

particulièrement en Espagne, en Grèce et au Portugal.

En Italie, le souhait de créer un service national de santé correspondait, en période d'essoufflement de l'essor économique d'après-guerre et de turbulences politiques, à un souci de cohésion nationale exprimée par le « compromis historique » institué entre les divers partis politiques démocratiques non extrémistes.

L'instauration de ces systèmes de santé et de protection sociale dans une période de forte dépression économique devait très rapidement constituer un obstacle important à leur mise en œuvre générale. Par ailleurs, les difficultés de mettre en place des instruments de gestion permettant d'appréhender la demande solvable et de légitimer ainsi les procédures de répartition du budget santé voté par le Parlement, ont constitué des obstacles fondamentaux à cette réalisation.

Il en est résulté des systèmes hybrides qui, tout en confirmant les structures d'un service national de santé (vote d'un budget santé pour les soins curatifs et les actions de santé publique, mise en place d'unités sanitaires liées aux instances administratives locales et régionales) laissent subsister certains régimes de sécurité sociale ou mutualistes antérieurs et tentent d'intégrer des instruments de gestion caractéristiques des systèmes de caisses, notamment la participation financière des patients.

La tendance générale, observée dans ces quatre pays, serait une réorientation vers un modèle où l'intervention de l'État serait de plus en plus réduite. Le risque est dès lors de voir s'atténuer progressivement certains principes fondamentaux des services nationaux de santé tels que l'universalité et l'équité dans l'accès aux soins.

Belgique

L'Union européenne peut revendiquer la paternité des systèmes de sécurité sociale. Leur institutionnalisation, en Belgique comme ailleurs, leur confère une place centrale dans les politiques de redistribution de revenus. Ainsi, les 6 % de la population belge qui se situent en dessous du seuil de pauvreté défini par les critères européens pourraient atteindre près de 42 % si le système faisait défaut. C'est dire l'importance des transferts sociaux qu'elle réalise et qui représentent près de 25 % du revenu national.

Au cours de la dernière décennie, la légitimité de la sécurité sociale s'est renforcée. Dès lors, plutôt que de la réformer, il était préférable d'opter pour la modernisation¹.

Cet objectif politique a été lancé par le Premier ministre Dehaene, dans une note de négociation en vue de former le gouvernement fédéral de coalition en juin 1995, le but étant d'adapter la sécurité sociale aux « temps nouveaux »².

Cinq raisons

Dans un ouvrage publié sous le titre *La société de l'information, clés pour une ère nouvelle*³, le Premier ministre avance les principales justifications d'une politique de modernisation de la sécurité sociale :

- la modification des schémas familiaux dans la société, caractérisée par un accroissement des familles monoparentales ;
- le vieillissement de la population et ses conséquences financières, ainsi que le départ anticipé du marché du travail ;
- le mode de financement de la sécurité sociale défavorable pour l'emploi ;
- l'émergence d'une nouvelle notion de carrière et la multiplication des emplois atypiques ;
- un rythme de croissance plus modéré de l'économie.

Les principes

Les grandes tendances de l'évolution

contextuelle fondent les principes qui doivent gouverner la modernisation⁴ :

- le maintien de l'équilibre financier de la sécurité sociale, l'amélioration de son efficacité dans le cadre d'un renforcement de la lutte contre la pauvreté ;
- l'association assurance sociale et solidarité entre personnes ;
- l'augmentation de l'importance d'un financement alternatif, de sorte que le financement de la sécurité sociale grève moins le travail et favorise la création d'emplois ;
- l'adaptation des structures de sécurité sociale permettant d'établir une distinction plus nette entre les secteurs liés au travail (accidents du travail, indemnités journalières, pension d'invalidité) et les secteurs généraux. Les secteurs généraux seront harmonisés progressivement afin d'arriver à terme à une couverture uniforme des risques généraux pour l'ensemble de la population ; ce dernier point constitue l'un des moyens les plus efficaces de lutter contre la pauvreté ;
- la poursuite de la gestion globale de la sécurité sociale, dans le respect du principe de la gestion paritaire ;
- l'intensification de la lutte contre la fraude fiscale, les abus, le travail au noir... ;
- une limitation de la croissance réelle globale des dépenses, grâce à l'instauration d'une norme légale permettant d'assurer, à court terme, la viabilité du régime ;
- l'application uniforme de la loi dans tout le pays.

Les mesures

La définition des principes de la modernisation débouche sur des propositions de mesures que le gouvernement tentera d'appliquer au cours de la législature 1995-1999. Nous nous limiterons à l'énoncé des mesures relatives aux principaux secteurs : les soins de santé et les pensions.

Les soins de santé

L'objectif global en matière de soins de santé est de garantir leur accès, en par-

ticulier aux groupes socialement fragilisés⁵. Mais les propositions du gouvernement dessinent une restructuration de ce secteur car il envisage de :

- fixer une norme de croissance réelle des dépenses : maximum 1,5 % ;
- responsabiliser les différents partenaires ; généraliser le système des enveloppes à l'ensemble du secteur et évaluer le profil des prestataires ;
- limiter la pléthore des dispensateurs de soins, en concertation avec les communautés ;
- programmer plus strictement les services médico-techniques et les appareils médicaux lourds et promouvoir les accords de coopération entre hôpitaux ;
- mieux structurer l'organisation des soins de santé, revaloriser le médecin généraliste, renforcer la spécialisation dans le secteur des hôpitaux et instaurer l'échelonnement des soins ;
- encourager l'hospitalisation de jour et réduire la durée moyenne de séjour,
- procéder à l'enregistrement simplifié et accéléré des médicaments, instaurer des contrats « prix-volumes » avec l'industrie pharmaceutique et collecter des données pour établir des profils de prescripteurs ;
- désigner par élection les représentants des médecins dans les instances de sécurité sociale ;
- supprimer les distorsions de consommation injustifiées ;
- améliorer la couverture des personnes âgées et des malades chroniques.

Les pensions

Dans ce secteur, il s'agit de s'adapter aux conséquences de l'évolution démographique et à la nécessité de freiner la croissance des dépenses, tout en préservant le système légal. Le gouvernement propose de :

- modifier les mécanismes de calcul de la pension légale (fraction de carrière, périodes assimilées, coefficients de revalorisation et salaires fictifs) ;
- instaurer l'égalité entre les hommes et les femmes ;

- réduire progressivement le régime des prépensions et encourager la prépension à mi-temps ;
- promouvoir les deuxième et troisième piliers en tant qu'alternative à une partie des augmentations salariales ;
- maîtriser la dynamique des dépenses pour les futurs pensionnés de la fonction publique ;
- renforcer la solidarité entre pensions élevées et modestes ;
- examiner les possibilités de constituer, à terme, une partie de la pension légale par un système de capitalisation.

La gestion

Le gouvernement formule quatre propositions pour moderniser la gestion et la rendre plus efficace :

- informatisation plus poussée⁶ ;
- mise en place d'un nouveau cadre de travail pour les organismes publics de sécurité sociale ;
- renforcement de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale ;
- meilleure répartition des tâches entre organismes nationaux de sécurité sociale.

Les perspectives

La modernisation s'inscrit dans une évolution en cours depuis longtemps. Elle ne dessine pas « une reconstruction de l'idée de progrès et de solidarité qui ait une force certaine pour tracer les perspectives positives de changement en faveur de ceux qui souffrent, doutent ou désespèrent »⁷. Ceci s'explique sans doute par le constat qu'« en même temps que s'affaiblit et se transforme un monde que nous avons connu, est en train d'apparaître une société que nous ne connaissons pas encore »⁸.

Mais aussi parce que cette modernisation s'inscrit dans les anciennes règles du jeu, la solidarité entre travailleurs et entre régions et qu'à terme, cette dernière semble remise en question dans les secteurs des soins de santé et des allocations familiales. Mais surtout par les orientations pre-

mières du gouvernement de conduire la Belgique (avec un endettement global équivalent à environ 130 % du PNB) dans le premier peloton des pays qui entreront dans l'Union européenne monétaire, et donc de mener une politique avant tout budgétaire, pour satisfaire aux critères fixés à Maastricht par les douze.

Ces contraintes actuelles — vision floue de l'avenir, remise en cause des mécanismes institutionnels de financement de l'État et par voie de conséquence de la sécurité sociale, endettement de l'État — fixent comme perspectives un débat sur les contours et le contenu de la sécurité sociale belge après la législation actuelle, tout comme l'écrivait d'ailleurs le Premier ministre « dans une phase ultérieure de la réforme de l'État, la répartition actuelle des compétences sera évaluée et rectifiée dans le sens d'une plus grande homogénéité des prestations servies »⁹.

Henri Lewalle

1. Loi du 26 juillet 1996 (M.B. du 1^{er} août 1996)

2. Pour rédiger cet article, nous nous sommes largement inspirés de la publication d'E. Arcq et de P. Reman : *Les interlocuteurs sociaux et la modernisation de la sécurité sociale*. In : *Courrier hebdomadaire du Crisp*, n° 1508-1509, Bruxelles 1996.

3. J.-L. Dehaene. *La société de l'information, clés pour une ère nouvelle*. Éditions Luc Pire, 1995.

4. J.-L. Dehaene. *Une politique énergétique pour une société nouvelle*. Lignes de force du programme du Gouvernement fédéral, 4 juin 1995.

5. Sur ce volet, nous invitons le lecteur à consulter l'excellent article de Jean Hermesse : *L'accès aux soins de santé en Belgique*. In : *Solidarité santé*, n° 2, 1997.

6. Notamment par la mise en circulation, dès le 1^{er} juillet 1998, d'une carte d'identité sociale dont chaque résident sera doté (carte à puce) et la création d'un réseau entre les hôpitaux et les organismes assureurs.

7. P. Palsterman, P. Reman. De la réforme à la modernisation. In : *La Revue nouvelle*, novembre 1995, Rixensart p. 40 à 49.

8. M. Molitor. Chômage et démocratie in *La Revue nouvelle*, juin 1996, Rixensart, p. 52 à 63.

9. J.-L. Dehaene. *La société de l'information*, op. cit. p. 192.