre dans le courant du mois d'octobre 2004 ; des grèves dans les hôpitaux sont d'ores et déjà annoncées. Sur la table de négociation à ce stade, la proposition du ministre des Affaires sociales Rudy Demotte qui est de créer 3 000 emplois pour améliorer la qualité des soins notamment chez les personnes âgées et réduire la charge de travail du personnel. En revanche, un point qui tient à cœur aux organisations syndicales est celui de l'augmentation salariale mais celle-ci n'est pas retenue

comme prioritaire par le ministre qui souhaite d'abord connaître l'évolution salariale des autres professions.

En conclusion, l'organisation et la négociation de l'emploi hospitalier en Belgique s'inscrivent donc dans un cadre éminemment différent de celui de la France. Outre ce périmètre différent, il y a lieu de ne pas oublier que l'on se trouve dans un contexte institutionnel complexe en ce qui concerne la santé. Cela signifie concrètement pour les partenaires sociaux et donc le « secteur du non-marchand », la tenue de négociations au niveau fédéral, au niveau de la région bruxelloise, au niveau de la région wallonne, au niveau de la région flamande, de la communauté française et au niveau de la communauté Wallonie-Bruxelles en fonction des prérogatives de chacune en matière de santé.

---

#### **Les débats actuels sur les dépenses de santé**

Les prévisions budgétaires de la sécurité sociale et, en particulier, de l'assurance maladie ne sont guère optimistes pour l'année 2005 ; les premières estimations envisagent respectivement un déficit global d'un milliard d'euros pour la sécurité sociale et d'environ 300 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Les dépenses de santé ont triplé en termes réels au cours des 25 dernières années en Belgique et ce, tant pour les dépenses globales que pour les dépenses publiques. La part du PIB affecté à ces dépenses est passée de 6,6 % en 1980, à 7,4 % en 1990 et à 8,8 % en 2001.

Depuis plusieurs années, on a pu constater que, malgré les tentatives d'économie, les dépenses de santé augmentent en termes réels de 4 % par an. Ce phénomène est connu, c'est d'ailleurs pour cette

## BELGIQUE

raison que le gouvernement a inscrit une norme de croissance de 4,5 % par an.

Il ne suffit pas de parler des dépenses de santé, il y a lieu de parler également des recettes de la sécurité sociale. Les cotisations sociales (revenus du travail) restent la principale source de financement de la sécurité sociale ; elles représentent 75 % des recettes en 2004. Ces dernières années, plusieurs mesures gouvernementales ont réduit les cotisations patronales, et donc les charges des entreprises, en vue d'encourager la création d'emplois.

Les recettes de la sécurité sociale sont donc moins importantes que par le passé. L'Etat s'est engagé à compenser la diminution de ces recettes par un financement alternatif (versement d'une partie des recettes de la TVA) toutefois avec la diminution des recettes fiscales, ce financement alternatif devient problématique. Le financement de la sécurité sociale devrait être assuré de manière structurelle ce qui n'est pas le cas actuellement. Pour ce faire, une suggestion serait d'élargir l'assiette des cotisations sociales en ajoutant aux revenus du travail les revenus mobiliers et immobiliers et les bénéfices des sociétés. C'est ce que l'on appelle la contribution sociale généralisée. Deux organisations syndicales, la CSC et la FGTB y sont favorables.

---

### Réformes du système de santé, une réorganisation infinie

Quelles sont les mesures prises en Belgique pour mener une politique active de santé ? Elles sont multiples :

1. Créer une offre de soins adaptée aux besoins d'une population vieillissante : en Belgique, les plus de 65 ans représentent 17 % de la population.

2. Réduire la consommation et la part des médicaments dans le total du budget :

une étude de la Fondation néerlandaise des indicateurs pharmaceutiques (SKF) basée sur des chiffres de 2002 montre que la Belgique est le 4<sup>e</sup> consommateur de médicaments en Europe. Le gouvernement a pris différentes mesures visant à lutter contre cette surconsommation en favorisant l'utilisation des génériques, en développant la prescription en dénomination commune internationale. Les médicaments génériques ou les originaux moins chers bénéficieront d'une incitation financière supplémentaire dès 2005 puisque la quote-part payée par le patient (ticket modérateur) sera dès 2005 diminuée de 10 %.

3. Revaloriser la médecine de première ligne : il s'agit de revaloriser d'une part, le statut et le statut du médecin généraliste et d'autre part, de remettre ce dernier au cœur du système de consultation du patient en faisant du « dossier médical global » un instrument d'échange de données avec les médecins spécialistes. Si le patient est fidèle à son médecin généraliste, il paiera un ticket modérateur réduit. De même, sa visite chez un médecin spécialiste sera moins coûteuse si elle est prescrite par son médecin référent.

4. Organiser et structurer les soins et la médecine d'urgence : il s'agit de tenter de dissuader les patients de recourir aux urgences de l'hôpital lorsque leur état ne le justifie pas. S'ils y recourent, des honoraires plus élevés leurs seront facturés, qui pourront servir à organiser des gardes de généralistes (nuits et week-ends).

5. Analyser et réduire les écarts entre les pratiques notamment au travers du concept de *peer review* (évaluation entre pairs).

6. Garantir une offre de personnel soignant et médical suffisant : l'instauration du *numerus clausus* a suscité maints dé-



bats. Une étude sur l'offre et le besoin en médecins (Deliège D., Lorant V., 2003) a démontré que ce *numerus clausus* a été décidé en Belgique à un bien mauvais moment car un nombre croissant de médecins sortiront du marché du travail dans les 15 et 20 prochaines années, tandis qu'augmenteront continuellement les besoins.

7. Trouver une solution au sous-financement chronique des hôpitaux : tous les hôpitaux, publics ou privés, sont touchés par ce phénomène. Toutefois, les hôpitaux publics sont légalement tenus d'accepter tous les patients y compris ceux qui sont non solvables : ils se jugent donc plus concernés par le sous-financement auquel ils tentent de remédier en imposant aux patients des suppléments de toutes sortes (*Le Soir*, 2/09/2004). La majorité gouvernementale a décidé en septembre 2004 d'apurer le surendettement des établissements hospitaliers. En contrepartie, les hôpitaux ne pourront pas infliger de nouveaux suppléments aux patients ni réduire davantage les honoraires des médecins.

8. Privilégier enfin la prévention notamment par l'accès gratuit des enfants de moins de 12 ans aux soins dentaires, le remboursement des appareils auditifs chez les adolescents jusqu'à 18 ans, la gratuité du sevrage tabagique pour la femme enceinte et son partenaire, etc.

9. Développer des centres d'expertise en vue de définir des « bonnes pratiques » permettant d'assurer des soins de qualité à un coût étudié.

politique et sociale du pays avec sa tradition de tensions entre « piliers ». Ces piliers, libéral, socialiste et catholique, structurent l'édifice politique mais également l'édifice institutionnel.

Chaque branche de la sécurité sociale et, l'assurance maladie invalidité n'y fait pas exception, présente un terrain particulier d'affrontements et de compromis entre ces forces politiques incarnées par les représentants du gouvernement, ainsi qu'entre les organisations syndicales et les organisations patronales.

Mais la fragmentation des compétences en matière de santé entre les différentes entités publiques ajoute encore à la complexité de la présentation de notre système de santé.

A ces intervenants institutionnels et politiques du système de santé, s'en ajoutent d'autres : les mutuelles dont le rôle comme organismes assureurs mais aussi comme dispensateurs de soins est incontournable ; les médecins organisés en syndicats, associations corporatives de généralistes et de spécialistes ; les autres prestataires de soins (kinésithérapeutes, bandagistes, orthopédistes, également organisés en association etc.).

C'est donc au travers d'un empilement de compromis qui mettent l'ensemble des acteurs du système de santé, des forces politiques et des forces sociales autour de la table que se construit et fonctionne le système belge de santé, son financement et le cadre de ses réformes.

---

### Réformes et compromis, une histoire longue

En Belgique, le système de l'assurance maladie et des soins de santé s'inscrit dans le cadre complexe de l'histoire

### Sources :

Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) (2004), *Vers des prescriptions qui tiendraient davantage compte du coût des médicaments – Les médicaments dans un cadre plus large*, <http://www.mc.be>

## BELGIQUE

« Déficit de la sécu : poser un diagnostic correct », *En Marche, journal des mutualités chrétiennes*, Editorial du 2, septembre 2004.

Deliège D., Lorant V. (2003), « Offre et besoins en médecins : projections pour les Communautés française et germanophone de Belgique », *Revue belge de sécurité sociale*, 4<sup>e</sup> trimestre, Bruxelles, pp. 1117-1154.

Demotte Rudy (2004a), ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Conférence de presse du 24 septembre, *Le budget de l'assurance maladie 2005. Une politique de soins dictée par un objectif de santé publique*, 12 pages + annexes.

Demotte Rudy (2004b), ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Conférence de presse du 24 septembre, *Campagne sur les médicaments génériques*, 6 pages.

Institut belge pour la promotion de la santé (IBES) (2004), *Compendium de statistiques de la santé 2003-2004*, Bruxelles.

INAMI (2004), Rapport annuel 2003 de l'INAMI, <http://www.inami.be>

Service Public Fédéral (SPF) Sécurité sociale (2002), *Aperçu de la sécurité sociale en Belgique*, 2002.

« Soins de santé : Les hôpitaux publics exsangues », *Le Soir*, 2 septembre 2004.

Union nationale des mutualités socialistes (UNMS) (2001-b), C. Lucet et J.M. Laasman, Direction générale études, développement et information, *Evaluation de la qualité des soins*, décembre.

Union nationale des mutualités socialistes (UNMS) (2001-c), J.M. Laasman, *Financement des hôpitaux en Belgique*, Rapport rédigé pour l'Alliance internationale des mutualités.

Van Themsche P. (1994), *La sécurité sociale, les origines du système belge, le présent face à son futur*, De Boeck Université, Bruxelles.