



Collection “ CEPESS ”

ÉTUDE :

Les transferts des allocations familiales et de soins de santé



Éditeurs responsables :

Eric PONCIN,
Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation

En collaboration avec :

Antoine de BORMAN
Centre d'Etudes Politiques, Economiques et Sociales

Rue des Deux Eglises, 41-45

1000 Bruxelles

Tél. : 02/238 01 00

Fax : 02/238 01 18

Auteurs : Jean Hermesse, Laurent de Briey et Antoine de Borman
Juin 2013



Avec le soutien du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Table des matières

Introduction	5
I. Les allocations familiales : vers un droit de l'enfant ?	9
I.1. Une première étape : l'harmonisation salariés - indépendants	10
a. Coût de l'harmonisation	11
b. Règle de priorité	12
c. Conséquence sur les opérateurs	12
d. Autres règles à harmoniser entre les régimes	13
I.2. Deuxième étape : l'inscription des allocations familiales dans la Constitution	14
I.3. Mode de financement des allocations familiales	15
I.4. Vers un réel droit de l'enfant ?	15
I.5. Une indispensable coordination entre les Communautés	16
2. Les risques liés au transfert des soins de santé	18
2.1. Risque d'incohérence et non-coordination entre les politiques de santé fédérale et communautaires	18
2.2. Risque de sous-financement et privatisation	20
2.3. Risque de réduction de l'accessibilité	22
2.4. Risque de « Complexité » et coût global de gestion importants	23
3. Le financement des Communautés pour les dépenses de soins de santé et d'allocations familiales transférées	25
3.1. Le financement des Communautés pour les allocations familiales	25
a. La dotation allocations familiales	25
b. Le mécanisme de transition	26
c. Evolution future des dépenses et des recettes pour les allocations familiales	27
d. Quelle source de financement ?	28
3.2. Le financement des dépenses de soins de santé	30
a. L'estimation initiale des dépenses	30
b. Les mécanismes initiaux de financement des entités fédérées	31

• La dotation « soins aux personnes âgées »	31
• La dotation « autres soins de santé »	31
• Le mécanisme de transition	31
c. Evolution future des dépenses et des recettes	32
3.3. Observations communes aux soins de santé et aux allocations familiales	33
4. Principes et opportunités pour l'organisation du transfert des soins de santé et des allocations familiales	35
4.1. Un modèle de gouvernance basé sur la concertation et la gestion paritaire	36
4.2. Une approche globale et cohérente entre les secteurs de soins	37
4.3. Cohérence et coopération entre le niveau fédéral et les Communautés	37
4.4. Simplification et rationalisation	38
4.5. Un coût de gestion administratif maîtrisé	38
4.6. Pour le modèle gestion fédérée de protection sociale	39
Conclusion	41

Introduction

L'accord institutionnel conclu en octobre dernier prévoit le transfert de compétences importantes aux Communautés en matière de soins de santé et d'aide aux personnes. Ces matières transférées représentent un montant total de plus de 4 milliards d'euros, soit un sixième du budget des soins de santé. Ce budget dépasse largement l'ampleur des quelques compétences de santé qui sont déjà aux mains des entités fédérées, en termes de prévention, d'institutions de repos ou de soins, ou de soins à domicile. L'impact de cette réforme sur l'organisation des soins de santé est par conséquent majeur. L'accord institutionnel prévoit également un transfert de l'ensemble des allocations familiales, qui représentent 6 milliards d'euros. Au total, ce sont des compétences de 10 milliards d'euros qui sont transférées aux Communautés, soit pour ces seules compétences une augmentation de près de 20% de leur budget.

Les Communautés seront désormais compétentes pour la gestion et l'octroi des allocations familiales. Celles-ci constituent un élément fondamental de solidarité dans notre pays. De solidarité entre les personnes qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas. De solidarité également entre les différents niveaux de revenus, puisque des cotisations différentes payées proportionnellement au revenu permettent de bénéficier de mêmes prestations.

Les allocations familiales constituent souvent un élément substantiel du revenu des familles. Cette aide financière permet de répondre à des besoins liés à l'éducation des enfants, aux soins à leur apporter, à leur habillement, aux multiples petites dépenses liées aux besoins quotidiens ou ponctuels des enfants. Mais plus largement, pour toutes les familles, les allocations familiales sont un soutien à la parentalité. Elles sont la reconnaissance que la société souhaite apporter à ceux qui, tous les jours, accompagnent leur enfant à grandir, apprendre, découvrir. Elles sont un soutien continu dont les parents ont besoin. Dans ce cadre, les allocations familiales sont avant tout une contribution pour permettre à chaque enfant de disposer des ressources nécessaires à son épanouissement.

Le transfert des allocations familiales aux Communautés constitue une nouvelle étape dans les transferts de compétences. En effet, il s'agit pour la première fois du transfert d'une branche entière provenant de la sécurité sociale, transférée dans son entièreté aux entités fédérées.

Notre système de soins de santé se distingue aujourd'hui par sa qualité, son efficacité et son accessibilité : pas ou peu de listes d'attente, une grande proximité, un haut niveau de formation du personnel soignant... Dans notre pays, il ne faut pas montrer patte blanche pour se faire soigner et les techniques de pointe sont utilisées pour l'ensemble des patients. Ce sont les besoins des patients qui déterminent les techniques utilisées, et non leur niveau de revenu.

Indépendamment de la réforme de l'État, notre système de soins de santé fait face à de nouveaux défis. Le vieillissement de la population, et la forte augmentation de la population de plus de 80 ans qui va s'observer durant les prochaines années, impliquent une transformation du type de soins demandés : davantage de maladies chroniques, davantage de lieux de séjour de longue durée... Par ailleurs, les dépenses réalisées dans le secteur des soins de santé sont en constante augmentation, et leur croissance est plus importante que celle du PIB. L'inégalité d'accès aux soins de santé reste importante, induite par les coûts à charge du patient et par la montée en puissance de services commerciaux, venus compenser le manque d'offre dans certains segments (comme les maisons de repos).

Dans ce contexte, les nouveaux transferts de compétences accentuent encore les défis auxquels est confrontée l'organisation des soins. Dans le domaine des soins de santé, les compétences transférées touchent de nombreux secteurs : les maisons de repos, le soutien à la première ligne, les investissements dans les infrastructures hospitalières, la santé mentale, les centres de révalidation, etc. Le type de compétence transféré varie d'un secteur à l'autre : coûts de fonctionnement (en partie ou intégralement), coûts d'investissement, coûts de coordination, normes d'agrément...

Ces compétences concernent pour une large part les personnes âgées. Or, avec le vieillissement de la population, le transfert de ces compétences se traduit inévitablement par un transfert de charge vers les Communautés. Pris isolément, certains postes ont connu une forte croissance ces dernières années, bien au-delà de la croissance moyenne des dépenses en soins de santé. Ainsi, les dépenses pour les maisons de repos ont augmenté de 7,6% entre 2003 et 2010. Fondu le budget de l'assurance maladie, cette croissance pouvait être compensée par une stabilisation d'autres postes budgétaires. Demain, la poursuite de tels rythmes de croissance va se confronter aux moyens plus limités dont bénéficieront les Communautés.

Ces transferts de compétences posent par conséquent de multiples défis aux Communautés amenées à les gérer à l'avenir. Nous tenterons dans cet article de les détailler et de décrire les mécanismes financiers qui permettront de les financer à l'avenir. Nous tracerons enfin des pistes de solution pour l'avenir.

Les auteurs remercient Pauline Loeckx et Olivier Gillis pour leur contribution à cette rédaction.

1. Les allocations familiales : vers un droit de l'enfant ?

Le régime des allocations familiales a été dès le départ une branche de la sécurité sociale, au même titre que l'assurance-chômage ou les pensions. Pour autant, ce régime est soumis depuis plusieurs années à de multiples questions quant à ses fondements. Son mode d'ouverture de droits est-il encore adapté à l'évolution des relations sociales, des relations familiales ?

Le régime des allocations familiales a conservé les caractéristiques qui lui sont liées dès le départ. Le droit aux allocations familiales est ouvert par le travailleur attributaire, qu'il relève du secteur salarié, indépendant ou du secteur public. Progressivement, l'assurabilité a couvert également les travailleurs qui ne disposent pas d'un emploi (les chômeurs, les invalides) voire même ceux qui n'ont aucun lien avec le marché du travail. L'allocation familiale est payée à l'allocataire (la mère dans le régime salarié, le père dans le régime indépendant), pour un bénéficiaire (l'enfant).

Si l'octroi des allocations familiales a couvert progressivement les diverses situations socio-professionnelles, pour devenir universel, il reste cependant assez éloigné d'un droit de l'enfant. La vérification de l'assurabilité de l'attributaire demeure en effet un principe fondamental d'ouverture du droit. Celui-ci est lié au paiement de cotisations sociales, qu'elles soient proportionnelles et non-plafonnées dans le régime salarié, plafonnées dans le régime indépendant, ou capitatives dans le régime public.

À l'occasion du transfert de cette compétence vers les Communautés, il y a lieu de s'interroger : ce transfert sera-t-il l'occasion de transformer ce régime en un droit de l'enfant ?

1.1. Une première étape : l'harmonisation salariés - indépendants

Afin d'évoluer vers un droit de l'enfant, une première étape est d'harmoniser les montants d'allocations perçus quel que soit le statut professionnel. Pour y arriver, il y a lieu de combler toute différence entre les montants issus de situations historiques liés aux statuts salarié et indépendant. Pour cette raison, l'harmonisation de ces deux régimes est posée comme un préalable au transfert de compétence. Deux raisons à cela : d'une part, afin que l'impact budgétaire de cette harmonisation soit à charge de l'État fédéral et non des entités fédérées ; et ensuite parce que la logique qui prévaut à l'organisation de cette compétence après le transfert rend la référence au statut socio-professionnel antérieur de moins en moins pertinente.

Les différences qui persistent entre les deux régimes sont les suivantes :

- Allocations familiales ordinaires pour le 1^{er} enfant : 78 EUR chez les indépendants et 83,4 chez les salariés ;
- Allocations familiales majorées pour le 1^{er} enfant lorsque l'attributaire est pensionné (avec condition de revenus) : 102,85 EUR chez les indépendants et 125,86 EUR chez les salariés ;
- Suppléments d'âges¹ :
 - Chez les travailleurs indépendants, les plus jeunes enfants et les enfants uniques ne reçoivent pas de supplément d'âge au taux ordinaire. Les plus jeunes enfants et les enfants uniques d'attributaires pensionnés au taux majoré ou de familles monoparentales ne reçoivent pas davantage de supplément d'âge ;
 - Chez les travailleurs salariés, les suppléments d'âge au taux ordinaire sont réduits de moitié pour les enfants du premier rang. Les enfants qui bénéficient d'un supplément social, d'un supplément monoparental ou d'un supplément pour handicapés perçoivent les suppléments d'âge intégraux.

Concrètement, dans la plupart des cas, les allocations dans le régime des salariés sont d'un niveau supérieur. Toutefois, dans certains cas, les allocations des indépendants sont supérieures à celles des salariés et du secteur public.

¹ Les régimes des allocations familiales salarié et indépendant prévoient l'octroi de suppléments qui augmentent avec l'âge des enfants (à 6, 12 et 18 ans).

Tel est le cas, par exemple, lorsque dans un ménage qui comprend deux enfants, l'aîné a atteint l'âge de 6 ans. Cet aîné bénéficie du supplément d'âge réduit de moitié dans le régime des travailleurs salariés, tandis que dans le régime des travailleurs indépendants, il perçoit l'intégralité du supplément d'âge.

Cette harmonisation soulève de multiples points d'attention abordés ci-dessous.

a Coût de l'harmonisation

Il s'agit d'identifier de quelle manière cette harmonisation entre salariés et indépendants va être financée. Le coût de cette harmonisation a été estimé en fonction de deux hypothèses :

- ▶ 1^{ère} hypothèse : coût total de l'alignement sur le régime des salariés : 20,3 millions EUR.
 - Alignement des allocations familiales pour le 1^{er} enfant : 6.716.406 EUR pour 100.498 enfants du premier rang dans le régime des travailleurs indépendants ;
 - Alignement des suppléments d'âge : 13.584.993 EUR (27.275.092 EUR pour l'octroi d'un supplément d'âge aux plus jeunes enfants et aux enfants uniques pour 70.936 enfants et une diminution des dépenses de 13.690.099 EUR pour la réduction des suppléments d'âge pour les enfants du premier rang aux montants « réduits de moitié » pour 55.791 enfants.)
- ▶ 2^{ème} hypothèse : coût total de l'alignement sur le régime le plus avantageux : 245 millions EUR.
 - Alignement des allocations familiales pour le 1^{er} enfant : 6.716.406 EUR pour 100.498 enfants du premier rang dans le régime des travailleurs indépendants ;
 - Suppression de la réduction de moitié des suppléments d'âge chez les salariés et dans le secteur public : 203.176.652 EUR ;
 - Octroi d'un supplément d'âge aux plus jeunes enfants et aux enfants uniques dans le régime des travailleurs indépendants : 35.487.184 EUR.

Ces estimations ne tiennent pas compte de l'impact éventuel sur le régime des allocations familiales garanties mais celui-ci devrait rester marginal. La première hypothèse, de l'alignement sur le secteur salarié, semble la plus réaliste et est d'ailleurs celle qui a été retenue dans les trajectoires budgétaires.

L'accord de Gouvernement ne précise pas d'où doivent provenir les moyens nécessaires à cette harmonisation. On se souvient que, dans le passé, les améliorations du statut des travailleurs indépendants ont été largement financées par une augmentation provenant du budget de l'État fédéral. Toutefois, l'accord de gouvernement précise que les améliorations au sein du statut social des indépendants pourraient être apportées en fonction des possibilités budgétaires du régime lui-même.

b Règle de priorité

L'harmonisation des allocations familiales implique que l'identification du parent qui a droit aux allocations n'est plus aussi évidente qu'auparavant. Antérieurement, la règle voulait que le bénéfice de l'enfant prime et que le régime le plus favorable (généralement celui des salariés) soit systématiquement appliqué. Désormais, il n'y aura plus de régime plus avantageux et donc plus de raison de se tourner en priorité vers l'un ou l'autre régime. Comment définir qui est le parent attributaire et à quel régime imputer les dépenses ? Cette question a une importance particulière pour déterminer les coûts à charge des différents régimes.

c Conséquence sur les opérateurs

L'harmonisation des allocations familiales entre le régime des indépendants et des salariés devrait également amener des modifications en ce qui concerne les opérateurs, à savoir les caisses d'allocations familiales. Actuellement, il y a 14 caisses d'allocations familiales privées et 11 caisses d'allocations familiales pour les indépendants (en ce compris la caisse auxiliaire)². On peut penser que l'harmonisation des conditions d'octroi des allocations familiales entre salariés et indépendants ne justifiera plus la séparation des caisses elles-mêmes.

² Ainsi que 2 caisses particulières (l'ONAFTS pour les prestations garanties et l'ONSS-APL pour les entités locales), auxquelles il faut encore rajouter les organismes publics qui versent eux-mêmes les allocations familiales pour leur personnel.

d Autres règles à harmoniser entre les régimes

Outre les montants des allocations familiales, d'autres dispositions devraient également être harmonisées entre les différents régimes, avec en général peu d'incidence budgétaire :

- Application d'une trimestrialisation généralisée entre travailleurs indépendants et travailleurs salariés ou du secteur public pour éviter les doubles paiements : actuellement le droit reste ouvert jusqu'à la fin du trimestre de cessation de l'activité ;
- Uniformisation des possibilités d'ouverture du droit par des frères/sœurs de l'enfant bénéficiaire : il n'est plus nécessaire de donner priorité au salarié ;
- Uniformisation des règles de détermination de la priorité en cas de placement de l'enfant en institution : actuellement, le régime indépendant ne prévoit pas de règle de priorité pour la détermination de l'attributaire ;
- Uniformisation de la détermination de l'allocataire en cas de prime d'adoption ;
- Uniformisation des règles relatives aux effets d'une mise en ménage/mariage du survivant sur le droit d'orphelin : maintien de la qualité d'attributaire pour l'orphelin mais avec des allocations familiales au taux ordinaire ;
- Uniformisation des règles relatives aux délais de prescription en cas d'indu découlant d'une erreur administrative : la Charte de l'assuré social doit être respectée ;
- Uniformisation des règles de détermination de l'allocataire prioritaire (actuellement le père chez les indépendants et la mère chez les salariés), dans l'hypothèse où un système attributaire/allocataire était maintenu ;
- Ces différentes adaptations permettraient de disposer d'un système réellement unifié.

1.2. Deuxième étape : l'inscription des allocations familiales dans la Constitution

L'accord institutionnel prévoit de consacrer le droit aux allocations familiales dans la Constitution. Plus précisément, il a été choisi pour inscrire ce droit de modifier l'article 23 de la Constitution³. L'inscription du droit aux allocations familiales consacre celui-ci comme fondamental quel que soit le lieu de domicile de l'enfant. Par conséquent, il nous semble être un élément indiquant l'évolution de ce droit vers un droit de l'enfant.

L'intérêt de cette inscription est notamment lié à la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, qui reconnaît que cet article revêt une règle de « standstill », à savoir l'interdiction d'opérer une régression significative des droits qui y sont inscrits⁴. Cette règle générale permet par conséquent d'éviter qu'une Communauté, demain compétente pour les allocations familiales, diminue significativement les droits des bénéficiaires d'allocations familiales sans objectif légitime et le respect de la proportionnalité entre l'objectif à atteindre et les moyens déployés, tant au niveau du montant que des conditions d'octroi.

Par ailleurs, l'inscription de ce droit dans la Constitution permet de renforcer deux principes :

1. Garantir l'universalité du droit aux allocations familiales : il s'agit d'un droit pour chaque enfant qui ne peut être conditionné (par une enquête sur les ressources ou en fonction du respect de l'obligation scolaire, par exemple) ;

³ L'article 23 de la Constitution stipule : « Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine ». À cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice. Ces droits comprennent notamment :

1° le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi, visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible, le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective ;

2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ;

3° le droit à un logement décent ;

4° le droit à la protection d'un environnement sain ;

5° le droit à l'épanouissement culturel et social ;

⁴ Arrêt de la Cour constitutionnelle n°5/2004 du 14 janvier 2004.

2. S'assurer que chaque enfant continuera à recevoir des allocations familiales en espèces et éviter que les allocations familiales ne soient reconverties en une autre forme d'aide aux familles.

1.3. Mode de financement des allocations familiales

Un troisième élément, tout aussi majeur, tend à évoluer vers un droit de l'enfant pour ce qui concerne les allocations familiales : le mode de financement de cette compétence transférée. En effet, le financement de celle-ci est lié au nombre d'enfants de moins de 18 ans au sein de chacune des entités. Ce mode de financement ne dépend donc pas de la situation professionnelle des parents, ou d'autres caractéristiques, mais traite chaque enfant de la même manière.

Au-delà de l'analyse budgétaire des modes d'attribution des moyens aux différentes Communautés, ce mode de financement, lié au nombre d'enfants domiciliés sur chaque entité, modifie de facto le mode d'attribution des allocations familiales. Si l'allocation familiale est la même quelle que soit la situation professionnelle, il n'y a plus lieu d'en tenir compte, a fortiori si les moyens de chaque entité sont liés simplement au nombre d'enfants présents sur chaque territoire. Le transfert de compétence, par son mode de financement, tend dès lors à évoluer vers une ouverture du droit aux allocations sur base du lieu de résidence.

1.4. Vers un réel droit de l'enfant ?

Les diverses modifications présentées ci-dessus, liées à la mise en œuvre de l'accord institutionnel, constituent autant d'éléments qui font évoluer le droit aux allocations familiales vers un droit de l'enfant. Cette évolution présente de multiples améliorations et simplifications au régime : éviter le recours au concept d'attributaire, favoriser un rapprochement des différentes caisses de paiement...

Afin de parvenir à une réelle harmonisation des conditions d'octroi dans les différents régimes, y compris dans le secteur public, des évolutions ultérieures sont néanmoins nécessaires. Ainsi, le financement des allocations familiales dans le secteur public reste, dans certains cas, assuré par des cotisations capitatives (déterminées par un nombre de journées de travail et non par la rému-

nération) plutôt que des cotisations sociales habituelles⁵. Cela se justifie-t-il encore pour l'avenir ? Par ailleurs, les administrations doivent-elles maintenir le paiement elles-mêmes de ces allocations plutôt que de recourir à des organismes spécialisés ? Anticipant cette question, l'ONAFTS a précisément planifié le rapatriement dans son giron du paiement des allocations familiales pour une série d'institutions publiques.

Pour parvenir à un réel droit de l'enfant, des étapes ultérieures sont nécessaires, qui dépassent le cadre de cette contribution. Toutefois, une allocation qui ne dépendrait ni de l'âge, ni du rang, ni de la situation socio-professionnelle du parent semble encore relativement éloignée, et tout en assurant une simplification indéniable du système susciterait néanmoins de multiples questions de redistribution de ces ressources, notamment pour les familles nombreuses. Il appartiendra aux Communautés d'identifier si elles souhaitent mener des réformes plus profondes du régime. La nécessaire continuité du régime enjoint néanmoins celles-ci à la prudence, tant il est vrai qu'il conviendra d'abord de s'assurer que la continuité du paiement est assurée avant de penser à des réformes plus profondes.

1.5. Une indispensable coordination entre les Communautés

Outre l'inévitable transformation du régime vers un droit lié au lieu de résidence, d'autres éléments retiendront l'attention afin d'assurer la continuité du régime après le transfert de cette compétence. Ainsi, la coordination nécessaire et l'échange d'informations entre les Communautés seront particulièrement cruciaux.

Actuellement, l'un des principes qui assure l'efficacité du paiement des allocations familiales est celui du « paiement d'abord, régularisation ensuite ». Ce principe prévaut entre les caisses d'allocations familiales : s'il s'avère que, compte tenu de la situation de l'attributaire, une autre caisse que celle qui a réalisé le paiement doit assurer la charge de l'allocation familiale, la régularisation a lieu dans un second temps.

Ce principe garantit que les familles ne soient jamais prises en otage entre plusieurs caisses de paiement avant de percevoir leurs allocations. Le maintien de

⁵ Ces cotisations représentaient 91 millions EUR en 2011.

ce principe entre les Communautés est un élément susceptible de maintenir la qualité du système après le transfert des allocations.

Par ailleurs, se poseront également de multiples questions quant aux critères qui doivent être utilisés pour déterminer quelle Communauté doit assumer à sa charge le paiement de l'allocation. Conformément à la pratique au niveau européen, une cascade de critères devra être établie entre les différentes entités belges, devant permettre de répondre aux multiples cas de figure : séparations, recompositions, gardes partagées, enfants placés... Ainsi, une liste de critères de priorités subsidiaires devra être établie dans l'hypothèse où l'enfant serait élevé dans deux Communautés dans le cas d'un hébergement égalitaire ou lorsqu'il est placé dans une institution située dans une autre Communauté que le domicile de ses parents... Le règlement des engagements internationaux et des multiples conventions internationales en vigueur devrait également être abordé.

La conclusion d'un accord de coopération entre ces différentes entités afin d'assurer le paiement effectif et en heure des allocations familiales paraît donc incontournable.

Associer l'État fédéral à celui-ci pourrait également être indiqué, afin de s'assurer de la continuité de l'alimentation du cadastre des allocations familiales (actuellement limité au secteur public et salarié), et qui permettra de lutter plus efficacement contre la fraude (notamment l'octroi d'allocations familiales simultané par deux Communautés, ou en lien avec l'octroi d'allocations majorées liées au statut socio-professionnel) ou encore pour des raisons de simplification administrative.

2. Les risques liés au transfert des soins de santé

Le transfert de compétences dans les soins de santé risque de rapidement faire basculer notre système de santé, très apprécié par la population et reconnu internationalement (94 % de la population estime que notre système est aussi bon ou meilleur que ceux des autres pays européens⁶), vers un système kafkaïen, coûteux, inefficace et davantage exposé aux phénomènes de privatisation, avec tous les effets indésirables sur la qualité et l'accessibilité des soins. Les enjeux de cette opération de transfert sont à la mesure des risques.

Nous avons identifié quatre risques majeurs :

1. Incohérences et non-coordination entre les politiques de santé fédérale et communautaires ;
2. Sous-financement et privatisation ;
3. Réduction de l'accessibilité ;
4. « Complexité » et coût global de gestion importants.

2.1. Risque d'incohérences et non-coordination entre les politiques de santé fédérale et communautaires

La présence de tous les acteurs de soins au sein des organes de l'INAMI garantit une certaine cohérence et coordination des politiques et mesures proposées dans les différents secteurs de soins. Cette présence et cette concertation ne sont pas symboliques puisque le Comité de l'Assurance est un organe de cogestion investi d'un pouvoir de décision. Le transfert de certaines compétences entraîne l'éparpillement du niveau de décision entre différents niveaux de pouvoir ; compétences qui de surcroît risquent d'être organisées et gérées différemment. En outre, dans cette nouvelle organisation, les partenaires définissant la politique de santé (prestataires, mutualités, etc.) ne seront peut-être plus représentés de la même façon. L'éclatement des compétences rendra par conséquent d'autant plus nécessaire la concertation afin de maintenir l'efficacité de l'ensemble et de mener une politique de santé qui anticipe et adapte l'offre à l'évolution des besoins.

⁶ Eurobaromètre, Commission européenne, 2010.

En effet, la plupart des compétences en matière de soins de santé demeurent fédérales. Mais par contre, l'interrelation des différentes prestations et des infrastructures de santé est forte. Il est par conséquent essentiel de s'assurer que les compétences qui ont été transférées aux Communautés sont toujours en phase et cohérentes avec la politique de santé fédérale. Sans concertation structurelle (c'est-à-dire permanente), le risque est de mener des politiques contradictoires ou d'assister à de très longues années de discussion et de mises en œuvre décourageantes pour les acteurs du système de santé.

Les principaux points pour lesquels nous identifions des risques d'incohérences sont les suivants :

- L'offre de soins pour les personnes âgées doit permettre un continuum de soins s'adaptant à l'évolution des besoins : les hôpitaux aigus, les services gériatriques et spécialisés, les centres de réhabilitation, les soins à domicile, les résidences-services, les maisons de repos et les soins palliatifs. L'offre de soins nécessite d'être coordonnée avec les soins informels, le soutien aux familles. Demain, il faudra éviter, faute de coordination et d'offre suffisantes en soins résidentiels et structures d'accueil dans les Communautés et Régions, que les personnes âgées soient contraintes de rester plus (voire trop) longtemps à l'hôpital ou à domicile (dans des conditions précarisées), ces deux secteurs de soins relevant du fédéral.
- En Belgique, l'offre de lits hospitaliers est une des plus importantes d'Europe. Des durées de séjour plus courtes et le développement de l'hôpital de jour ont permis de réduire le nombre de lits aigus dans de nombreux pays. Les moyens ainsi dégagés ont permis de créer des services de réhabilitation adaptés aux besoins d'une population vieillissante. Le levier principal pour opérer la conversion partielle de notre surcapacité en lits d'hôpital est le budget d'investissement. Or, ce budget est entièrement transféré aux Communautés. Si on veut donc adapter l'offre hospitalière en vue de créer des services de soins intermédiaires, il faudra se concerter entre le Fédéral et les Communautés. Faute d'alternative pour des soins de réhabilitation non-aigus, nous continuerons à dépenser trop en soins hospitaliers aigus.
- Le transfert du secteur des maisons de repos et de soins (MRS) et des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) concerne principalement les soins infirmiers, l'aide aux actes de la vie journalière, le personnel de réactivation et en outre pour les MRS, l'indemnisation du travail du méde-

cin coordinateur. Le remboursement des médicaments et des honoraires pour les soins médicaux des résidents en maison de repos reste quant à lui de la compétence nationale. Les soins aux personnes âgées hébergées en maisons de repos seront donc couverts pour partie par la Communauté et pour partie par le fédéral. Ces soins doivent être coordonnés et sont complémentaires. Les droits au remboursement sont aujourd'hui identiques puisque ne relevant que d'une autorité. Demain, deux autorités différentes seront en charge chacune pour une partie des soins. Il s'agira de s'assurer que les personnes âgées continuent à bénéficier des mêmes droits pour tous les soins prodigués.

- Les Communautés recevront également les moyens afférant aux frais d'amortissement de certains appareillages médicaux lourds (partie A3 du budget des hôpitaux). Etant donné que les honoraires médicaux payés par l'INAMI pour les actes médico-techniques doivent bien souvent couvrir les coûts d'utilisation de l'appareillage médical mais également l'acte intellectuel, il sera nécessaire que le Fédéral puisse prendre en compte la partie prise en charge par les Communautés. Et cette prise en charge devra évoluer en fonction des évolutions technologiques. Pour éviter de potentiels double paiements (à l'acte au fédéral et via les subsides au niveau régional) ou tout désaccord quant aux responsabilités financières, les différentes autorités devront impérativement se concerter.
- Au niveau de l'accessibilité et de la proximité des soins, la défédéralisation de la première ligne de soins accentue également les défis futurs. L'organisation de cette première ligne de soins, pour être performante, doit en effet nécessairement se penser en complémentarité avec la seconde ligne de soins et avec les services d'urgence, restés fédéraux. Comment, dès lors, organiser la collaboration entre ces services à l'avenir ?
- Les entités fédérées reçoivent la compétence de fixer les conditions salariales. Cela crée un risque de pénurie et de concurrence dans l'hypothèse où une Région fixerait des conditions moins avantageuses qu'une autre.

2.2. Risque de sous-financement et privatisation

La mise en œuvre de ces différents chantiers nécessitera de prévoir des moyens financiers suffisants, ce que n'indique pas l'accord institutionnel. Les compétences transférées en matière de santé ne seront à terme plus financées par la norme de croissance de 4,5 % (diminuée à 2% pour 2013 et 3%

à partir de 2014). Initialement, les moyens fédéraux actuels seront répartis selon la part, dans chaque entité, de la population des plus de 80 ans pour les compétences concernant les personnes âgées (structures d'accueil comme les maisons de repos, l'allocation d'aide aux personnes âgées et les hôpitaux gériatriques isolés) ou de la population totale pour les autres compétences (hormis les investissements hospitaliers). Les moyens ainsi répartis seront ensuite majorés, chaque année, en fonction de la croissance réelle du produit intérieur brut (PIB), de l'inflation (évolution des prix) et de la population considérée.

Le budget des soins de santé au niveau fédéral risque donc de croître proportionnellement plus rapidement que celui des entités fédérées, d'autant que l'accord ne précise pas la périodicité des réévaluations.

Au vu des caractéristiques propres au secteur de la santé (intensif en main-d'œuvre) et de la croissance historique des dépenses, la croissance prévue pour les moyens alloués aux Régions et Communautés risque d'être insuffisante :

- En appliquant le taux de croissance fixé dans l'accord pour les matières transférées au secteur des maisons de repos sur la période 2000–2011, il aurait manqué, en 2011, près de 500 millions d'euros sur un budget total de 2,4 milliards ! Or jusqu'en 2011, l'impact du vieillissement a été marginal. Celui-ci (le « papy boom ») va véritablement se faire sentir à partir des années à venir. La croissance prévue des budgets des maisons de repos et de soins sera donc totalement insuffisante sauf si ces budgets sont repris dans un ensemble plus global. A défaut de moyens suffisants et donc d'offre de soins suffisante, les personnes âgées devront se tourner vers des solutions privées coûteuses et peu accessibles.
- Vu l'insuffisance des moyens, la tentation sera grande pour les Communautés d'augmenter la part à charge des patients (dans les hôpitaux gériatriques, les services de réhabilitation, les services de soins spécialisés, les soins palliatifs...). Ces coûts plus élevés à charge du patient pourront-ils être intégrés dans le MAF, à charge du national ? Comment garantir le principe d'égalité d'accès dans tout le pays pour un soin identique ? Si les frais à charge des patients, pour les services transférés, ne sont pas repris dans le MAF fédéral, cela reviendra à alourdir de manière importante le coût à charge des patients, soit encore un recul en termes d'accessibilité.
- Les hôpitaux bruxellois soignent 30% de non-bruxellois, il faudra veiller à ce que demain, la Région bruxelloise reçoive des subsides à la construc-

tion en conséquence. Les transferts devront éventuellement être organisés des deux autres Régions vers Bruxelles pour permettre aux hôpitaux bruxellois le maintien d'une médecine de qualité.

- Plus de 2.000 français sont aujourd'hui hébergés et soignés dans les maisons de repos et de soins situées à la frontière franco-belge. Aujourd'hui, grâce à un système de facturation individuel et à l'acte, ces soins sont refacturés à la France par l'INAMI ce qui représente environ 50 millions EUR. Si ces récupérations ne sont plus rendues possibles ou organisées avec retard, c'est principalement la Région wallonne et les maisons de repos concernées qui en feront les frais.
- Un grand nombre de bruxellois et de flamands sont aujourd'hui hébergés dans des maisons de repos et des maisons de repos et de soins situées en Wallonie. Ce phénomène risque de s'accroître à l'avenir et, faute de financement adéquat, posera d'importants problèmes à la Région wallonne.

Nous analysons plus précisément les mécanismes de financement des Communautés dans la section 4.

2.3. Risque de réduction de l'accessibilité

En transférant certaines compétences des soins de santé, on risque de rendre la circulation des patients plus compliquée (alors que, dans le même temps, l'Europe essaye de lever les entraves à la libre circulation). L'accessibilité risque d'être diminuée dans la mesure où certains types de services ne sont pas disponibles en même quantité dans toutes les Régions mais également dans la mesure où les coûts à charge des patients risquent d'évoluer différemment entre les trois Régions.

L'offre de soins n'est pas toujours répartie de manière uniforme sur le territoire. En conséquence, les personnes ne se font pas toujours soigner dans leur Région ou Communauté d'appartenance. Si on prend l'exemple des hôpitaux gériatriques isolés qui font l'objet du transfert de compétences, 46% des lits (représentant 53% des dépenses) sont sur le territoire bruxellois, alors que Bruxelles compte un peu moins de 10% des personnes de plus de 80 ans⁷.

⁷ Données SPF Santé publique et INAMI.

Les services de revalidation sont très spécialisés et ne sont pas non plus répartis uniformément entre les trois Régions. Par exemple, 70% de la capacité d'accueil des CRA (Centres de revalidation ambulatoire) sont situés en Flandre. Comment garantir l'accès à tous ces services spécialisés si les conditions d'accès et de paiement sont différentes entre les trois Régions ?

Pour les secteurs de soins concernés (principalement les MRS-MRPA, les services G isolés, les services Sp isolés et certaines conventions de revalidation, MSP, IHP), chaque Communauté pourra fixer ses propres règles de financement, ce qui implique également la fixation de la part à charge des patients. Pourra-t-on moduler les tickets modérateurs pour ces soins de manière différenciée entre les trois Régions ? Dans l'affirmative, ces tickets modérateurs pourront-ils être intégrés dans le MAF fédéral ou faudra-t-il introduire des MAF régionaux ? Au niveau fédéral, les bénéficiaires de l'intervention majorée bénéficient d'un remboursement plus important, leur ticket modérateur est moindre. Les Régions peuvent-elles fixer d'autres critères pour octroyer ce statut pour les services de soins transférés ? Une personne BIM au niveau fédéral pourrait donc ne pas l'être au niveau régional...

2.4. Risque de complexité et coût global de gestion importants

Le système d'assurance maladie est à l'heure actuelle déjà fort complexe. Il est certain que le transfert de certaines compétences vers les Communautés va accroître cette complexité dans la mesure où les flux de patients entre les trois Régions sont très importants.

Si les règles de remboursements, le niveau des remboursements, les méthodes de liquidation à l'égard des prestataires diffèrent entre les Communautés, il faudra que les prestataires adoptent des modes de facturation différents selon l'appartenance régionale du patient et que des refacturations et récupérations soient possibles entre les Régions selon des modalités convenues. Pour les soins fournis hors de la Communauté d'appartenance, il faudra également introduire un système d'accord préalable.

Cette complexité risque non seulement de coûter plus cher d'un point de vue administratif, mais également d'affaiblir le pouvoir de négociations (notamment avec les firmes). Prenons l'exemple des voiturettes, qui sont actuellement remboursées par l'INAMI. Si les prix des voiturettes sont à l'heure actuelle

négociés par le Fédéral auprès des fabricants, le transfert pourrait impliquer des négociations entre les différentes entités fédérées et ces mêmes fabricants. Chaque entité fédérée négociant des quantités moindres par rapport à ce qui est négocié actuellement au niveau du fédéral, le prix à l'unité risque fort d'augmenter ; ce qui est peu efficace d'un point de vue économique.

3. Le financement des Communautés pour les dépenses de soins de santé et d'allocations familiales transférées

3.1. Le financement des Communautés pour les allocations familiales

L'accord prévoit un transfert pour le financement des allocations familiales d'une enveloppe de 5.822,5 millions EUR (auxquels s'ajoutent 77,6 millions EUR pour le FESC). Ces moyens sont répartis sur base de la population âgée de 0 à 18 ans de chacune des trois Communautés et de la COCOM (clé forfaitaire). Les enveloppes évolueront ensuite sur base de l'indice des prix à la consommation et de la croissance de la population âgée de 0 à 18 ans dans chacune des entités.

Par ailleurs, le Gouvernement peut, sur proposition des partenaires sociaux, affecter une partie de l'enveloppe bien-être à la majoration de l'enveloppe globale « allocations familiales » attribuée aux Communautés si ceux-ci constatent que le taux de scolarisation des jeunes dans l'enseignement supérieur a augmenté significativement entre 2012 et l'année en cours.

Avant d'analyser plus précisément l'impact de ces éléments sur le financement des allocations familiales, rappelons le principe général ayant guidé la détermination des moyens futurs des entités fédérées : la réforme de la loi spéciale de financement (LSF) ne peut mener à un appauvrissement de celles-ci. En particulier, le transfert de nouvelles compétences ne peut avoir d'impact négatif sur ce principe de non-appauvrissement. Les moyens liés aux nouvelles compétences transférées sont par conséquent répartis selon leur utilisation actuelle. Plusieurs mécanismes, décrits ci-dessous, permettent d'arriver à ce résultat.

a La dotation allocations familiales

Comme indiqué ci-dessus, le financement des allocations familiales est principalement assuré via une dotation forfaitaire par enfant. Pour ramener l'enveloppe identifiée par l'accord institutionnel à la réalité de 2012, nous appliquons les principes d'évolution de l'enveloppe aux moyens initiaux, pour obtenir

une enveloppe totale de 6.101 millions EUR⁸. Ces 6.101 millions sont répartis entre les entités sur la base d'une clé population de moins de 18 ans, ce qui nous donne la répartition suivante :

Total	6.101
Commission communautaire/commune	684
Territoire de la Région flamande	3.375
Territoire de la Région wallonne	2.042

Est repris dans le calcul démographique, l'ensemble des enfants domiciliés qu'ils bénéficient ou non d'allocations familiales⁹. Cette enveloppe évoluera avec l'inflation et la croissance de la population de moins de 18 ans.

b Le mécanisme de transition

Afin de concilier une répartition des moyens sur une base démographique avec son utilisation actuelle, la neutralité budgétaire de la réforme l'année de sa mise en œuvre est assurée par un *mécanisme de transition* devant rester nominalement constant pendant dix ans avant de disparaître linéairement en dix nouvelles années. La différence entre l'estimation des dépenses en 2012 et le financement apporté par la dotation allocations familiales influence donc, positivement ou négativement, ce mécanisme de transition.

⁸ L'application du mécanisme d'évolution ne s'applique en principe qu'une fois la réforme de la Loi spéciale de financement réalisée, ce montant devra donc lors de la première année être adapté en fonction des montants réellement payés à ce moment. De manière générale, les montants repris ici sont les estimations faites par la Banque Nationale pour l'année 2012 à l'époque de la négociation de la nouvelle loi de financement. Ils devront être revus au moment des transferts de compétences et ne doivent donc en aucun cas être considérés comme des montants absolus mais bien plutôt comme une illustration des mécanismes à l'œuvre.

⁹ Y compris donc les enfants de fonctionnaires internationaux, ou de travailleurs transfrontaliers qui obtiennent des allocations sur leur lieu de travail. Cette disposition est supposée favorable à Bruxelles et vient surcompenser la perte que représente pour Bruxelles le fait qu'il ne soit pas tenu compte des suppléments sociaux et ceux liés au rang, comparativement plus importants à Bruxelles que dans les autres régions. Cette disposition est également favorable à la Communauté germanophone qui comprend de nombreux travailleurs transfrontaliers qui obtiennent leur allocation en Allemagne.

Les Communautés sont par conséquent affectées des montants suivants :

Impact sur le mécanisme de transition	
Communauté flamande	-47
Communauté française	71
Cocom ¹⁰	-24

Mis à part la Communauté française, les autres entités reçoivent un financement supérieur à l'estimation des dépenses auxquelles elles devront faire face. Les transferts en allocation familiale viennent donc nourrir le mécanisme de transition de la Communauté française et réduire celui des autres entités. On peut donc considérer qu'à part la Communauté française, les autres entités bénéficient d'un financement supposé légèrement supérieur à leurs besoins pour les allocations familiales.

L'addition du mécanisme de transition avec la dotation permet d'obtenir le montant estimé pour le paiement des allocations familiales dans les différentes entités en 2012.

c Evolution future des dépenses et des recettes pour les allocations familiales

Le financement des allocations familiales est presque totalement assuré par la dotation spécifique, puisque le rôle du mécanisme de transition n'est que marginal (cfr. ci-dessus). D'un point de vue dynamique, la liaison de cette dotation spécifique à la croissance de la population et à l'inflation devrait assurer une évolution des moyens correspondant relativement bien aux besoins en la matière, du moins à politique constante. Toutefois, plusieurs difficultés pourraient surgir :

- Un **accroissement du taux de scolarisation** dans l'enseignement supérieur pourrait signifier une augmentation du nombre de bénéficiaires d'allocations familiales au-delà de 18 ans (puisque celles-ci sont payées

¹⁰ Le montant négatif repris ici pour la COCOM, s'il peut surprendre, est la conséquence d'une clé de répartition reprenant l'ensemble des enfants bruxellois alors que les enfants de fonctionnaires internationaux ne sont dans certains cas pas couverts par le régime de sécurité sociale belge. Il conviendra néanmoins de vérifier cet élément à l'aune des nouvelles estimations réalisées dans la concrétisation de la nouvelle loi spéciale de financement.

jusqu'à l'âge de 25 ans pour les enfants qui sont encore à charge de leurs parents). C'est la raison pour laquelle l'accord institutionnel prévoit que le Gouvernement peut, sur proposition des partenaires sociaux, affecter une partie de l'enveloppe bien-être à la majoration de l'enveloppe globale « allocations familiales » attribuée aux Communautés. Rien ne garantit toutefois que cette possibilité pourra être réellement mise en œuvre, surtout si le taux de scolarisation ne croît que dans une seule Communauté.

- ▶ Une **croissance des suppléments** d'allocations liés à la situation sociale ou à la taille des familles pourrait, toutes choses égales par ailleurs, signifier une croissance plus forte des dépenses. Cette situation est en particulier susceptible de créer des difficultés à Bruxelles où le nombre d'allocataires bénéficiant d'un statut privilégié est plus élevé que dans les autres Régions. L'impact de cet élément est bien entendu à nuancer si des réformes plus fondamentales du régime sont mises en œuvre (et notamment la suppression des suppléments sociaux).
- ▶ Le transfert des compétences pourrait également signifier une augmentation des **dépenses de fonctionnement** en raison de la perte d'économie d'échelle, mais aussi des coûts supplémentaires que signifie le lancement de nouveaux services par rapport au coût de fonctionnement d'un service en vitesse de croisière, ainsi que de l'augmentation de la complexité provoquée par la multiplication des dispositifs légaux. Nous avons vu plus haut que le transfert de compétence était susceptible d'alourdir la gestion administrative de cette compétence, ne fût-ce que pour déterminer quelle est la Communauté compétente pour le paiement de l'allocation. Il conviendra de veiller à ce que ces coûts de gestion demeurent sous contrôle.

d Quelle source de financement ?

Si la manière dont les Communautés seront financées est déterminée par l'accord institutionnel, l'origine de ces financements au sein de l'État fédéral n'est pas précisée dans l'accord. Actuellement, ce sont les cotisations sociales qui assurent le financement de la branche des allocations familiales (taux de 7% pour le régime salarié et 5,25% pour les administrations provinciales et locales). À l'avenir, comment le financement des Communautés sera-t-il compensé au sein de l'État fédéral ?

Une affectation simple du produit des cotisations sociales au financement des dotations aux Communautés n'est pas cohérente avec les moyens nécessaires actuellement pour le paiement des allocations familiales. En effet, le produit des cotisations affectées en théorie au financement des allocations familiales ne correspond pas à la situation actuelle. Suite à l'introduction de la « gestion globale » en 1995, la répartition théorique des cotisations selon les différentes branches ne correspond plus à la situation réelle. Elles servent en réalité à financer la sécurité sociale dans son ensemble sans préaffectation même partielle à des dépenses déterminées. Les recettes de cotisations sur le taux de 7% dépasse donc largement les seuls besoins de la branche allocations familiales et permet de financer d'autres branches (pension, chômage...). Dans le secteur de l'ONSS-APL, cette distorsion est flagrante : 24.470.000 EUR de boni sont affectés aux pensions des agents statutaires des APL.

D'autres voies de compensation au sein de l'État fédéral devront par conséquent être déterminées, afin d'identifier quelle est la part provenant des différents régimes. Chaque régime de sécurité sociale est aujourd'hui financé par un financement alternatif provenant directement des recettes de l'État. Ce financement alternatif devra par conséquent être diminué à hauteur des montants qui sont transférés aux entités fédérées. La question est par conséquent d'identifier combien ce financement alternatif devra être réduit dans le régime salarié et dans le régime indépendant, en prenant également en compte les prestations du secteur public. Une possibilité, probablement la plus simple, pourrait être de répartir la contribution des différents régimes en fonction du nombre de travailleurs actifs dans les différents régimes. De la sorte, la répartition n'est pas affectée par le niveau de perception des régimes eux-mêmes (d'autant que l'harmonisation des allocations familiales entre les régimes et la suppression de la notion de « personne contributive » posent nécessairement la question de la répartition du coût pour les différents régimes et de la légitimité de maintenir des cotisations différentes pour des prestations identiques) ni par la situation spécifique d'un « contributive » dont l'existence même est remise en question.

3.2. Le financement des dépenses de soins de santé

a L'estimation initiale des dépenses

Les compétences transférées en matière de santé se regroupent en deux blocs distincts : 1) les « soins aux personnes âgées » (APA comprise) pour un montant estimé sur base du budget 2011 de 2.981 millions ; 2) les « autres soins de santé » correspondant à un montant de 1.230 millions en 2011. Soit un total de 4.211 millions d'EUR. Chacun de ces deux blocs est réparti sur base de la clé utilisation.

Les montants « soins aux personnes âgées » obtenus pour chaque entité fédérée sont liés à la croissance de la population de plus de 80 ans, à l'inflation et à la croissance du PIB/habitant. On obtient ainsi une estimation initiale des dépenses passant à charge des entités fédérées, soit pour 2012, l'année de référence utilisée lors des négociations, les montants suivants¹¹ :

Dépenses personnes âgées¹²	3.176
Communauté flamande	1.972
Communauté française	980
VGC	2
COCOF	65
COCOM	157

Les montants « autres soins de santé » sont quant à eux liés à l'inflation et la croissance du PIB. On obtient ainsi une estimation initiale des dépenses passant à charge des entités fédérées en 2012, soit les montants suivants :

Dépenses autres soins de santé	1.284
Communauté flamande	784
Communauté française	381
COCOM	119

¹¹ Rappelons ici également que l'application du mécanisme d'évolution ne s'applique en principe qu'une fois la réforme de la Loi spéciale de financement réalisée, ce montant devra donc lors de la première année de mise en œuvre être adapté en fonction des montants réellement payés à ce moment et que les montants donnés n'ont qu'une valeur illustrative.

¹² À noter que les estimations n'ont pas été réalisées pour la Communauté germanophone. Il conviendra d'analyser attentivement ce point ultérieurement. Par ailleurs, les montants identifiés pour la Communauté française et la COCOM ne présagent pas de la répartition finale des compétences.

b Les mécanismes initiaux de financement des entités fédérées

L'accord prévoit donc que l'année de la mise en œuvre, chaque Communauté reçoit un financement correspondant exactement au montant estimé des dépenses que l'État fédéral consacrait à l'exercice des compétences transférées. Ces montants sont transférés principalement à travers des dotations spécifiques, mais complétés marginalement par un mécanisme de transition.

• La dotation « soins aux personnes âgées »

Il s'agit d'une dotation répartissant les 3.176 millions correspondant aux dépenses en soins aux personnes âgées entre les différentes entités sur base d'une clé « population de plus de 80 ans », ce qui donne les montants suivants :

Dotations soins aux personnes âgées	3.177
Communauté flamande	1.891
Communauté française	1.009
VGC	3
COCOF	80
COCOM	194

Cette dotation évoluera avec la croissance de la population de plus de 80 ans, l'inflation et 82,5% de la croissance du PIB/habitant.

• La dotation « autres soins de santé »

Les moyens consacrés aux autres soins de santé sont eux répartis selon une clé « population totale ». On obtient ainsi la répartition suivante :

Dotation autres soins de santé	1.283
Communauté flamande	739
Communauté française	412
COCOM	132

Cette dotation évoluera avec l'inflation et 82,5% de la croissance du PIB.

• Le mécanisme de transition

Enfin, le solde entre les deux premiers mécanismes et l'estimation des dépenses vient influencer un dernier mécanisme : le mécanisme de transition qui restera nominalement constant pendant dix ans, avant de disparaître linéairement en 10 ans. Cela correspond aux montants suivants :

Impact sur le mécanisme de transition

Communauté flamande	126
Communauté française	-60
VGC	-14
COCOF	-15
COCOM	-37

Mis à part la Flandre, les autres entités reçoivent donc un financement supérieur à l'estimation des dépenses auxquelles elles devront faire face. Les transferts en santé viennent donc nourrir le mécanisme de transition de la Flandre et réduire celui des autres entités. On peut ainsi considérer qu'à part la Flandre, les autres entités bénéficient d'un financement supposé légèrement supérieur à leurs besoins en soins de santé.

À ce stade, remarquons que, si l'estimation des dépenses est revue lors de la finalisation de la réforme de la LSF, cela affectera les différents mécanismes, notamment l'ampleur du mécanisme de transition. Il faudra également revoir leur mode d'évolution. En particulier, la liaison à 82,5% de la croissance du PIB/habitant ou du PIB des dotations santé pourrait éventuellement être revue afin de respecter le principe de non-appauvrissement des différentes entités.

c Evolution future des dépenses et des recettes

Du point de vue de la seule année d'entrée en vigueur de la réforme, il importe en fait peu d'identifier les différents mécanismes par lesquels les entités fédérées sont financées pour les compétences en soins de santé. L'essentiel, c'est qu'en additionnant les différents mécanismes elles touchent le montant correspondant à l'estimation des dépenses. Néanmoins, au fil des années, une différence entre les dépenses nécessaires en soins de santé et les recettes va se faire ressentir. Toutefois, les règles d'évolution et de répartition des dotations sont supposées refléter l'évolution des besoins. En fait, chaque entité recevra un montant forfaitaire par membre de la population concernée. Son financement sera d'autant plus important que sa population croît. En ce qui concerne les soins aux personnes âgées, la liaison à la population de plus de 80 ans devrait ainsi assurer dans un premier temps une croissance de l'enveloppe : le temps que la génération du « baby boom » rentre dans la catégorie des plus de 80 ans.

La principale question réside dans le facteur de croissance globale de l'enveloppe c'est-à-dire la liaison à la croissance du PIB ou du PIB/habitant sur

laquelle est appliqué un coefficient de 82,5%. Cette croissance sera-t-elle suffisante pour faire face à la hausse probablement très importante des besoins dans ces domaines en raison du vieillissement de la population ? Nous avons vu plus haut que la croissance de certains postes, en particulier liés aux soins aux personnes âgées avait connu une forte hausse ces dernières années, largement supérieure à la moyenne de la croissance des moyens. Or cette croissance moyenne devrait être encore plus faible à l'avenir. Le manque de moyens risque par conséquent de mener à une insuffisance de l'offre, menant à une privatisation accrue des soins de santé.

Enfin, le transfert des compétences pourrait également signifier une augmentation des dépenses en raison de la perte d'économie d'échelle, mais aussi des coûts supplémentaires que signifie le lancement de nouveaux services par rapport au coût de fonctionnement d'un service en vitesse de croisière, ainsi que de l'augmentation de la complexité provoquée par la multiplication des dispositifs légaux.

3.3. Observations communes aux soins de santé et aux allocations familiales

Des sections précédentes, nous retenons de manière générale que les dotations octroyées aux Communautés pour les allocations familiales et de soins de santé sont en principe suffisantes pour assurer la continuité des prestations. Plusieurs conditions sont néanmoins nécessaires pour que ce soit le cas.

D'abord, il convient bien entendu que les dépenses identifiées lors de la première année correspondent effectivement à la réalité. Cette question, pour évidente qu'elle soit, est cependant loin d'être triviale. En premier lieu, la répartition des dépenses selon plusieurs territoires distincts fait l'objet, dans un certain nombre de cas, d'estimations fort aléatoires. Tant que ces compétences étaient fédérales, il n'était en effet pas nécessaire de pouvoir distinguer les dépenses par territoire et il n'existe par conséquent pas de systèmes comptables susceptibles de faire de telles distinctions avec précision. Il importera dès lors de vérifier si les clés de répartition sont cohérentes par rapport aux règles de localisation de certaines dépenses. Par exemple, l'identification de l'entité compétente pour une institution localisée dans une Région mais qui fournit des services à des personnes issues d'une autre Région n'est pas claire. Il conviendra par conséquent de lier directement la discussion sur les critères de rattachement à la discussion sur la loi de financement.

Ensuite, un autre problème est le laps de temps inévitable entre la fixation des paramètres de la loi spéciale de financement et sa mise en œuvre effective. Les moyens identifiés par l'accord institutionnel sont en effet, en général, liés à l'estimation des dépenses pour l'année 2011 auxquelles un facteur de croissance était appliqué pour obtenir les montants pour 2012. Cette référence est actuellement caduque. Il s'agira par conséquent d'actualiser ces montants en fonction des dernières évolutions. Cette actualisation, pour technique qu'elle soit, est loin d'être anodine dans la mesure où des restrictions budgétaires importantes ont été réalisées depuis lors.

De plus, on peut, au mieux, considérer que la dernière année prise en considération pour la détermination de l'utilisation de moyens au sein des différentes entités est l'année de deux ans antérieure à la mise en œuvre effective de l'accord. Entretemps, des différences que l'on espère marginales peuvent par conséquent apparaître.

Enfin, il conviendra d'accorder une attention particulière aux dépenses de fonctionnement et des transferts de moyens liés au personnel et aux bâtiments. Ces questions sont essentielles car la délimitation finale de cette enveloppe est susceptible de déterminer complètement l'équilibre financier futur des Communautés et du Fédéral.

Outre ces problèmes communs liés aux moyens initiaux à disposition des Communautés, les moyens transférés aux Communautés représenteront un poste majeur de leurs dépenses. À l'inverse des frais de personnel, pour lesquels les variations d'une année à l'autre demeurent relativement marginales, des variations plus importantes dans les dépenses pourraient intervenir pour les compétences transférées. Cette question est particulièrement sensible pour la Communauté germanophone et la COCOM. En effet, un éventuel déséquilibre entre le coût des allocations familiales et le financement reçu aurait des conséquences très problématiques pour ces deux entités. Les allocations familiales vont représenter en effet un poste budgétaire disproportionné pour ces deux institutions dans la totalité de leur budget. Cela signifie qu'en cas de hausse plus forte des dépenses que des recettes, il ne leur sera pas possible de puiser les moyens manquants dans d'autres postes budgétaires¹³. Dans le cas de la

¹³ *Inversement, si le coût effectif des allocations familiales est inférieur au financement reçu par ces deux institutions, elles seront en mesure de financer leurs autres compétences de manière nettement plus généreuse que les autres entités, ce qui peut être tout aussi problématique.*

Communauté germanophone, il conviendra que celle-ci fasse une analyse pour identifier si les risques liés à une gestion propre des compétences transférées ne sont pas trop importants par rapport aux gains que cela pourrait apporter en ce qui concerne le service à la population.

4. Principes et opportunités pour l'organisation du transfert des soins de santé et des allocations familiales

Le transfert des compétences dans le secteur des soins de santé comporte des risques majeurs pour l'efficacité et l'organisation de notre système de soins. Or, les responsables politiques n'ont pas droit à l'erreur tant les soins de santé sont importants pour les patients, leurs proches et les professionnels du secteur. De même, les allocations familiales constituent un complément de revenu essentiel pour de nombreuses familles, et de solidarité envers ceux qui construisent une famille. La continuité du paiement des allocations familiales ne saurait pour ceux-là connaître aucune faille. C'est pourquoi nous plaignons pour une période de continuité des services existants tant que les entités fédérées n'ont pas mis en place un système efficace et sûr.

Nous l'avons vu dans les sections précédentes, le transfert de ces compétences induit de nombreux risques, tant en termes de cohérence de l'offre de soins, de la qualité de ceux-ci, d'accessibilité pour tous ou de continuité des politiques menées. Pour l'avenir, le choix de gouvernance des matières transférées peut réduire ou amplifier ces risques. Actuellement, la gestion des compétences transférées (niveau INAMI) repose sur le modèle de la concertation sociale. Le secteur lui-même est directement associé, dans un modèle de gestion paritaire, tant au niveau des initiatives à prendre qu'au niveau décisionnel, à la politique menée. Le transfert peut constituer une opportunité pour simplifier et encore améliorer la concertation. Selon nous, le choix de gouvernance devrait être basé sur les principes suivants :

1. Un modèle de gouvernance basé sur la concertation et la gestion paritaire ;
2. Une gestion globale et cohérente entre les différents secteurs de la protection sociale ;

3. La cohérence et la coopération entre le niveau fédéral et les Communautés ;
4. La simplification et la rationalisation ;
5. Un coût de gestion administratif maîtrisé.

Ces principes nous amènent dès lors à plaider pour que, à l'occasion du transfert de compétences, on construise un modèle de gestion fédéré de protection sociale.

4.1. Un modèle de gouvernance basé sur la concertation et la gestion paritaire

Le modèle de gestion actuel au sein de l'INAMI ou de l'ONAFST (comme dans les autres secteurs de la sécurité sociale) est basé sur la concertation avec les partenaires sociaux et les acteurs du secteur. Ils disposent dans ce cadre d'une autonomie de décision. Au niveau des Régions, par contre, l'exercice des compétences en matière de santé suit davantage un modèle de gestion centralisé, dans lequel le ministre définit, avec son administration, la politique à mener, en termes d'initiative et de décision. Le secteur peut, le cas échéant, être consulté, de manière variable selon les matières, mais son avis est non contraignant. C'est le cas, notamment, de la DG05 qui assure la gestion de la santé de la Région au sein du SPW¹⁴, qui consulte sur ses projets le Comité consultatif de l'action sociale (CCAS).

La gestion paritaire, par contre, responsabilise les partenaires sociaux, les mutualités et les prestataires de soins. En les impliquant dans la gestion, la politique de santé est plus proche de la réalité de terrain et l'adhésion des acteurs plus grande. Sans adhésion, le risque de décalage entre le remboursement de soins et les pratiques tarifaires est beaucoup plus important. Ce décalage augmente les risques financiers pour les patients et donc ouvre la voie à la privatisation. Le modèle de gestion basé sur la concertation sociale et paritaire oblige les acteurs à intégrer les notions de budget, de choix prioritaires et les conséquences financières des modifications des conditions de travail.

¹⁴ Service Public de Wallonie.

4.2. Une approche globale et cohérente entre les secteurs de soins

La gestion globale proposée des compétences, contrairement à une vision fragmentée d'une gestion éclatée au sein d'une multitude d'administrations distinctes, mènera à des économies d'échelle et permettra d'éviter les pertes d'efficacité et les surcharges administratives. Dans ce contexte, le rôle et le fonctionnement des organes régionaux existants doivent être revus en fonction du nouveau cadre proposé. La gestion globale des différents secteurs de protection sociale permet d'allouer les moyens afin de répondre au mieux aux besoins tout en responsabilisant les acteurs concernés.

En ce qui concerne les soins de santé, en particulier, étant donné l'interdépendance entre les différents secteurs de soins, il est impératif d'introduire un niveau de concertation réunissant tous les secteurs de soins, à l'image du Comité de l'assurance de l'INAMI. Un tel organe de gouvernance assure une approche globale et plus cohérente. Il permet de faire la synthèse entre les intérêts des contributeurs financiers (État et partenaires sociaux), des acteurs de soins et des mutualités représentant les patients.

4.3. Cohérence et coopération entre le niveau fédéral et les Communautés

Dans tous les secteurs de soins, les compétences seront réparties entre le Fédéral et les Communautés. Cette répartition est différente d'un secteur à l'autre. Dans le secteur des maisons de repos et de soins, par exemple, le niveau fédéral reste compétent pour les remboursements des soins médicaux, de la kinésithérapie et des médicaments, tandis que les Communautés seront compétentes pour le financement (lié au niveau de dépendance des patients) et la détermination des prix.

Toute orientation importante en matière de politique de santé ne pourra être conduite sans concertation et coordination entre les différentes entités. Mais au-delà des grandes orientations, la nécessité d'ajustements des modalités d'application est permanente. Ces ajustements permanents dans l'exercice de compétences complémentaires dans tous les secteurs de soins seront d'autant mieux suivis, documentés et appliqués si les mêmes acteurs sont représentés aux niveaux fédéral et communautaire. La cohérence des mesures et des ini-

tiatives prises par chaque entité sera beaucoup mieux garantie si une partie des représentants des acteurs siège à la fois dans les organes fédéraux et communautaires.

4.4. Simplification et rationalisation

Le transfert de compétences attendu doit enfin permettre de corriger certaines sources actuelles d'inefficacité et de surcharges administratives. Ainsi, le transfert présente l'opportunité de résoudre la dichotomie actuelle et les problèmes de gestion liés à la séparation des compétences entre le SPF Santé publique et l'INAMI. Si on prend l'exemple des maisons de repos et de soins, le financement est réglé au niveau de l'INAMI tandis que la programmation est du ressort du SPF Santé publique. Cette séparation implique que les enjeux financiers ne sont pas toujours bien pris en compte dans la programmation. A l'avenir, les partenaires du secteur doivent être impliqués dans la gestion de l'ensemble des compétences qui les concernent.

4.5. Un coût de gestion administratif maîtrisé

Par la mise en œuvre de ces principes, on met en place un mode de gouvernance des compétences transférées :

- Garantissant la transparence des décisions grâce au contrôle social des représentants des partenaires sociaux et des acteurs des soins de santé.
- Mettant en valeur la participation démocratique et sociétale essentielle pour l'acceptation et l'adhésion de la population et des acteurs de soins.
- Maintenant une mobilité optimale des patients, essentielle pour préserver le principe de liberté de choix du patient et incitant à la qualité des soins. La cohérence, voire l'unité des règlements entre Bruxelles et la Wallonie seront déterminants dans cette optique de mobilité.
- Permettant de rester en phase avec l'évolution des besoins.

La meilleure manière de rester en phase avec l'évolution des besoins implique de maintenir le mode de financement actuel sur base de la facture individuelle du patient. Actuellement, dans le cas des Maisons de Repos, l'INAMI intervient par le biais d'une allocation forfaitaire journalière et pour chaque résident. Cette allocation est fixée par l'INAMI selon le profil de dépendance des résidents, en fonction du cadastre du personnel engagé en comparaison avec la

norme d'encadrement prévue et la détermination du coût salarial total sur base du personnel présent. Les organisations intermédiaires (les mutualités) jouent un rôle majeur pour calculer ce profil de dépendance et assurer l'intermédiation entre les patients et l'organisme public. Il y a lieu de conserver ce lien pour l'avenir. Ce mode d'intervention et de remboursement des soins est de nature à favoriser une maîtrise des coûts de gestion.

4.6. Pour un modèle de gestion fédéré de protection sociale

Les éléments présentés ci-dessus nous invitent à considérer qu'il y a lieu de réfléchir à la création d'un *modèle de gestion fédéré de protection sociale*¹⁵. Nous pensons que celui-ci pourrait s'organiser autour des principes de fonctionnement suivants :

- Création d'un OIP de la protection sociale fédérée. Cet organisme géré paritairement par les partenaires sociaux interprofessionnels aurait pour principale mission d'assurer la gestion financière de l'ensemble de la protection sociale fédérée.
- Au sein de cet OIP, sont créées plusieurs sections : une branche « soins de santé », une branche « allocations familiales » et une branche « handicapés ».
- La section « allocations familiales » dispose également d'un comité de gestion dont la composition est calquée sur la composition actuelle de l'ONAFTS.
- La section « soins de santé » est gérée par un comité de gestion composé paritairement et représente toutes les parties concernées : employeurs/gestionnaires – prestataires – représentants de la première/seconde ligne – organismes assureurs – représentants gouvernement/administration (comme c'est le cas actuellement à l'INAMI). Cette représentation garantit la transparence, l'équité dans la prise de décision et le caractère démocratique du processus décisionnel (contrôle par les pairs). Elle répond également à la préoccupation de cohérence d'action, dans la mesure où les acteurs reconnus sont les mêmes qu'à d'autres niveaux de pouvoir, en particulier au sein des organes fédéraux.

¹⁵ Ce modèle a été présenté dans : A. de Borman, L. de Briey, « Mode de gouvernance des compétences de sécurité sociale transférées, Modèle Fépros », fév. 2012, Collection Ceps, CPCP.

- L'organe de gestion principal est assisté par deux commissions de conventions ou d'accords : une Commission « Personnes âgées » et une Commission « santé ». Ces commissions permettent de faire remonter les préoccupations des acteurs propres à chaque secteur ainsi que de les responsabiliser dans le cadre d'objectifs fixés par le comité de gestion.
- L'OIP « Soins de santé » et les commissions qui lui sont attachées disposent d'un pouvoir d'initiative et de décision sur les matières transférées (actuellement gérées au niveau de l'INAMI et du SPF Santé publique), notamment sur les éléments suivants : la compétence normative secteur hospitalier ; les investissements hospitaliers (construction, reconstruction, reconditionnement, gros travaux d'entretien, amortissements équipements et matériel...), y compris l'exécution des normes (délivrance des autorisations et agréments) ; les maisons de repos et de soins ; les conventions de revalidation concernées ; les hôpitaux isolés (G et Sp) ; les MSP et IHP ; la prévention et la première ligne ; ...
- Les opérateurs actuels dans les différents secteurs (caisses de paiement pour les allocations familiales, mutualités pour les soins de santé) continuent d'assurer leur mission après le transfert des compétences. Dans la mesure où ils peuvent éventuellement être reconnus au sein des différentes entités compétentes à l'avenir, elles peuvent également assurer un lien opérationnel pour la gestion des situations qui nécessitent un traitement entre les entités.
- Les compétences actuelles des régions et des communautés en matière de santé pourraient progressivement être regroupées au sein de cet OIP, en fonction de la pertinence à regrouper des domaines similaires ou complémentaires.

Le regroupement des compétences liées aux soins de santé et à l'aide sociale au niveau de l'organe de gestion dont elles dépendent garantit la solidarité et la cohérence entre les matières gérées. Ainsi, un secteur en croissance pourrait profiter de moyens de financement d'un secteur en décroissance, et des synergies peuvent être créées afin de mener une politique dynamique et transversale.

Un tel modèle doit notamment garantir la définition d'une politique globale de prise en charge des personnes âgées dépendantes : une augmentation ou une diminution des moyens affectés à l'accueil en institutions pourra, selon les orientations souhaitées par le politique, être déterminée en lien avec une augmentation ou une diminution des soins à domicile ou de formes innovantes d'accueil des personnes âgées.

Conclusion

Le transfert des allocations familiales et d'une partie des compétences de soins de santé aux entités fédérées pose un défi important aux responsables politiques chargés de garantir la continuité des politiques menées tout en faisant face aux nouveaux défis qui se posent dans ces différents domaines.

Traités de manière conjointe dans ce document, une différence de taille nous impose de différencier ces deux domaines. En effet, les allocations familiales sont dans leur entièreté transférées aux entités fédérées. C'est loin d'être le cas pour les soins de santé, dont les 4/5^{ème} demeurent au niveau de la sécurité sociale fédérale.

Pour ce qui concerne les allocations familiales, le débat lancé depuis de nombreuses années (et notamment depuis le rapport « Cantillon » en 2001) est d'identifier si le droit aux allocations familiales ne doit pas se muer progressivement en un « droit de l'enfant ». Dans la mesure où les entités fédérées assumeront demain la totalité de cette compétence, il y a lieu d'identifier si ce transfert mènera effectivement à accélérer cette évolution. Nous avons, dans ce document, identifié quels sont les éléments de l'accord institutionnel qui sont susceptibles de faire évoluer ce régime dans cette voie. Toutefois, nous avons également souligné à quel point la continuité du paiement de ces allocations est la première préoccupation que l'on doit garder à l'esprit, avant toutes les autres. Nous avons également analysé la manière dont les Communautés seraient financées à l'avenir pour faire face aux dépenses d'allocations familiales, et les risques qui y sont liés.

En ce qui concerne les soins de santé, cette compétence sera désormais davantage éclatée entre des niveaux de pouvoir et des institutions différentes. Nous avons souligné les nombreux risques qui pouvaient être associés à cette situation, et les incohérences qui pouvaient en découler. Alors que les soins de santé nécessitent, en particulier pour la personne âgée, d'être conçus comme un continuum de soins entre les soins à domicile et la prise en charge en lieu d'hébergement, la dissociation des compétences entre différents niveaux de pouvoir risque de ne pas pouvoir assurer efficacement ce continuum. Par ailleurs, l'absence de prise en compte de la globalité de l'offre de soins pèse également sur la capacité à pouvoir répondre au mieux aux besoins, et en particulier d'assurer un glissement entre l'offre de soins aigus vers les soins

chroniques. Enfin, le taux de croissance des moyens des Communautés pour couvrir les dépenses de santé risque d'être à l'avenir nettement inférieur à la croissance des besoins. Les Communautés pourraient ne pas être en capacité de couvrir l'ensemble des besoins et d'assurer la solidarité entre les personnes qui nécessitent des soins. Le transfert des compétences induit dès lors le risque de conduire à une plus grande privatisation des soins de santé.

Dans ce contexte, nous pensons néanmoins qu'à l'occasion du transfert de compétences nous avons l'opportunité de nous interroger quant au modèle le plus efficace et qui répond le mieux aux besoins pour assurer la gestion de ces compétences à l'avenir. Nous formulons ici une proposition pour la construction d'un modèle fédéré de protection sociale. Ce modèle, s'il ne peut répondre à toutes les questions et doit se confronter à la réalité politique, peut néanmoins guider notre réflexion afin de veiller à ce que les patients, les familles, les prestataires de soins ne soient pas les premières victimes d'une complexité toujours plus grande de notre système institutionnel.

Toutes nos publications sont disponibles :

- en *téléchargement* :

. depuis l'adresse internet du CPCP dans la rubrique " Publications " :

<http://www.cpcp.be/etudes-et-prospectives>

. depuis l'adresse internet du CEPESSE dans la rubrique " Publications " :

<http://www.cepess.be/>

- en *version papier*, vous pouvez les consulter dans notre centre de documentation situé :

Rue des Deux Eglises, 41/45 – 1000 Bruxelles

Tél. : cpcp - 02/238 01 00 / cepess - 02/238 01 43

Mail : info@cpcp.be / info@cepess.be



Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation



Centre d'Etudes Politiques, Economiques et Sociales

Rue des Deux Eglises 41/45 - 1000 Bruxelles
Tél. : 02/238 01 00