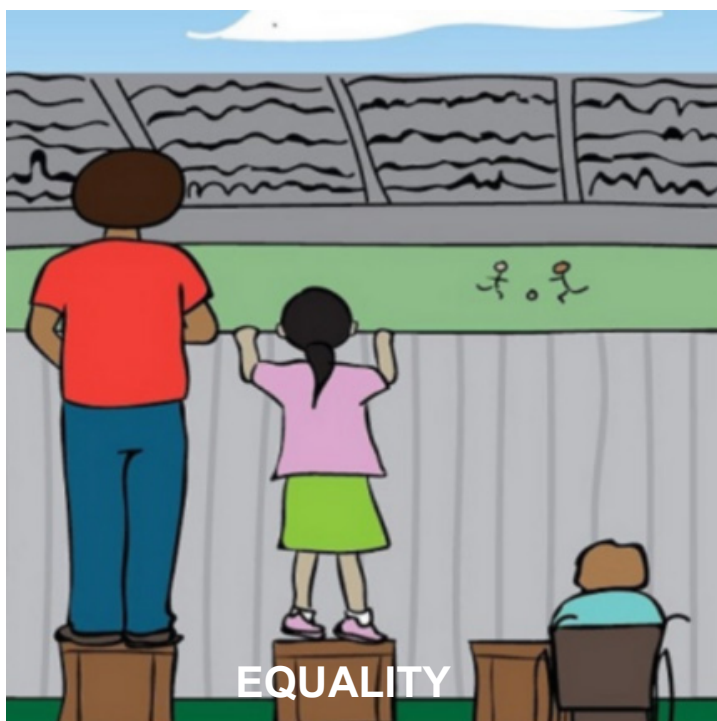


SYNTHÈSE

PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE : ÉVALUATION DE L'ÉQUITÉ



SYNTHÈSE

PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE : ÉVALUATION DE L'ÉQUITÉ

NICOLAS BOUCKAERT, CHARLINE MAERTENS DE NOORDHOUT, CARINE VAN DE VOORDE



■ PRÉFACE

“Une bonne santé ! ” Voilà un souhait que nous nous adressons souvent les uns aux autres, surtout dans le contexte actuel de crise sanitaire. Malheureusement, la santé n'est pas donnée à tous. Et même si nos choix de vie personnels y jouent un rôle, elle est aussi largement déterminée par de très nombreux facteurs sur lesquels nous n'avons aucun contrôle. C'est pourquoi, dans notre pays, la solidarité et l'équité sont des principes essentiels du système d'assurance maladie obligatoire. Ils impliquent que nous cherchions constamment à ce que les soins soient distribués et financés de façon la plus équitable possible. C'est ce qu'examine le présent rapport.

La première question examinée est de savoir si chacun peut avoir un recours égal aux soins de santé, quel que soit son profil socio-économique. Il est bien connu – et confirmé par la littérature internationale – que les personnes dont le statut socio-économique est plus faible ont en moyenne davantage de problèmes de santé, et donc des besoins de soins plus importants. Plusieurs études belges ont déjà été publiées sur ce sujet également. Ce qui est nouveau dans ce rapport est la méthode utilisée dans les analyses statistiques pour tenir compte des besoins des soins dans l'évaluation du recours aux soins. En d'autres termes, les personnes ayant les mêmes besoins de soins ont-elles recours aux soins de santé de la même manière ou y a-t-il des différences en fonction de leur statut socio-économique ?

Les autres questions concernent le financement de nos soins de santé : dans quelle mesure ce financement est-il redistributif, c'est-à-dire dans quelle mesure les contributions les plus importantes proviennent-elles de ceux qui ont les épaules les plus larges ? Et quel est le rapport entre la capacité financière d'un ménage et le niveau de ses contributions personnelles aux coûts des soins de santé ? Ici aussi, une approche novatrice pour la Belgique a été utilisée, conformément à la méthode prônée par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé, à savoir la prise en compte, dans la détermination de la situation financière d'un ménage, des dépenses nécessaires pour les besoins de base tels que la nourriture, le logement et les services d'utilité publique.

Les résultats de ce rapport décrivent la situation de notre pays sur la base des données disponibles les plus récentes, et permettent de mieux comprendre l'effet des mécanismes de protection déjà en place. Nos décideurs politiques pourront désormais se baser sur ces chiffres et ces informations pour prendre leurs décisions. Cela impliquera certes des mesures budgétaires, mais surtout une réflexion éthique sur la notion de justice sociale et sur le rôle que les autorités publiques doivent y jouer.

Christophe JANSSENS
Directeur général adjoint a.i.

Marijke EYSEN
Directeur général a.i.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	INTRODUCTION	5
1.1.	QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE ÉQUITÉ ET ÉGALITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SOINS DE SANTÉ ?	5
1.1.1.	Quand les inégalités sont-elles inévitables ?	5
1.1.2.	Équité horizontale et verticale	6
1.1.3.	L'équité comme priorité politique nationale et internationale.....	6
1.2.	PORTÉE ET OBJECTIF DE CE RAPPORT	6
1.2.1.	Complément au rapport d'évaluation de la performance du système de santé (Health System Performance Assessment – HSPA) belge.....	6
1.2.2.	Questions de recherche et structure.....	7
1.3.	DONNÉES UTILISÉES	8
2.	ÉQUITÉ/INÉQUITÉ EN MATIÈRE D'ACCÈS ET DE RECOURS AUX SOINS.....	8
2.1.	INTRODUCTION	8
2.2.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	9
2.2.1.	Sélection des indicateurs	9
2.2.2.	Inéquité en matière de santé : la pauvreté rend malade, la maladie appauvrit.....	10
2.2.3.	Application d'une correction pour le besoin de soins à l'aide du « fairness gap »	10
2.3.	UN RECOURS ÉQUITABLE AUX SOINS EN BELGIQUE ?	12
2.3.1.	Le recours aux soins augmente avec l'accroissement des besoins, sauf pour la prévention.....	12
2.3.2.	Le recours aux soins ne varie pas seulement en fonction des différences de besoins.....	12



2.3.3.	Les mesures stratégiques et les incitants destinés à favoriser l'équité en matière de recours aux soins sont-ils efficaces ?	18
2.4.	UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SOINS EN BELGIQUE ?	20
2.4.1.	Augmentation générale des besoins de soins non satisfaits auto-rapportés pour des raisons financières	20
2.4.2.	Quels sont les besoins de soins non satisfaits et chez qui ?	20
3.	INÉQUITÉS EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ	25
3.1.	COMMENT LE CITOYEN BELGE FINANCE-T-IL LES SOINS ?	25
3.2.	MESURES DE PROTECTION EN BELGIQUE.....	26
3.3.	LES CONTRIBUTIONS PERSONNELLES CATASTROPHIQUES ET APPAUVRISSENTES COMME INDICATEURS	27
3.3.1.	Incidence des contributions personnelles appauvrissantes.....	29
3.3.2.	Incidence des contributions personnelles catastrophiques	30
3.3.3.	Le coût des soins pèse de plus en plus lourd sur le budget des ménages	32
3.3.4.	Quels sont les services de santé le plus souvent à l'origine de difficultés financières ?	33
3.3.5.	Quelle protection offre le maximum à facturer ?	34
3.4.	L'EFFET REDISTRIBUTIF DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE EN BELGIQUE	36
3.4.1.	Comment avons-nous procédé ?	36
3.4.2.	Financement de l'assurance maladie publique.....	37
3.4.3.	Progressivité et régressivité des sources de financement de l'assurance maladie obligatoire.....	38
3.4.4.	Effet redistributif du financement de l'assurance maladie obligatoire.....	38
4.	PROPOSITIONS VISANT À AMÉLIORER L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ ET DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ	41
4.1.	DIMINUER LES CONTRIBUTIONS PERSONNELLES POUR LES GROUPES FINANCIÈREMENT VULNÉRABLES LORS DU RECOURS AUX SOINS	42



4.2.	RENFORCER LA SÉLECTIVITÉ DANS LES MESURES DE PROTECTION.....	43
4.3.	AMÉLIORER LA PROTECTION CONTRE L'AUGMENTATION DES CONTRIBUTIONS PERSONNELLES.....	44
4.4.	UNE APPROCHE INTERSECTORIELLE AFIN DE RÉDUIRE LES INÉQUITÉS DANS LES SOINS DE SANTÉ.....	46
4.5.	SUIVI DE L'ÉQUITÉ ET ACCÈS PLUS FACILE AUX DONNÉES	47
■	RECOMMANDATIONS	49
■	RÉFÉRENCES	53



1. INTRODUCTION

1.1. Quelle est la différence entre équité et égalité en matière de santé et de soins de santé ?

1.1.1. Quand les inégalités sont-elles inéquitables ?

À l'aube d'une nouvelle année, nous avons coutume de nous souhaiter mutuellement une bonne santé, et ce pour une excellente raison : une bonne santé est non seulement essentielle au bien-être, mais détermine aussi grandement les chances dans la vie et la qualité de vie.¹⁻⁶ Cette **bonne santé** n'est toutefois pas « distribuée » à tous de manière égale, car elle est conditionnée par une multitude de facteurs : l'âge et l'hérédité ont bien sûr une influence, tout comme les circonstances dans lesquelles les individus grandissent, ainsi que leurs conditions de logement, de travail et de vie. Il est impossible de supprimer complètement les inégalités de santé, mais des soins de santé efficaces et de qualité peuvent contribuer à les réduire.^{1, 2, 4, 7-9}

L'égalité n'est toutefois pas davantage observée en ce qui concerne l'**accès et le recours aux soins de santé**. Certaines personnes consultent plus souvent un médecin que d'autres, prennent plus de médicaments ou font plus de séances de kinésithérapie. Ces inégalités ne sont pas en soi « bonnes » ou « mauvaises », mais incitent surtout à s'interroger sur leur origine. Certaines personnes ont davantage recours aux soins de santé parce qu'elles souffrent d'affections chroniques, alors que d'autres y ont moins recours faute de moyens financiers suffisants. Les inégalités de recours aux soins qui sont dues à des besoins médicaux différents sont généralement considérées comme justifiées. En revanche, les inégalités liées à des différences de revenus, d'éducation, de situation professionnelle, d'environnement, d'origine, de littératie en santé, etc. sont considérées comme injustifiées ou « **inéquitables** ». Ce sont ces inéquités d'accès et de recours aux soins – et, par extension, de santé – que les mesures de

protection mises en place dans le système de soins de santé visent à réduire.

L'accessibilité financière des soins peut être directement influencée par le pouvoir politique qui dispose d'instruments à cet effet. Ainsi par exemple, il est possible de protéger les ménages^a des conséquences financières du recours aux soins en limitant leurs contributions personnelles (ticket modérateur, suppléments et dépenses relatives aux soins non remboursés, voir Encadré 4) lors du recours aux soins ou via le mode de financement de l'assurance maladie. Un financement équitable de l'assurance maladie s'appuie sur la capacité financière des ménages, indépendamment de leur santé ou de leur recours aux soins de santé.

Encadré 1 – Différence entre égalité (inégalité) et équité (inéquité) dans la santé ou les soins de santé

Inégalité (« *inequality* ») est le terme général employé pour désigner des différences dans la santé ou les soins de santé. Ce terme descriptif n'implique pas nécessairement un jugement de valeur.¹⁰ Les inégalités peuvent avoir des origines diverses : la distribution inégale de facteurs socioéconomiques comme le revenu, le patrimoine, le niveau d'éducation ou l'emploi ; des différences biologiques, des choix et des préférences individuels ; des différences liées à la santé et aux besoins en matière de soins ; la malchance ; une offre différente de prestataires de soins ; des différences au niveau de la couverture de l'assurance, etc.

Le terme **inéquité** (« *inequity* ») fait référence à une inégalité jugée injuste (p.ex. un faible recours aux soins pour des raisons financières). Il est donc bel et bien associé à un cadre de valeurs.^{2, 5} Les points de vue divergent à propos de ce que recouvre précisément l'équité sociale et du rôle que les autorités doivent jouer pour remédier aux injustices.

^a Un ménage comprend une ou plusieurs personnes.



1.1.2. Équité horizontale et verticale

Pour être qualifiés d'équitables, les soins de santé doivent être distribués et financés d'une manière juste parmi la population, ce qui exige un cadre de valeurs. Les pays dotés d'une assurance maladie universelle tendent vers des soins de santé équitables et appliquent les principes de l'équité horizontale et verticale.

L'équité horizontale dans l'accès ou le recours aux soins implique que les personnes ayant des besoins en soins identiques reçoivent un même (accès au) traitement, sans qu'il soit tenu compte d'autres caractéristiques comme leur revenu, leur niveau d'éducation, leur lieu de résidence, leur origine, etc. Le principe d'**équité verticale** stipule que les personnes ayant des besoins de soins différents reçoivent un (accès à un) traitement différent, adapté à leur besoin spécifique. Dans le présent rapport, nous nous concentrons sur l'équité horizontale dans le recours aux soins et partons du principe que l'équité verticale est respectée (voir chapitre 2). Par conséquent, nous ne tenons pas non plus compte dans notre analyse des guidelines concernant le recours aux soins – par exemple, pour la pratique du dépistage opportuniste du cancer du sein.

Un financement équitable des soins tient compte de la capacité financière des ménages. **L'équité horizontale en matière de financement des soins** signifie que les ménages ayant des revenus similaires paient le même montant pour les soins. **L'équité verticale** signifie que les ménages ayant des revenus différents doivent aussi payer une contribution différente. En vertu de la solidarité des revenus, les ménages qui ont des revenus plus élevés contribuent davantage que ceux dont les revenus sont plus faibles.

1.1.3. L'équité comme priorité politique nationale et internationale

Assurer un accès et un recours équitables à des soins de santé efficaces, de qualité et abordables est un objectif central de la politique belge et est considéré comme un droit. L'accord de gouvernement du 30 septembre 2020 l'a confirmé une nouvelle fois.¹¹ Les autorités belges avaient déjà précédemment pris un certain nombre de mesures visant à garantir l'accessibilité (financière) des soins de santé (voir chapitre 3).

À l'échelle internationale, cet objectif a été inscrit dans des documents stratégiques, entre autres de l'Union européenne ou de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Quelques initiatives ont été lancées afin de prévenir la pauvreté et de promouvoir l'égalité en matière de santé en rendant les soins plus accessibles et abordables, entre autres l'Avis du Comité économique et social européen sur la solidarité en matière de santé/réduction des inégalités de santé (2010), la « *Conference on Social Determinants of Health* » (2011) organisée par l'OMS, la stratégie « *Health 2020* » approuvée en 2012, l'« *Agenda 2030 du développement durable* » (2015) et l'« *Action conjointe de l'UE sur les inégalités en matière de santé* » de 2018.¹²⁻¹⁵

1.2. Portée et objectif de ce rapport

1.2.1. Complément au rapport d'évaluation de la performance du système de santé (Health System Performance Assessment – HSPA) belge

Le présent rapport a pour but d'examiner si l'accès et le recours aux soins de santé belges, de même que leur financement, sont équitables. Il vient compléter le [rapport du KCE](#) portant sur l'évaluation de la performance du système de santé (HSPA) publié en 2019, qui analyse le système de santé à travers une approche quantitative (voir Encadré 2). L'équité du système de santé était donc l'un des aspects à évaluer dans le rapport HSPA de 2019. Mais faute de données pertinentes, seules les inégalités socioéconomiques – et non les inéquités – en lien avec le recours aux soins de santé ont pu y être examinées. Le présent rapport fournit dès lors un complément d'informations. Nos recherches portent principalement



sur l'équité dans l'accès, l'utilisation et le financement des soins de santé et non sur l'équité du système de santé, ce qui est un sujet plus large.

Les inégalités en matière de santé ne sont pas abordées dans ce rapport, mais ont été documentées de façon détaillée dans les rapports de l'Enquête de santé belge et le « *Health Status Report* » (2019), tous deux établis par Sciensano.^{16, 17} D'autres publications ont également analysé les inégalités socioéconomiques en Belgique par rapport à toute une série d'indicateurs de santé.^{12, 18-26} L'accord de gouvernement du 30 septembre 2020 a pour ambition de réduire les inégalités en matière de santé, comme par exemple de réduire le taux de mortalité évitable de 15 % d'ici 2030.¹¹

Encadré 2 – Le rapport HSPA (*Health System Performance Assessment*) en Belgique (2019)

Une évaluation de type HSPA est un processus qui consiste à évaluer l'ensemble du système de santé d'un pays (« *health check* ») sur la base d'une série d'indicateurs. L'objectif est de contribuer à la planification stratégique du système de santé.²⁷ Le premier rapport HSPA pour la Belgique a été publié en 2007.

Le plus récent rapport est le quatrième, publié en 2019 ; il comprend 121 indicateurs représentant les cinq dimensions du système de santé : qualité, accessibilité, efficience, soutenabilité et équité. La qualité des soins est elle-même subdivisée en cinq sous-dimensions (efficacité, adéquation, sécurité, centralité du patient, continuité). Cinq domaines spécifiques sont également évalués : les soins préventifs, les soins à la mère et au nouveau-né, les soins de santé mentale, les soins aux personnes âgées et les soins de fin de vie.

Le site internet <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/> propose aussi bien le rapport HSPA que le rapport sur l'état de santé de la population (« *Health Status Report* » de Sciensano) et le rapport sur les variations de pratiques médicales (de l'INAMI). Il permet donc à tout un chacun de suivre l'évolution des nombreux paramètres – y compris les 121 indicateurs HSPA.

1.2.2. Questions de recherche et structure

Les questions de recherche ci-après ont été développées, conformément à l'objectif général du rapport :

- Y a-t-il des inéquités en matière d'**accès et de recours aux soins de santé** et comment ont-elles évolué au fil du temps ? (chapitre 2)
- Y a-t-il des inéquités en matière de **financement des soins de santé et de contributions personnelles** et comment ont-elles évolué au fil du temps ? (chapitre 3)

L'étude comprend donc deux grandes parties. Dans le **chapitre 2**, nous discutons des **inéquités dans le recours aux soins** et nous évaluons un sous-ensemble d'indicateurs y afférents tirés du rapport HSPA (2019). Le recours aux soins sert d'approximation pour l'**accès aux soins** parce qu'il est souvent plus facile à mesurer. Par ailleurs, l'analyse du report des soins médicaux et dentaires (besoins de soins non satisfaits pour des raisons financières) fournit des informations directes sur l'**inéquité en matière d'accès aux soins**. Le **chapitre 3** traite des **inéquités en matière de financement des soins de santé** en abordant aussi bien les contributions personnelles catastrophiques et appauvrissantes que l'effet redistributif du financement de l'assurance maladie obligatoire. La présente synthèse, qui est un résumé du [rapport scientifique](#) (en anglais), renferme en outre la conclusion et les recommandations destinées aux décideurs. Le [supplément](#) au rapport scientifique fournit également des informations détaillées sur les données utilisées, les analyses de ces données et les résultats.



1.3. Données utilisées

Nous avons utilisé des données couplées au niveau individuel et au niveau des ménages, extraites de plusieurs bases de données. Les *statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie* (EU-SILC) de 2008, 2012 et 2016 constituent la base. Chaque année, Statbel recueille via cette enquête des informations socioéconomiques, sociodémographiques et de santé détaillées et auto-rapportées. Elles ont été complétées par des données de l'Agence InterMutualiste (AIM, de 2007 à 2016) concernant le recours aux soins et les contributions personnelles à charge des patients, de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS, de 2007 à 2016) concernant les cotisations sociales, ainsi que de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) à propos de l'offre de soins (p. ex le nombre de prestataires de soins au niveau communal). Nous désignons les données couplées par la mention EU-SILC/IMA-AIM. Nous n'avons pas utilisé l'Enquête de Santé parce qu'au moment où nous avons débuté cette étude, les données les plus récentes disponibles étaient celles de 2013. Depuis lors, les résultats de l'Enquête de Santé 2018 sont publiés.²⁸

Nous avons également utilisé des informations relatives à la consommation des ménages belges tirées de l'Enquête sur le budget des ménages (« *Household Budget Survey* », ou HBS, de 2012, 2014, 2016 et 2018) afin de calculer l'indicateur pour les contributions personnelles catastrophiques et appauvrissantes (voir chapitre 3). Ces données sont collectées par Statbel.

Les données utilisées dans ce rapport ne sont pas suffisamment récentes pour pouvoir évaluer l'impact de la crise COVID-19 sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et leur financement. Vous trouverez davantage d'informations sur les données utilisées dans le [rapport scientifique](#), section 1.3.

2. ÉQUITÉ/INÉQUITÉ EN MATIÈRE D'ACCÈS ET DE RECOURS AUX SOINS

2.1. Introduction

L'équité horizontale – un accès égal aux soins de santé pour les personnes ayant le même besoin – est un principe directeur dans la politique belge de soins de santé. L'accessibilité est cependant difficile à définir et mesurer compte tenu des nombreux facteurs qui entrent en jeu. Du côté de l'offre, il s'agit par exemple des temps d'attente et de la disponibilité des prestataires de soins. Du côté de la demande, ce sont entre autres les facteurs socioéconomiques et sociodémographiques, la littératie en santé, la couverture de l'assurance, etc. C'est pour cette raison que l'on analyse souvent le recours et non l'accès aux soins, et que l'on évalue le principe du « recours égal aux soins pour les personnes ayant le même besoin ».²⁹ Nous procédons aussi de cette façon dans ce rapport. Les données quantitatives disponibles (EU-SILC/IMA-AIM) offrent en effet davantage d'informations sur le recours que sur l'accès aux soins.

La définition de l'équité dans le recours aux soins autorise l'existence de différences justifiées. Il est dès lors important de distinguer ces inégalités justifiées et injustifiées, ainsi que de **définir les besoins de soins**. En effet, la définition et le caractère mesurable du besoin de soins font également l'objet de discussions. Pour les résultats de cette synthèse, le besoin de soins est défini comme l'état de santé (et les informations y relatives), l'âge et le sexe. Dans le rapport scientifique et le supplément, nous avons également défini d'autres scénarios permettant de classer les inégalités en matière de recours aux soins comme justifiées en utilisant d'autres définitions – élargies – du besoin de soins.



Nous avons ensuite élaboré une méthode visant à **corriger le recours aux soins en fonction du besoin de soins. Cette méthode et les résultats qui en découlent sont le cœur du présent chapitre, mais aussi la principale différence par rapport aux études précédentes menées sur l'inéquité en matière de soins de santé en Belgique** (voir section 2.1 du [rapport scientifique](#) à propos des études antérieures en Belgique).

En ce qui concerne les **soins préventifs**, les différences relatives au besoin de soins sont moins pertinentes parce que la prévention est importante pour tout un chacun et doit être dissociée de la santé d'un individu. C'est pourquoi nous transmettons les résultats concernant les soins dentaires préventifs et le dépistage du cancer du sein sans y apporter de correction pour le besoin de soins. En revanche, dans le cas de la vaccination contre la grippe, nous tenons compte du besoin de soins parce que la vaccination est surtout recommandée aux personnes ayant des problèmes de santé (chroniques).

Nous avons par ailleurs réalisé une analyse descriptive des besoins non satisfaits en soins médicaux ou dentaires (ou report de soins) pour des raisons financières. Cet indicateur est fréquemment utilisé pour évaluer **l'équité de l'accessibilité des soins**. Les soins de santé sont généralement considérés comme inaccessibles d'un point de vue financier lorsque des personnes limitent ou reportent le recours aux soins en raison de leur coût (trop) élevé ou doivent y renoncer pour satisfaire d'autres besoins de base.

2.2. Comment avons-nous procédé ?

2.2.1. Sélection des indicateurs

Pour analyser l'équité en matière de recours aux soins, nous avons sélectionné plusieurs indicateurs du rapport HSPA 2019 du KCE (voir section 1.2.1). Cette sélection, basée sur la disponibilité des données, reprend les indicateurs suivants :

- Au moins un contact avec un prestataire de soins au cours de l'année écoulée (répartition entre prestataire ou environnement de soins : médecin généraliste, spécialiste, service des urgences, hospitalisation classique, hospitalisation de jour) (population âgée de plus de 18 ans) ;^b
- Nombre de contacts avec un prestataire de soins au cours de l'année écoulée (répartition entre prestataire ou environnement de soins : médecin généraliste, spécialiste, service des urgences, hospitalisation classique, hospitalisation de jour) (population âgée de 18 ans ou plus) ;^b
- Vaccination contre la grippe au cours de l'année écoulée (population âgée de 65 ans ou plus) ;
- Dépistage du cancer du sein au cours des deux années écoulées (population féminine âgée de 50-69 ans) ;
- Contacts réguliers avec un dentiste sur une période de trois ans (population âgée de 18 ans ou plus)^c ;
- Prise d'antibiotiques au cours de l'année écoulée (population âgée de 18 ans ou plus) ;
- Avoir un dossier médical global au cours de l'année écoulée (population âgée de 18 ans ou plus) ;

^b Ces indicateurs ne proviennent pas du rapport HSPA mais ont été ajoutés à l'analyse. Le nombre de contacts avec les prestataires de soins est l'indicateur le plus utilisé au niveau international pour mesurer les inéquités dans le recours aux soins.

^c Par contacts réguliers, nous entendons un ou plusieurs contacts pendant deux des trois dernières années.



- Prise chronique de cinq médicaments ou plus (polymédication) (population âgée de 65 ans ou plus) ;
- Prise d'antidépresseurs au cours de l'année écoulée (population âgée de 18 ans ou plus).

L'indicateur « besoins de soins non satisfaits pour des raisons financières (population âgée de 18 ans ou plus) » a été analysé séparément (voir section 2.4).

L'échantillon a été limité aux personnes de 18 ans ou plus parce que les informations relatives à l'état de santé sont uniquement disponibles pour les répondants de 16 ans ou plus, d'une part, et parce qu'un individu est jugé responsable de ses choix à partir de 18 ans, d'autre part.

2.2.2. *Inéquité en matière de santé : la pauvreté rend malade, la maladie appauvrit*

Il existe un lien évident entre la situation socioéconomique d'un individu et sa santé. Les personnes au profil socioéconomique plus faible sont globalement en moins bonne santé que celles ayant un profil socioéconomique plus élevé. D'un côté, le revenu, le niveau d'éducation et la situation professionnelle ont une influence sur la santé (et le recours aux soins) – à travers, par exemple, la capacité à payer les soins, la littératie en santé, le fait d'exercer un travail physique lourd, ou encore d'avoir une assurance hospitalisation via l'employeur. De l'autre, la santé influence à son tour la capacité d'une personne à se procurer un revenu et à être active sur le marché du travail.

Cette corrélation a déjà été démontrée précédemment, entre autres par l'Enquête de santé belge^{16, 17} et ressort fortement dans l'analyse de nos propres données. De nouveau, nous constatons que les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur, des revenus plus élevés, qui travaillent ou ne se trouvent pas dans une situation de privation matérielle, sont en meilleure santé que les personnes ayant un faible niveau d'éducation, des revenus peu élevés, en situation de privation matérielle (incapables de subvenir à leurs besoins de base), inactives ou au chômage. Les personnes exposées au risque de pauvreté et celles qui appartiennent à la classe moyenne inférieure semblent avoir un état de santé assez similaire. Les bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité sont en revanche en très mauvaise

santé. Vous trouverez plus de détails sur notre analyse et nos résultats dans la section 2.4.1 du [rapport scientifique](#).

2.2.3. *Application d'une correction pour le besoin de soins à l'aide du « fairness gap »*

La forte corrélation entre le statut socioéconomique et la santé complique l'interprétation des différences observées dans le recours aux soins. Il est donc essentiel d'appliquer une correction pour le besoin de soins si l'on veut étudier l'inéquité en matière de recours aux soins. Une mauvaise santé et, par conséquent, un besoin de soins plus important peuvent en effet entraîner un recours accru (« *fair* », justifié) aux soins, alors qu'un faible statut socioéconomique peut être associé à des freins financiers ou à d'autres problèmes d'accessibilité et entraîner un moindre recours aux soins (« *unfair* », injustifié).

En vertu du principe d'équité horizontale (voir section 1.1.2), les personnes ayant les mêmes besoins de soins doivent être traitées de la même manière, sans qu'il soit tenu compte d'autres caractéristiques comme le revenu, le niveau d'éducation, l'origine, le lieu de résidence, etc. Nous venons de voir ci-dessus que les personnes qui ont des revenus faibles sont généralement en moins bonne santé. Bien qu'elles aient des besoins de soins plus importants, elles n'ont pas nécessairement davantage recours aux soins – que du contraire. Afin d'appliquer une correction pour les besoins de soins, nous nous appuyons sur la méthode du « *fairness gap* » (voir Encadré 3).¹

³⁰ Vous trouverez des informations plus détaillées sur le *fairness gap* dans la section 2.4.2 du [rapport scientifique](#).

Le *fairness gap* est l'écart entre le recours aux soins observé chez un individu et le recours aux soins attendu si l'on se réfère simplement aux besoins de soins de cet individu, indépendamment de ses revenus, de son niveau d'éducation et d'autres caractéristiques qui entraînent des inégalités injustifiées. Il est possible d'analyser le *fairness gap* au niveau individuel, mais aussi de calculer une moyenne applicable à la population ou à un sous-groupe de la population p. ex les individus dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté. Les écarts systématiques observés sous l'angle du *fairness gap* entre des sous-groupes – ou entre un sous-groupe et l'ensemble de la population – sont contraires au principe d'équité horizontale et signalent des inéquités dans le recours aux soins.



Encadré 3 – Méthode du « *fairness gap* »

Afin de vérifier si le recours aux soins en Belgique satisfait au principe de l'équité horizontale, nous nous appuyons sur la méthode du *fairness gap*,^{1, 30} qui permet d'appliquer une correction pour les besoins de soins.

À cet effet, le recours individuel aux soins est comparé à une valeur-norme définie. Cette dernière n'est pas la même pour tout le monde. Elle est adaptée au besoin de soins de l'individu et à d'autres caractéristiques éventuelles qui entraînent des différences justifiées dans le recours aux soins. Cette norme n'est toutefois PAS adaptée à la situation socioéconomique ni à d'autres caractéristiques qui entraînent des différences injustifiées. La même norme de recours aux soins s'applique donc à deux personnes ayant les mêmes besoins de soins, mais des revenus ou un niveau d'éducation différents.

Afin de déterminer cette norme pour le recours aux soins, nous avons réalisé une analyse de régression en évaluant les liens entre, d'une part, le recours aux soins et, d'autre part, le besoin de soins, l'offre de soins, le statut d'assurance (intervention majorée ou non, voir Encadré 5), ainsi que les variables socioéconomiques et sociodémographiques. Afin de neutraliser l'impact de différences injustifiées sur le recours aux soins, nous avons utilisé des valeurs de référence pour aboutir à une valeur-norme. Le profil de référence choisi représente une personne qui a toutes les chances (temps, moyens financiers, facultés cognitives, offre de soins suffisante, etc.) d'avoir recours aux soins de manière appropriée. Nous prenons par exemple pour valeurs de référence un revenu élevé (200 % de la médiane) et un diplôme de l'enseignement supérieur comme niveau d'éducation. Pour chaque individu, la valeur-norme indique le recours aux soins moyen de personnes dont le profil socioéconomique, le statut d'assurance, etc. correspondent parfaitement au profil de référence et dont le besoin de soins est identique à celui de l'individu.

L'écart entre le recours aux soins observé chez chaque individu et la norme corrigée pour les besoins de soins est appelé le *fairness gap*.

Cet écart peut être positif ou négatif, ce qui signifie que la personne a respectivement un recours aux soins plus ou moins important que le recours attendu compte tenu de ses besoins de soins. Puisque la valeur-norme reflète le recours aux soins d'une personne ayant le même besoin de soins, tout écart du *fairness gap* viole le principe de l'équité horizontale et est considéré comme injuste.

Exemple

Prenons deux hommes (*A* et *B*) de 55 ans atteints d'une affection chronique, qui prennent des médicaments contre le diabète. Tous deux déclarent être en assez bonne santé et ne pas être limités dans leurs activités quotidiennes. Au cours de l'année écoulée, *A* a consulté son médecin généraliste à trois reprises, tandis que *B* l'a fait à six reprises. Indépendamment de leur besoin de soins, leur situation (financière) est très différente. *A* est célibataire, a un diplôme de l'enseignement secondaire, est resté près d'un an sans emploi, fait partie de la classe moyenne inférieure et ne bénéficie pas de l'intervention majorée. *B* est marié et hautement qualifié, il a un emploi – tout comme son épouse – et le couple fait partie de la classe moyenne supérieure. Seuls leur besoin de soins et le profil de référence revêtent de l'importance pour déterminer une valeur-norme en matière de recours aux soins, qui est de cinq consultations chez le médecin généraliste par an. *A* a donc un recours aux soins inférieur au résultat attendu sur la base de la norme, à savoir deux consultations de moins (*fairness gap* = $3 - 5 = -2$), tandis que *B* a une consultation de plus qu'attendu sur la base de ses besoins de soins (*fairness gap* = $6 - 5 = +1$). Si nous calculons maintenant le *fairness gap* pour toutes les personnes sans emploi, isolées, appartenant à la classe moyenne supérieure, etc., nous pouvons établir une moyenne du *fairness gap* pour un sous-groupe et la comparer au *fairness gap* moyen dans la population. Nous avons ainsi une idée des différences socioéconomiques systématiques que nous pouvons continuer à monitorer.



2.3. Un recours équitable aux soins en Belgique ?

2.3.1. *Le recours aux soins augmente avec l'accroissement des besoins, sauf pour la prévention*

De manière générale, le recours aux soins augmente entre 2008 et 2016. Cette tendance s'explique en partie par le vieillissement de la population et les besoins de soins croissants. Le pourcentage de personnes se déclarant en **mauvaise ou très mauvaise santé** est passé de presque 8 % à 9,5 %. Un peu plus de 20,5 % ont dit être atteints d'une **affection chronique** ou limités dans leurs activités quotidiennes, alors qu'ils étaient 17 % en 2008. En 2016, 5 % des citoyens percevaient une **indemnité d'invalidité**, contre un peu plus de 3,5 % en 2008.

Notre analyse a établi – comme nous nous y attendions – que **les personnes ayant des besoins de soins plus importants ont effectivement davantage recours aux soins**, et ce pour pratiquement tous les types de recours aux soins examinés. Conformément à notre choix de ne pas appliquer de correction pour les besoins de soins, nous n'avons pas relevé d'augmentation du recours aux soins en cas de besoins accrus en ce qui concerne les soins préventifs. Il n'a pas été démontré (ou de façon très limitée) que les personnes qui ont besoin de plus de soins se font dépister davantage pour le **cancer du sein ou ont plus souvent recours aux soins dentaires**. En ce qui concerne les **contacts réguliers pour les soins dentaires préventifs**, nous avons même constaté une corrélation négative : les personnes qui se déclarent en bonne santé y ont davantage recours.

2.3.2. *Le recours aux soins ne varie pas seulement en fonction des différences de besoins*

Bien que les différences observées dans le recours aux soins s'expliquent en partie par le fait que l'état de santé varie d'une personne à l'autre, il ressort de notre analyse que d'autres facteurs sont également déterminants à cet égard.

Les résultats sont présentés dans la Figure 1. Cette dernière illustre **l'écart entre le recours moyen aux soins dans la population et le recours moyen aux soins dans les différents sous-groupes – après correction pour les besoins de soins dans les deux cas** – pour les années 2008, 2012 et 2016 (axe horizontal) et pour les indicateurs de recours aux soins (axe vertical).

Clés de lecture des résultats

Chaque carré représente l'écart entre le sous-groupe et la population, à la fois par un chiffre et par une couleur. Les valeurs négatives (d'orange à rouge) indiquent un recours aux soins inférieur au résultat attendu sur la base du besoin de soins du sous-groupe correspondant, alors que les valeurs positives (du bleu clair au bleu foncé) indiquent un recours aux soins plus important qu'attendu. Les carrés gris indiquent une petite différence.

Vous pouvez analyser la Figure 1 selon l'axe vertical à l'aide d'un profil de recours aux soins applicable à un seul sous-groupe, ou selon l'axe horizontal, sur la base des différences de recours aux soins entre les sous-groupes pour un seul indicateur, ou encore vous concentrer sur l'évolution au fil du temps pour un indicateur et un sous-groupe.

L'écart est exprimé en termes absolus. La légende relative aux couleurs placée en bas s'applique aux indicateurs qui incluent le nombre de contacts de soins, où l'écart est exprimé en « contacts ». Pour tous les autres indicateurs, la différence est exprimée en « points de pourcentage » et la légende ci-dessus relative aux couleurs s'applique.



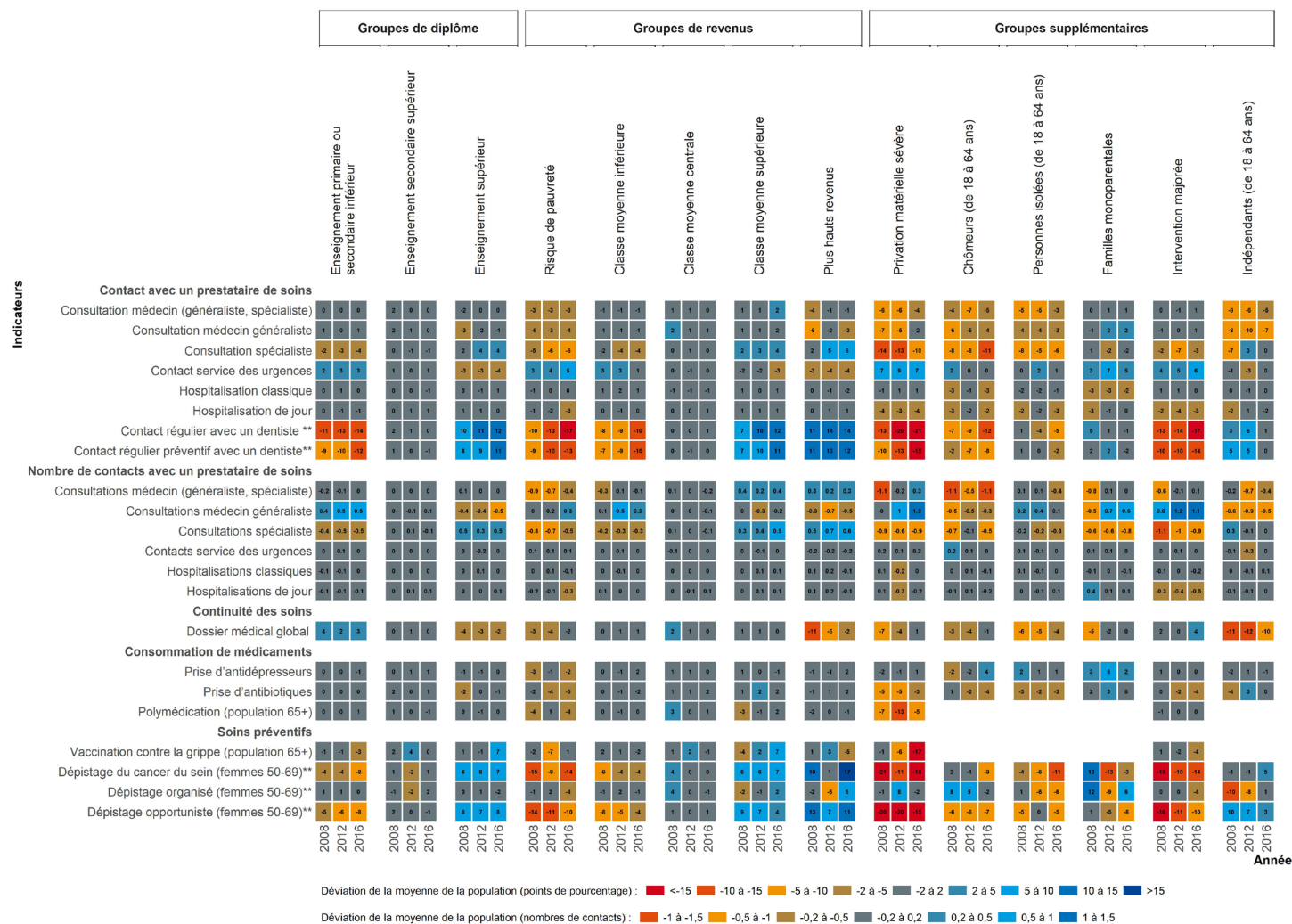
Les sous-groupes étudiés sont les suivants :

- 3 groupes répartis selon le plus haut diplôme obtenu : pas de diplôme, enseignement primaire ou secondaire inférieur / enseignement secondaire supérieur / enseignement supérieur.
- 5 groupes de revenus basés sur le revenu médian disponible des ménages : risque de pauvreté (moins de 60 % du revenu médian des ménages) / classe moyenne inférieure (entre 60 % et 80 % du revenu médian des ménages) / classe moyenne centrale (entre 80 % et 120 % du revenu médian des ménages) / classe moyenne supérieure (entre 120 % et 200 % du revenu médian des ménages) / les plus hauts revenus (plus de 200 % du revenu médian des ménages).
- 4 sous-groupes supplémentaires en raison de leur situation financière souvent précaire :³¹ chômeurs (entre 18 et 64 ans) / personnes isolées (de 18 à 64 ans) / familles monoparentales / membres d'un ménage en situation de privation matérielle sévère (incapacité à satisfaire les besoins de base : alimentation, services d'utilité publique, logement et hygiène).
- 2 sous-groupes supplémentaires en raison de leur relation avec le système de soins de santé : bénéficiaires de l'intervention majorée (voir également Encadré 5) / indépendants (dont la couverture de l'assurance maladie a été étendue aux petits risques en 2008).

Nous illustrons l'interprétation de la Figure 1 à l'aide de deux exemples.

Exemple 1 : la première ligne porte sur la probabilité d'avoir consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) au moins une fois au cours de l'année écoulée. La case des **personnes isolées de 18 à 64 ans** pour 2008 est orange et comprend le chiffre -5. Cela signifie que, en tenant compte des différences dans les besoins de soins, les personnes isolées de 18 à 64 ans avaient 5 points de pourcentage de chances en moins de consulter un médecin en 2008 que la population générale. Les carrés adjacents, pour les années 2012 et 2016, indiquent que l'écart avec la population générale s'est légèrement réduit – 3 points de pourcentage de chances en moins en 2016. Les lignes suivantes révèlent un plus faible recours aux soins de ce sous-groupe, tant pour les consultations chez le généraliste que chez le spécialiste.

Exemple 2 : dans le sous-groupe de la **classe moyenne supérieure**, les cases relatives aux contacts réguliers avec un dentiste sont en bleu pour les trois années et la nuance du bleu est devenue plus foncée. Cela signifie que le recours aux soins dentaires est supérieur à la moyenne parmi la classe moyenne supérieure et que l'écart avec la moyenne de population augmente.

Figure 1 – Écarts du *fairness gap* entre la population générale et les sous-groupes, par année

** En ce qui concerne ces indicateurs, aucune correction n'a été appliquée pour les besoins de soins. [Cliquez ici](#) pour voir cette Figure en haute résolution.



2.3.2.1. *Inéquités en matière de recours aux soins, surtout en cas de difficultés financières*

Il ressort de la Figure 1 que les inéquités en matière de recours aux soins dépendent du niveau d'éducation, mais qu'elles sont encore plus marquées lorsqu'elles sont mises en lien avec la situation financière.

Un recours aux soins moins important chez les personnes confrontées au risque de pauvreté et à une privation matérielle sévère

Après correction pour les besoins de soins, il apparaît clairement que les personnes confrontées au risque de pauvreté ont moins recours aux soins de santé que la population générale (à l'exception des soins d'urgence). On retrouve une situation similaire, mais encore plus accentuée, chez les personnes en situation de privation matérielle. Les personnes de la classe moyenne inférieure – qui ont, en moyenne, un état de santé et un niveau d'éducation similaires à ceux des personnes exposées au risque de pauvreté – ont elles aussi moins souvent recours aux soins que la population générale, mais de façon moins prononcée que les personnes exposées au risque de pauvreté. La différence en matière de recours aux soins observée entre les deux derniers groupes peut s'expliquer par une différence de moyens financiers.

Dans les trois groupes – personnes exposées au risque de pauvreté / classe moyenne inférieure / en situation de privation matérielle sévère –, la probabilité de consulter un médecin généraliste est plus faible. Entre 2008 et 2016, l'accessibilité s'est toutefois améliorée pour les personnes en situation de privation matérielle sévère et est restée stable pour les autres groupes. Une fois qu'ils se sont décidés à consulter un médecin généraliste, ces trois groupes financièrement plus vulnérables le font en revanche plus souvent que la population moyenne.

La probabilité que ces trois groupes consultent un spécialiste est également moins élevée, tout comme le nombre effectif de consultations. De manière générale, les contributions personnelles des patients pour les soins spécialisés sont plus élevées que celles destinées aux soins de médecine générale.

Afin de remplacer les consultations chez le médecin généraliste et chez le spécialiste, les personnes exposées à un risque de pauvreté ou en situation de privation matérielle sévère et, dans une moindre mesure, de la classe moyenne inférieure, semblent se tourner vers le service des urgences. Elles ne doivent en effet pas y payer les soins immédiatement, ni prendre rendez-vous. Il se peut également que ces personnes reportent les soins pour des raisons financières et finissent par devoir se rendre aux urgences parce que leurs problèmes de santé nécessitent alors une prise en charge sans délai. Comme nous le verrons plus loin (section 2.4), le risque de report des soins médicaux (et dentaires) est considérablement plus élevé chez les personnes exposées au risque de pauvreté et à une privation matérielle sévère.

Dans ces trois mêmes groupes, la probabilité qu'ils se rendent régulièrement chez le dentiste est nettement plus faible que dans la population moyenne. On note de surcroît un renforcement des inéquités au fil du temps. Le nombre de visites régulières (préventives) chez le dentiste parmi la population a augmenté de façon systématique. Cette augmentation n'a toutefois pas été distribuée de manière égale : elle est surtout due aux groupes de revenus plus élevés alors que le recours aux soins dentaires est resté stable dans les groupes de revenus moins élevés.

Un recours aux soins moins important chez les personnes sans emploi et isolées (18-64 ans)

Les personnes sans emploi et isolées âgées de 18 à 64 ans ont également moins recours aux soins que la moyenne. L'inéquité en matière de soins dentaires est cependant moins grande chez les personnes isolées que dans les groupes à bas revenus évoqués ci-dessus. Elle est limitée parmi les familles monoparentales – en d'autres termes, le recours aux soins est globalement proportionnel aux besoins.



L'intervention majorée est efficace pour les soins de médecine générale, mais pas pour d'autres formes de soins

Plusieurs mesures stratégiques ont été adoptées afin de réduire ou de supprimer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé (voir Encadré 5). Les personnes à bas revenus ont droit à une intervention majorée : elles paient un ticket modérateur moins élevé et le tiers payant s'applique chez le médecin généraliste. Dans la plupart des cas cependant, l'intervention majorée n'est pas attribuée automatiquement et doit être demandée. Si l'on tient compte des différences de besoins, la probabilité que les bénéficiaires de l'intervention majorée consultent un généraliste est aussi élevée que dans la population générale. Ces personnes ont en outre plus de consultations qu'attendu au regard de leurs besoins de soins. L'objectif stratégique visant à améliorer l'accessibilité aux soins de médecine générale pour ces personnes semble dès lors atteint.

Cette bonne accessibilité des soins de médecine générale pour les bénéficiaires de l'intervention majorée contraste avec l'inéquité relevée pour d'autres groupes financièrement vulnérables (personnes exposées au risque de pauvreté, de la classe moyenne inférieure et en situation de privation matérielle sévère). Malgré le chevauchement important entre ces groupes, il est préoccupant de constater qu'une partie des personnes exposées au risque de pauvreté et en situation de privation matérielle ne bénéficie pas de l'intervention majorée, comme nous le verrons plus loin (section 2.3.3.1). Le recours moins fréquent aux soins de médecine générale et l'inéquité que nous avons pu observer se concentrent donc dans ce groupe non protégé.

Il ressort toutefois de la Figure 1 que les bénéficiaires de l'intervention majorée sont confrontés à la même inéquité que d'autres groupes financièrement plus vulnérables en ce qui concerne les soins chez le spécialiste, le dentiste et aux urgences. L'explication tient peut-être au fait que le tiers payant obligatoire ne s'applique pas aux soins spécialisés et dentaires.

Le recours aux soins médicaux spécialisés et dentaires, ainsi que le dépistage opportuniste du cancer du sein augmentent avec les revenus

Les revenus plus élevés (c'est-à-dire la classe moyenne supérieure et les plus hauts revenus) ont davantage recours aux soins spécialisés et dentaires et passent plus souvent un dépistage opportuniste du cancer du sein (c'est-à-dire chez un spécialiste, en dehors du programme de dépistage organisé).

2.3.2.2. Inéquité selon le type de soins

Il ressort également de la Figure 1 qu'en matière de recours équitable aux soins, il existe non seulement des différences entre les sous-groupes, mais aussi entre les types de soins.

Le recours aux soins hospitaliers et aux médicaments est assez équitable

Le recours aux soins dans le cadre d'une hospitalisation (de jour) est proportionnel aux besoins de soins. De manière générale, l'accès à ces soins peut donc être considéré comme équitable. Il apparaît néanmoins que certains groupes, tels que les personnes en situation de privation matérielle sévère, sans emploi et isolées, les familles monoparentales et les bénéficiaires de l'intervention majorée, ont un peu moins souvent recours aux soins qu'attendu compte tenu de leurs besoins.

L'inéquité en matière de consommation de médicaments est elle aussi globalement restreinte. De nouveau, on note quelques exceptions : les parents isolés et les personnes sans emploi consomment davantage d'antidépresseurs, ce qui peut indiquer des besoins plus importants en matière de santé mentale – nous n'avons pas appliqué de correction à cet égard, vu le manque d'informations. Les personnes en situation de privation matérielle sévère et exposées au risque de pauvreté prennent moins d'antibiotiques. La consommation chronique de médicaments (polymédication) est également moins fréquente dans ces groupes – peut-être en raison des coûts élevés. Dans la section 3.3.4, nous verrons que les



ménages à bas revenus consacrent une plus grande part de leurs dépenses de santé en médicaments.

Des inéquités au niveau des consultations de médecine générale et spécialisée

La grande majorité – environ 90 % – de la population adulte a consulté un médecin généraliste et/ou un spécialiste au moins une fois au cours de l'année écoulée. On relève néanmoins des inéquités, surtout pour les soins médicaux spécialisés.

Les personnes exposées au risque de pauvreté, à une privation matérielle sévère ou sans emploi, ainsi que les personnes isolées âgées de 18 à 64 ans, se décident difficilement à consulter un médecin généraliste (voir plus haut). Bien que les consultations de médecine générale soient relativement bon marché pour les patients, même le montant limité du ticket modérateur (auquel s'ajoute peut-être la crainte de devoir payer des examens, traitements ou médicaments supplémentaires) peut constituer un frein pour les personnes à bas revenus. Parmi les éléments positifs, il faut noter que les inéquités ont reculé pour les personnes en situation de privation matérielle sévère et que l'intervention majorée améliore l'accès aux soins de médecine générale.

Par ailleurs, la probabilité que les indépendants consultent un médecin généraliste est également moins élevée qu'escompté sur la base de leurs besoins de soins. On en ignore la raison exacte, mais l'explication pourrait être liée au fait qu'ils ont moins souvent besoin d'un certificat médical ou qu'ils sont en meilleure santé^d. L'extension de la couverture aux petits risques dans l'assurance maladie des indépendants en 2008 n'a donc pas eu d'effet majeur sur le recours aux soins de médecine générale (voir également Encadré 5). Nous observons cependant un effet sur le recours aux soins ambulatoires spécialisés, qui a augmenté de façon significative

entre 2008 et 2012 chez les indépendants – cette hausse pourrait, elle, avoir un lien avec l'extension de la couverture d'assurance.

Nous avons aussi noté ce recours plus important aux soins spécialisés parmi la classe moyenne supérieure, les plus hauts revenus et les personnes hautement qualifiées. Tant la probabilité de consulter un spécialiste que le nombre de consultations sont plus élevés qu'attendu au regard des besoins de soins. Pour d'autres groupes, nous observons un recours aux soins spécialisés nettement inférieur aux attentes basées sur les besoins de soins. Il s'agit de personnes ayant un niveau d'éducation et des revenus peu élevés, dans une situation de privation matérielle sévère, de bénéficiaires de l'intervention majorée, de personnes sans emploi et de personnes isolées âgées de 18 à 64 ans. Il est donc clairement question d'inéquité et de gradient social dans le recours aux soins spécialisés.

Les groupes à bas revenus et peu qualifiés ont davantage recours au service des urgences

Il existe également des inéquités au niveau des soins dispensés aux urgences, mais les habitudes sont complètement opposées à celles observées pour les soins spécialisés : les personnes ayant un niveau d'éducation et des revenus peu élevés se rendent plus souvent aux urgences. Comme signalé précédemment, ce comportement pourrait s'expliquer par le fait que le paiement ne doit pas être effectué sur-le-champ (tiers payant), qu'il ne faut pas prendre de rendez-vous ou que le report des soins a entraîné un problème de santé aigu. Si ce recours plus fréquent aux urgences est dû à un accès plus difficile aux soins de médecine générale et spécialisée, la question est de savoir dans quelle mesure il peut être considéré comme le reflet d'une inéquité.

^d Informations de santé non mesurables dans nos données et pour lesquelles aucune correction ne peut être appliquée, mais qui sont connues de l'individu même et qui peuvent avoir influencé sa décision de devenir indépendant.



Des inéquités importantes et croissantes dans les soins dentaires, des résultats variables pour les soins préventifs

Les inéquités en matière de soins dentaires sont considérables et se sont accentuées au fil du temps. Il est ici question d'un gradient social évident, comme pour les soins spécialisés. Les personnes ayant une (très) mauvaise santé, un niveau d'éducation peu élevé, de bas revenus ou qui se trouvent dans une situation financière difficile (à l'exception des personnes isolées de 18 à 64 ans et des parents isolés) ont moins de contacts réguliers pour des soins dentaires (préventifs) – la probabilité qu'elles aient régulièrement recours aux soins dentaires est réduite de 10 à 21 points de pourcentage (2016).

Inversement, les personnes ayant une (très) bonne santé, un diplôme de l'enseignement supérieur, des revenus plus élevés, ainsi que les indépendants ont davantage recours à ces soins – la probabilité qu'elles y aient recours est de 11 à 12 points de pourcentage supérieure à la moyenne de population (2016).

Les résultats relatifs aux soins préventifs sont variables. Nous ne constatons pas d'inéquités systématiques concernant la vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus. Pour le dépistage du cancer du sein, les résultats sont très divergents selon que l'on parle du dépistage opportuniste ou organisé. L'inéquité est relativement réduite en ce qui concerne le dépistage organisé, mais importante pour le dépistage opportuniste du cancer du sein – comparable à celle relevée pour les soins spécialisés.

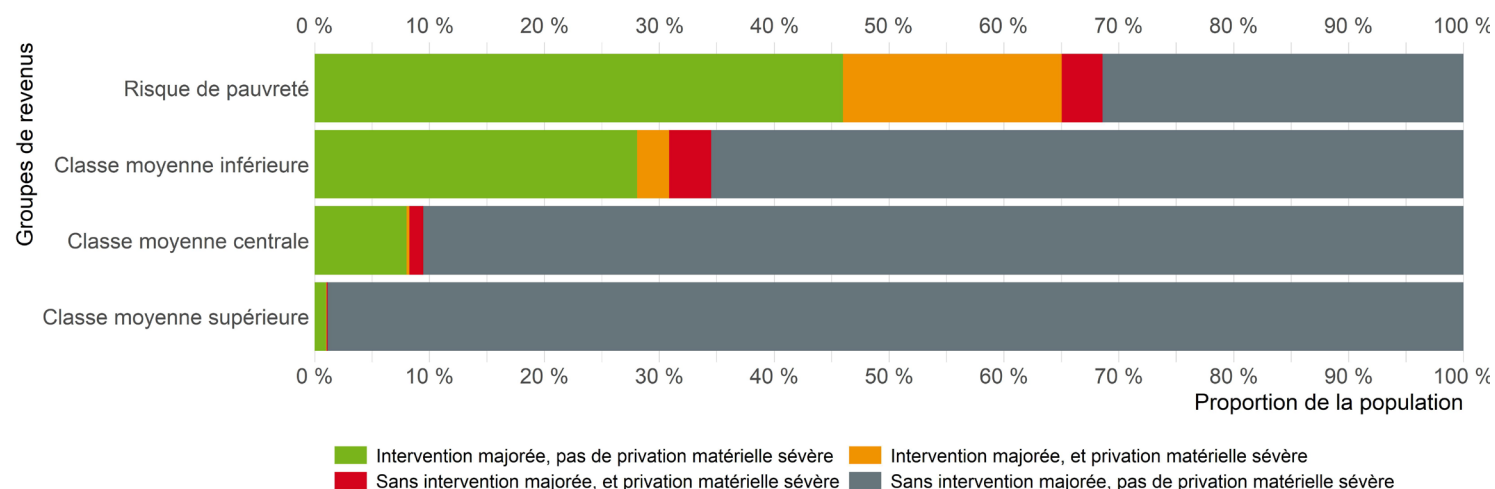
2.3.3. Les mesures stratégiques et les incitants destinés à favoriser l'équité en matière de recours aux soins sont-ils efficaces ?

2.3.3.1. L'intervention majorée

Il a déjà été dit que l'intervention majorée **assure une accessibilité plus équitable aux soins de médecine générale, mais pas aux soins spécialisés ou dentaires**. Le pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée a sensiblement augmenté ces dernières années, puisqu'il est passé de 13,6 % en 2008 à 18,5 % en 2016. Cette hausse s'explique d'une part par la modification des conditions et les actions déployées afin d'amener la population à faire usage de ce droit, et d'autre part par la proportion croissante de personnes à bas revenus (exposées au risque de pauvreté ou dans la classe moyenne inférieure) dans la population.^{32, 33} Malgré l'extension de la couverture, il ressort de la Figure 2 qu'un tiers des personnes exposées au risque de pauvreté, dont certaines se trouvent en situation de privation matérielle sévère, ne profitent pas de cet avantage. Par ailleurs, 8 % de la classe moyenne centrale et 1 % de la classe moyenne supérieure ont bénéficié de l'intervention majorée en 2016.



Figure 2 – Chevauchement entre groupes de revenus, privation matérielle sévère et intervention majorée (2016)



2.3.3.2. Couverture des petits risques pour les indépendants

Comme signalé précédemment, l'extension aux petits risques de l'assurance maladie pour les indépendants a eu un effet important sur le recours aux soins spécialisés (ambulatoires), mais pas sur le recours aux soins de médecine générale.

2.3.3.3. Effets potentiels à plus long terme

Lors de notre analyse, nous avons relevé des éléments indiquant que les incitants stratégiques peuvent avoir des effets positifs et durables sur le recours aux soins de santé, mais des études plus approfondies sont nécessaires.

La suppression progressive du ticket modérateur pour les soins dentaires des enfants (moins de 18 ans) entre 2006 et 2009 en est un exemple. À la suite de cette mesure, un plus grand nombre d'enfants sont allés

régulièrement chez le dentiste. Il ressort aussi de notre analyse qu'un nombre significativement plus élevé d'étudiants (18 ans et plus) sont allés régulièrement chez le dentiste pendant la période 2014-2016, ce qui n'était pas le cas pendant la période 2010-2012. Les étudiants encore enfants pendant la période 2010-2012 n'avaient pas pu profiter de la suppression du ticket modérateur pour les soins dentaires, alors que cela a été le cas pour la plupart des étudiants pendant la période 2014-2016. Ce constat donne à penser que ces enfants avaient adapté leur comportement et que ce changement comportemental a persisté après leurs 18 ans, âge auquel il faut payer le ticket modérateur. Bien que ce résultat soit positif, il ne permet pas de conclure à une diminution des inéquités chez tous les jeunes adultes. Les étudiants forment un sous-groupe spécifique et un changement de leur comportement n'impliquera pas nécessairement un effet durable au sein de la population générale atteignant l'âge de 18 ans.



2.4. Un accès équitable aux soins en Belgique ?

Il ressort de ce qui précède que notre système comporte des inéquités socioéconomiques systématiques en matière de recours aux soins de santé. Toutefois, le recours aux soins ne fournit qu'une indication temporaire de l'équité dans l'accès aux soins. **Une indication plus directe est, par exemple, le fait de devoir reporter des soins ou y renoncer, pour des raisons financières. L'existence de ces « besoins de soins non satisfaits » pointe un problème quant à l'accessibilité des soins de santé.**

2.4.1. *Augmentation générale des besoins de soins non satisfaits auto-rapportés pour des raisons financières*

La part de la population adulte rapportant des besoins en soins médicaux non satisfaits a augmenté : de 0,4 % en 2008, elle est passée à 1,7 % en 2012 et à 2,3 % en 2016. **Nous constatons même une augmentation encore plus marquée pour les soins dentaires** : de 1,6 % (2008) à 2,7 % (2012) puis 3,7 % (2016). Ces résultats sont plus mauvais (plus élevés) que la moyenne européenne et que ceux de nos pays voisins. Dans le groupe des plus bas revenus, la proportion de personnes ayant des besoins de soins non satisfaits en Belgique est même parmi les plus élevées d'Europe.²⁷

L'augmentation importante observée entre 2008 et 2012 peut toutefois s'expliquer (du moins en partie) par une modification des questions de l'enquête EU-SILC en 2011. Il faut dès lors faire preuve de circonspection lorsque l'on compare les résultats de 2008 avec ceux de 2012 et de 2016.

Comme illustré ci-après, nos résultats suggèrent que l'augmentation observée dans le report des soins peut s'expliquer par **l'augmentation des contributions personnelles – et surtout des suppléments –, un besoin de soins accru et une capacité financière limitée** pour une part considérable de la population. Si les ménages de la classe moyenne inférieure ou supérieure sont encore en mesure de supporter en partie l'augmentation des contributions personnelles dans les dépenses de soins de santé, cela s'avère difficile pour la population exposée au risque de pauvreté ou en situation de privation matérielle sévère. En 2016, 26 % des

personnes membres d'un ménage en situation de privation matérielle sévère ont été confrontées à des besoins non satisfaits en soins médicaux et ce pourcentage atteignait 32 % pour les soins dentaires. Ces ménages sont contraints de mettre dans la balance les dépenses relatives aux besoins de base (alimentation, loyer, services d'utilité publique, hygiène) et aux soins de santé.

Les mesures de protection actuelles, qui s'attachent principalement à limiter les tickets modérateurs (voir Encadré 5), **sont insuffisantes pour contrer l'augmentation des besoins de soins non satisfaits**. Les personnes qui reportent des soins pour des raisons financières ont déjà largement recours à ces mesures de protection :

- 65 % (56 %) du groupe déclarant des besoins non satisfaits en soins médicaux (en soins dentaires) bénéficient en effet d'une intervention majorée, contre 17 % dans le groupe sans besoins non satisfaits ;
- 22 % (19 %) des personnes ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux (soins dentaires) ont le statut affection chronique, contre 12 % dans le groupe sans besoins non satisfaits ;
- 25% (17%) des personnes ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux (soins dentaires) ont reçu des remboursements via le maximum à facturer, contre 12 % dans le groupe sans besoins non satisfaits ;
- 14 % (13 %) des personnes ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux (soins dentaires) peuvent prétendre à l'intervention forfaitaire pour malades chroniques, contre 7 % dans le groupe sans besoins non satisfaits.

2.4.2. *Quels sont les besoins de soins non satisfaits et chez qui ?*

Nous avons utilisé une série de caractéristiques afin de déterminer dans quelle mesure les personnes avec et sans besoins de soins non satisfaits diffèrent les unes des autres et d'identifier ainsi les caractéristiques liées au report de soins médicaux. Dans la Figure 3, les lignes présentent différentes caractéristiques, liées au besoin de soins, au profil socioéconomique et sociodémographique des individus et à leur recours aux soins (sans



correction pour le besoin de soins). Toutes les caractéristiques étudiées ne sont pas reprises dans la Figure 3 ; par exemple, nous nous sommes aussi intéressés aux différences au niveau des contributions personnelles des patients et du recours aux soins après correction pour le besoin de soins. Le tableau A de la Figure 3 indique la fréquence de ces caractéristiques dans les groupes avec et sans besoins de soins non satisfaits. Le tableau B indique la proportion d'individus associés à une caractéristique déterminée qui ont des besoins de soins non satisfaits.

Une analyse plus approfondie, qui inclut un plus grand nombre de caractéristiques étudiées, d'une part, et des chiffres spécifiques aux deux groupes de revenus les plus faibles (personnes exposées au risque de pauvreté et classe moyenne inférieure), d'autre part, est disponible dans la section 2.6.2 du [rapport scientifique](#) et dans le chapitre 2 du [Supplément](#). Ces mêmes sections présentent une analyse similaire concernant les besoins de soins dentaires non satisfaits.

Clés de lecture de la Figure 3

Les **barres bleues** du tableau A de la Figure 3 indiquent pour une caractéristique donnée – p.ex. être en (très) mauvaise santé à la ligne 21 – la proportion d'individus qui présentent cette caractéristique dans le groupe ayant des besoins de soins non satisfaits. Selon la ligne 21 du tableau A, environ 45 % de la population ayant des besoins de soins non satisfaits sont en (très) mauvaise santé. Le **losange rouge** fournit la même information, mais pour le groupe sans besoins de soins non satisfaits. Selon la ligne 21 du tableau A, un peu moins de 10 % de la population sans besoins de soins non satisfaits sont en (très) mauvaise santé. Nous observons ici une grande différence entre le groupe avec (45 %) et sans (10 %) besoins de soins non satisfaits, ce qui nous amène à conclure qu'il y a une corrélation entre le fait d'être en mauvaise en santé et d'avoir des besoins en soins médicaux non satisfaits.

Nous pouvons également examiner cette problématique à travers la proportion d'individus présentant une caractéristique donnée qui déclarent des besoins de soins non satisfaits. Cette proportion est représentée par les **barres orange** dans le tableau B. Dans ce dernier, la ligne 21 indique que 11 % des personnes en (très) mauvaise santé déclarent des besoins de

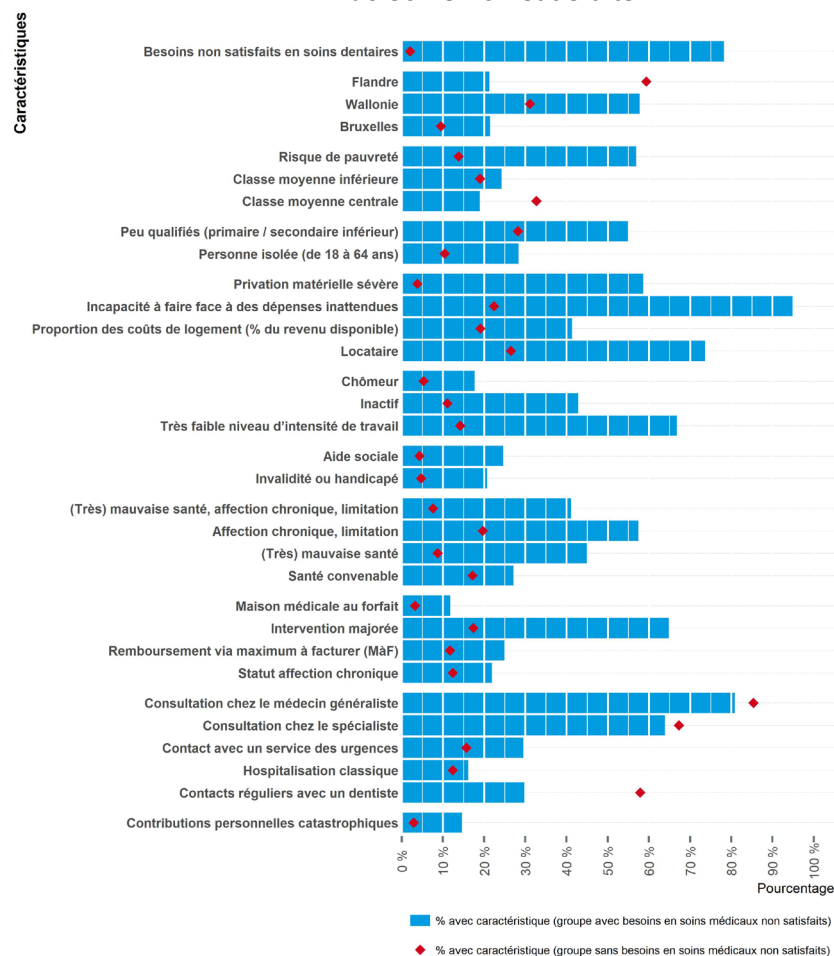
soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières. Ce résultat peut être comparé au pourcentage de personnes ayant des besoins de soins non satisfaits dans la population totale, qui est représenté par la **ligne noire** dans le tableau B (soit 2,3 % de la population). Si le pourcentage de personnes ayant des besoins de soins non satisfaits dans un sous-groupe présentant une caractéristique donnée est nettement supérieur à la moyenne de la population, il y a une corrélation entre ladite caractéristique et le fait d'avoir des besoins en soins médicaux non satisfaits.

Nous illustrons en outre l'utilisation de la Figure 3 en nuancant l'énoncé suivant : « Les personnes ayant des besoins de soins non satisfaits n'ont pas ou guère recours aux soins ». Les informations fournies dans la Figure 3 brossent cependant un tout autre tableau. En 2016, la probabilité que des personnes avec et sans besoins de soins consultent un spécialiste ou un médecin généraliste est assez similaire (les barres bleues et les losanges rouges des lignes 27 et 28 dans le tableau A ne diffèrent pas beaucoup). Le recours aux soins dans la Figure 3 n'est pas corrigé pour les différences au niveau des besoins de soins. Si nous tenons effectivement compte du besoin de soins, il ressort que le recours aux soins dans le groupe ayant des besoins de soins non satisfaits est moins important qu'attendu au regard des besoins (voir discussion des résultats ci-après). Le recours au service des urgences est même plus élevé dans le groupe ayant des besoins de soins non satisfaits. Cette déduction s'appuie sur les barres bleues, qui indiquent une probabilité plus élevée d'avoir recours aux soins que les losanges rouges (voir ligne 29 du tableau A). Enfin, les informations de la dernière ligne indiquent que les besoins de soins non satisfaits sont fréquents dans les ménages ayant des contributions personnelles catastrophiques. Les dépenses de santé à charge du patient sont considérées catastrophiques lorsqu'une part importante des ressources financières du ménage est consacrée aux soins de santé (la notion de « contributions personnelles catastrophiques » est développée dans la section 3.3). Pas moins de 11 % des personnes membres d'un ménage ayant des contributions personnelles catastrophiques déclarent avoir des besoins en soins médicaux non satisfaits (voir barre orange dans la dernière ligne du tableau B). Ce résultat est quatre fois supérieur au pourcentage de besoins de soins non satisfaits dans la population, qui est de 2,3 % (comme l'indique la ligne noire).



Figure 3 – Répartition des caractéristiques dans la population avec/sans besoins de soins non satisfaits et proportion d'individus ayant des besoins de soins non satisfaits (données de 2016)

A. Répartition des caractéristiques dans le groupe avec/sans besoins de soins non satisfaits



B. Proportion d'individus ayant des besoins de soins non satisfaits (par caractéristique)





Des conclusions générales en accord avec l'étude précédente

Nos résultats confirment ceux d'études antérieures, comme l'étude récente de l'Observatoire social européen (OSE)³⁴, qui mettent en évidence les points suivants :

- On observe un important chevauchement entre les besoins non satisfaits en matière de soins médicaux et de soins dentaires. Il ressort de la Figure 3 (ligne 1 du tableau A) que près de 80 % des personnes ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux déclarent aussi des besoins non satisfaits en soins dentaires (barres bleues). Inversement, près de 50 % des personnes ayant des besoins non satisfaits en soins dentaires déclarent aussi des besoins non satisfaits en soins médicaux.
- Les besoins de soins non satisfaits touchent surtout les personnes à bas revenus et, de plus en plus, les personnes exposées à un risque de pauvreté (ligne 5 du tableau A). Les groupes dont le niveau d'éducation est moins élevé comptent aussi une proportion plus importante de personnes rapportant des besoins de soins non satisfaits (ligne 8 du tableau B).
- Les personnes de 35 à 49 ans, les femmes de 50 à 64 ans et les personnes isolées âgées de 18 à 64 ans rapportent plus souvent des besoins de soins non satisfaits. Les retraités courent pour leur part moins de risques.
- Il existe en outre des différences régionales notables : les personnes rapportant des besoins de soins non satisfaits représentent 0,8 % en Flandre, 4,1 % en Wallonie et 4,9 % à Bruxelles (tableau B de la Figure 3, lignes 2 à 4). En ce qui concerne les soins dentaires, ces pourcentages sont de respectivement 2,1 %, 5,8 % et 6,4 %.

Outre ces conclusions très générales, trois grands points ressortent tout particulièrement.

La vulnérabilité financière et les besoins de soins non satisfaits vont de pair

Les personnes ayant des besoins de soins non satisfaits font plus souvent partie des groupes financièrement plus vulnérables. Il est intéressant de noter que les groupes ayant des besoins médicaux non satisfaits sont financièrement plus vulnérables que ceux ayant des besoins dentaires non satisfaits. Cela signifie que certains ménages ayant des revenus plus élevés et une capacité financière plus importante reportent eux aussi des soins dentaires.

En 2016, 57 % (51 %) des personnes ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux (soins dentaires) couraient un risque de pauvreté (en 2008, le taux était déjà de 43 %), contre environ 14 % du groupe sans besoins de soins non satisfaits (tableau A de la Figure 3, ligne 5). En ce qui concerne les personnes en situation de privation matérielle sévère, le pourcentage est encore plus marqué. En 2016, ces personnes représentaient 59 % (44 %) du groupe ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux (soins dentaires), contre environ 4 % du groupe sans besoins de soins non satisfaits (tableau A de la Figure 3, ligne 10). En d'autres termes, 26 % (32 %) des personnes en situation de privation matérielle sévère ont des besoins non satisfaits en soins médicaux (soins dentaires) (tableau B de la Figure 3, ligne 10).

Nos résultats démontrent en outre que des personnes sont parfois contraintes de faire un choix entre les besoins de base (alimentation, services d'utilité publique, logement et hygiène) et les soins de santé. En 2016, 54 % et 36 % des personnes ayant respectivement des besoins non satisfaits en soins médicaux et soins dentaires ne pouvaient s'offrir un repas chaud tous les deux jours, 15 % et 9 % ne pouvaient acheter de machine à laver, tandis que 45 % et 41 % avaient du retard dans le paiement des services d'utilité publique, du loyer ou de l'emprunt hypothécaire. Les personnes ayant des besoins de soins non satisfaits consacrent environ 40 % de leurs revenus à leur logement (emprunt hypothécaire, loyer, eau, chauffage, électricité), alors que ces frais ne représentent que 20 % chez les personnes sans besoins de soins non satisfaits, et elles ne sont généralement pas propriétaires (tableau A de la Figure 3, lignes 12 et 13).



Une grande majorité – soit 95 % (87 %) – des personnes ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux (soins dentaires) ne peuvent faire face à des dépenses inattendues (tableau A de la Figure 3, ligne 11). En revanche, ce n'est le cas que pour environ 22 % dans le groupe sans besoins de soins non satisfaits. Cette incapacité à faire face à des imprévus financiers est en partie liée à la situation professionnelle des personnes ayant des besoins de soins non satisfaits. La plupart font partie de la population en âge de travailler, mais n'ont pas de travail rémunéré. Le nombre de chômeurs (18 % (16 %) des personnes ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux (soins dentaires), voir tableau A de la Figure 3, ligne 14, dont environ 80 % sont des chômeurs de longue durée) ou d'inactifs (43 % (40 %) pour les soins médicaux (soins dentaires), voir tableau A de la Figure 3, ligne 15, dont 95 % d'inactifs de longue durée) est élevé et a augmenté au fil du temps. Plus de 60 % des personnes ayant des besoins de soins non satisfaits font ainsi partie d'un ménage à très faible intensité de travail – les membres du ménage en âge de travailler consacrent moins de 20 % de leur temps à un travail rémunéré (tableau A de la Figure 3, ligne 16).

Il n'est donc pas étonnant que près de la moitié, à savoir 45 % (40 %), des personnes ayant des besoins non satisfaits en soins médicaux (soins dentaires) bénéficient d'une aide sociale (revenu d'intégration, revenu garanti et garantie de revenus aux personnes âgées) ou d'une indemnité d'invalidité. Dans le groupe sans besoins de soins non satisfaits, cette proportion est d'environ 9 %.

Une mauvaise santé est synonyme de risque accru

Moins de 1 % des personnes en (très) bonne santé ont des besoins non satisfaits en soins médicaux et la proportion est de 1,7 % en ce qui concerne les soins dentaires. Le risque de besoins non satisfaits augmente fortement chez les personnes en (très) mauvaise santé, atteintes d'une affection chronique et limitées dans leurs activités quotidiennes. En 2016, environ 41 % du groupe ayant des besoins de soins non satisfaits 2016 déclaraient avoir une (très) mauvaise santé, associée à une affection chronique et à des limitations dans les activités quotidiennes (ce pourcentage était de 26 % en 2008), contre 8 % dans le groupe sans besoins de soins non satisfaits (6 % en 2008) (tableau A de la Figure 3, ligne 19).

Un recours aux soins moins fréquent et différent en cas de besoins non satisfaits

Les groupes ayant des besoins de soins non satisfaits ont moins souvent recours aux soins (tant avant qu'après correction pour le besoin de soins) que la population générale.

Il est moins probable que les personnes ayant des besoins de soins non satisfaits – après correction pour les différences liées aux besoins de soins – consultent un médecin généraliste ou un spécialiste. En 2008 surtout, cette probabilité de consulter était plus faible. En 2012 et 2016, le recours aux soins de médecine générale reste moins fréquent, mais l'écart par rapport à la moyenne de population est moins important ; en revanche, le recours aux soins spécialisés reste sensiblement inférieur. Par ailleurs, la probabilité que ces personnes aient recours au service des urgences est plus élevée. Dans le groupe ayant des besoins non satisfaits en soins dentaires, la probabilité d'aller régulièrement chez le dentiste est nettement moins élevée que dans le groupe sans besoins non satisfaits en soins dentaires.^e

^e Vu le chevauchement important des deux groupes ayant des besoins de soins non satisfaits, nous retrouvons également un recours moins fréquent aux soins dentaires dans le groupe ayant des besoins non satisfaits en soins

médicaux, ainsi qu'un recours moins fréquent aux soins spécialisés dans le groupe ayant des besoins non satisfaits en soins dentaires. Les effets sont cependant moins marqués.



La proportion de personnes déclarant des besoins de soins non satisfaits pour des raisons financières est plus élevée parmi les patients inscrits auprès de maisons médicales et est en augmentation : près de 8 % des patients de maisons médicales ont des besoins non satisfaits en soins médicaux (contre 2,3 % parmi la population générale) et ce pourcentage avoisine 8,5 % en ce qui concerne les soins dentaires (contre 3,7 % parmi la population générale). L'origine de cette tendance n'est pas claire. Dans les maisons médicales au forfait, le patient ne doit pas s'acquitter du ticket modérateur pour les soins de médecine générale, ce qui peut expliquer pourquoi la population financièrement vulnérable s'y rend de plus en plus. L'emplacement des maisons médicales peut offrir une autre explication : il existe davantage de maisons médicales dans les zones urbaines, mais aussi en Wallonie et à Bruxelles, où davantage de personnes ont des besoins de soins non satisfaits.³⁵

3. INÉQUITÉS EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

3.1. Comment le citoyen belge finance-t-il les soins ?

L'assurance maladie vise à garantir que tout un chacun puisse avoir recours à des soins de santé de qualité sans risquer de s'exposer à des difficultés financières (résolution 58.33 de l'OMS).³⁶⁻³⁸ La capacité d'un système de santé à assurer un accès équitable aux soins dépend aussi de la manière dont la population le finance. Y a-t-il une solidarité entre les risques de santé faibles et élevés, ou entre les bas et hauts revenus ? Les montants payés par les patients pour leurs soins sont-ils fonction de leur recours aux soins ou de la capacité financière de leur ménage ? Le recours équitable aux soins et le paiement équitable pour les soins sont interdépendants parce que le financement des soins de santé permet de réduire – voire de supprimer – les barrières financières qui entravent le recours aux soins, ou, à l'inverse, d'en créer.^{39, 40}

Après avoir analysé l'équité dans le recours et l'accès aux soins (voir chapitre 2), nous avons donc voulu déterminer si le financement des soins de santé est équitable ou, pour formuler les choses autrement, si les paiements sont proportionnels à la capacité financière des ménages.³⁹⁻⁴³

Le citoyen/patient finance le système de soins à travers des cotisations à l'assurance maladie (*prépaiements*) et des contributions personnelles (voir Encadré 4). Les *prépaiements* se composent de cotisations à l'assurance maladie publique obligatoire et de primes éventuelles pour des assurances privées. Nous limitons ici l'analyse à l'assurance maladie publique obligatoire. Les contributions personnelles du patient incluent les tickets modérateurs, les suppléments et les dépenses relatives aux soins non remboursés, qui sont payés lors du recours effectif aux soins.



Encadré 4 – Financement de l'assurance maladie et contributions personnelles

Le citoyen paie des cotisations sociales, des impôts et des primes d'assurance afin de financer **l'assurance maladie**. Ce système permet de limiter les paiements au moment où des soins sont nécessaires. Il réduit ainsi le risque de difficultés financières ou de report des soins pour des raisons financières. Dans le cadre de *l'assurance maladie obligatoire*, le financement est indépendant des risques de santé. Les dépenses de santé sont réparties entre la population et il y a une solidarité au niveau des risques (les personnes exposées à des risques de santé plus faibles contribuent au financement des soins pour celles qui sont exposées à des risques plus élevés). *Les assurances maladie privées* basent parfois (en partie) leur prime sur les risques de santé connus et sur le recours attendu aux soins par l'assuré.

Les contributions personnelles sont les dépenses faites lors du recours aux soins (après déduction du remboursement par l'assurance/les assurances). Elles incluent les tickets modérateurs, les suppléments (par exemple, lors de la consultation chez le médecin ou lors d'un séjour hospitalier) et les dépenses relatives aux services et produits non couverts.

3.2. Mesures de protection en Belgique

Les contributions personnelles peuvent représenter une (lourde) charge financière, surtout pour les personnes qui ont des besoins de soins importants et/ou des moyens limités. Deux conséquences négatives risquent d'en résulter : le report, voire l'abandon, du recours aux soins de santé (besoins de soins non satisfaits, voir section 2.4) ou l'apparition, voire l'aggravation, de difficultés financières en raison des dépenses liées aux soins.

En Belgique, les contributions personnelles représentent environ 19 % des dépenses totales en soins de santé (en 2018). Elles se situent donc largement au-dessus du niveau des pays voisins : environ 9 % en France, près de 10,5 % au Luxembourg, près de 11 % aux Pays-Bas, 12,5 % en Allemagne et un peu plus de 16,5 % au Royaume-Uni.⁴⁴ Cette proportion a diminué légèrement pendant quelques années, passant de 20 % en 2008 à 19,5 % en 2012 et à près de 19 % en 2016. Elle n'a pratiquement pas varié depuis.

En parallèle, le système de l'assurance maladie belge comporte de nombreuses mesures destinées à réduire les obstacles financiers ainsi qu'à prévenir et limiter les difficultés financières lors du recours aux soins (voir Encadré 5).

Encadré 5 – Mesures de protection prévues par le système belge d'assurance maladie

Intervention majorée

Ce droit protège les ménages dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil contre les frais de soins de santé (élevés) en leur faisant payer un ticket modérateur moindre. La réduction dépend du type de soins.

Tiers payant

Grâce à ce régime, les patients payent uniquement le ticket modérateur lorsqu'ils ont recours aux soins (au lieu de payer d'abord la totalité du montant, dont une partie est ensuite remboursée) et la mutualité paie directement le prestataire de soins. Les médecins généralistes sont obligés d'appliquer ce système à toutes les consultations et prestations réalisées dans leur cabinet pour les patients bénéficiaires de l'intervention majorée. Les spécialistes y sont pour leur part autorisés. Les médecins sont également autorisés à appliquer le tiers payant dans d'autres cas particuliers.

Statut de personne atteinte d'une affection chronique

Les bénéficiaires du statut 'affection chronique' peuvent demander aux médecins (généralistes et spécialistes) et aux dentistes d'appliquer le tiers payant, mais ces prestataires de soins ne sont pas obligés de le



faire. Les bénéficiaires de ce statut ont également droit à un abaissement du plafond du maximum à facturer (voir ci-dessous) pour tous les membres de leur ménage. Ce statut est attribué à des personnes qui doivent supporter des dépenses de santé élevées ou qui bénéficient de l'intervention forfaitaire pour malades chroniques (voir ci-après).

Intervention forfaitaire pour malades chroniques

Cette intervention annuelle est versée aux patients atteints d'une maladie chronique spécifique afin de couvrir des frais non médicaux. Le montant (entre 318,23 € et 636,47 € en octobre 2020) dépend de la situation de dépendance du patient et est accordé automatiquement par la mutualité.

Le maximum à facturer

Le système du maximum à facturer (MàF) fixe un plafond pour les tickets modérateurs que le ménage doit payer au cours d'une année. Ce montant maximum dépend du revenu net imposable du ménage ; dans la majorité des cas, il limite le ticket modérateur à une fourchette comprise entre 3 et 4,5 % des revenus du ménage.⁴⁵ Le système s'applique à un large éventail de soins et de médicaments prescrits.

Il existe quatre types de maximum à facturer, qui peuvent être combinés : le MàF social pour les ménages bénéficiaires de l'intervention majorée ; le MàF revenus, qui concerne tous les ménages sans intervention majorée et dont le plafond de tickets modérateurs varie selon le revenu imposable ; le MàF pour les enfants, qui est un droit individuel ; et le MàF pour les malades chroniques, qui abaisse le plafond de tickets modérateurs des trois MàF précédents.

Couverture des petits risques des indépendants par l'assurance maladie

Les petits risques des indépendants (consultations chez le médecin, soins dentaires, petites interventions chirurgicales, soins à domicile et médicaments pour soins ambulatoires) sont inclus dans l'assurance maladie obligatoire depuis 2008. Auparavant, les indépendants devaient souscrire une assurance privée pour ces risques.

Réglementation des suppléments

Outre les tickets modérateurs, les patients (ou leur assurance privée) paient également des suppléments, qui s'ajoutent aux tarifs officiels remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Ils incluent les suppléments d'honoraires, de matériel et de chambre lors d'une hospitalisation.

Les suppléments liés à une hospitalisation sont de plus en plus réglementés. Depuis le 1^{er} janvier 2010, des **suppléments de chambre** ne peuvent plus être facturés que dans les chambres particulières. Jusqu'au 1^{er} janvier 2013, seuls quelques groupes vulnérables spécifiques étaient protégés contre les **suppléments d'honoraires** dans les chambres doubles ou communes. Depuis, plus aucun supplément n'est autorisé pour ces types de chambres dans le cadre d'une hospitalisation classique et, depuis 2015, la règle vaut aussi pour les hospitalisations de jour.

Pour les soins ambulatoires, il y a très peu de réglementations ; un exemple est le statut de conventionnement.⁴⁶

3.3. Les contributions personnelles catastrophiques et appauvrissantes comme indicateurs

Nous avons analysé deux indicateurs pour déterminer dans quelle mesure, en Belgique, les patients sont à l'abri de difficultés financières lorsqu'ils ont recours aux soins de santé : l'incidence des **contributions personnelles** (1) **catastrophiques** et (2) **appauvrissantes**.

Que faut-il entendre par contributions personnelles catastrophiques et appauvrissantes ?

Pour définir ces deux concepts, nous avons utilisé pour la première fois en Belgique la méthode mise en œuvre par la Région européenne de l'OMS dans sa série d'études relatives à la protection financière.⁴⁷ Cette méthode part du principe que les ménages doivent réserver une partie de leurs ressources aux besoins de base tels que l'alimentation, le logement (loyer) et les services d'utilité publique. Comme les ménages pauvres consacrent



une plus grande part de leurs ressources à ces dépenses, on introduit une correction dans leurs moyens financiers pour les dépenses nécessaires à ces besoins de base. Les moyens restants après correction correspondent à la capacité financière du ménage. Les contributions personnelles sont dites **catastrophiques** lorsqu'elles dépassent 40 % de la capacité financière. Elles sont dites **appauvrissantes** lorsque la somme des dépenses pour les besoins de base et des contributions personnelles aux soins de santé dépasse les moyens financiers du ménage (voir également Encadré 6).

Encadré 6 – Contributions personnelles catastrophiques et appauvrissantes

Les contributions personnelles catastrophiques et appauvrissantes sont calculées au niveau du ménage. Les dépenses totales du ménage sont considérées comme les *ressources financières* dont le ménage dispose. On peut également se baser sur le revenu du ménage.

On commence par calculer les *dépenses nécessaires pour les besoins de base* (alimentation, logement (loyer) et services d'utilité publique) du ménage. Ce montant ne correspond pas aux dépenses observées du ménage, mais sert de montant normatif en fonction de la taille du ménage. Les dépenses relatives aux besoins de base servent également à définir le seuil de pauvreté.

Pour calculer la *capacité* d'un ménage à payer les soins de santé, le montant alloué aux besoins de base est déduit des ressources financières du ménage. Une capacité financière négative signifie que les ressources financières du ménage sont inférieures au seuil de pauvreté et que le ménage est pauvre.

Les contributions personnelles sont **appauvrissantes** si les ressources financières du ménage ne sont pas suffisantes pour couvrir à la fois les dépenses indispensables relatives aux besoins de base et les contributions personnelles aux soins de santé. Chez les ménages pauvres (dont les ressources financières sont inférieures au seuil de pauvreté), ces contributions personnelles sont considérées comme

encore plus appauvrissantes (« *further impoverishing out-of-pocket payments* »).

Les contributions personnelles sont **catastrophiques** lorsque les paiements pour les soins de santé représentent au moins 40 % de la capacité financière du ménage. Cela signifie que, pour les ménages pauvres, les contributions personnelles sont toujours considérées comme catastrophiques. Par ailleurs, les contributions personnelles catastrophiques ne sont pas toujours appauvrissantes.

Exemple :

Prenons un ménage de deux personnes dont les ressources financières sont de 12 750 € et dont les dépenses indispensables pour les besoins de base s'élèvent à 12 000 € (sur base annuelle). La capacité relative aux contributions personnelles est donc égale à : $12\,750\,€ - 12\,000\,€ = 750\,€$. Comme ce montant est positif, le ménage n'est pas considéré comme pauvre dans les analyses.

Si les contributions personnelles relatives aux soins de santé sont de 500 €, il n'y a pas d'appauvrissement puisque les ressources financières du ménage (12 750 €) sont supérieures aux *dépenses indispensables pour les besoins de base et les contributions personnelles combinées* (12 500 €). Les contributions personnelles sont cependant catastrophiques, car elles représentent plus de 40 % de la capacité financière ($40\% \times 750\,€ = 300\,€$).

Si les contributions personnelles s'élèvent à 1 000 €, elles sont bel et bien appauvrissantes (les moyens financiers sont alors insuffisants pour couvrir les contributions personnelles et les besoins de base) et sont également, par définition, catastrophiques (car elles représentent plus de 40 % de la capacité financière, qui est déjà négative).

Le ménage est considéré comme pauvre parce que ses moyens financiers seraient inférieurs à 12 000 € et donc insuffisants pour couvrir les besoins de base. Dans ce cas, on dit que les contributions personnelles sont encore plus appauvrissantes.



Données utilisées

Pour cette analyse, nous avons utilisé les deux sources de données suivantes :

1. L'Enquête sur le budget des ménages (HBS), utilisée à l'échelle internationale et considérée comme la source la plus importante pour calculer les deux indicateurs. Cette enquête offre un avantage essentiel dans le sens où elle fournit des informations sur le recours aux soins non couverts par l'assurance maladie obligatoire, mais comporte un inconvénient dans le sens où l'enregistrement des dépenses se fait sur une courte période (1 mois dans les échantillons de 2012, 2014 et 2016, 15 jours dans l'échantillon de 2018) et que les remboursements de l'assurance maladie ne sont pas pris en compte avec précision.
2. Les données couplées EU-SILC/IMA-AIM. Ces données administratives fournissent des informations extrêmement détaillées sur le recours aux soins couverts par l'assurance maladie sur une année complète et tiennent compte de l'effet des mesures de protection financières (voir Encadré 5). L'inconvénient est lié au peu d'informations concernant les suppléments des soins ambulatoires et à l'absence d'informations sur les dépenses de soins non couvertes par l'assurance maladie.

Vous trouverez plus de détails sur les sources de données utilisées et la méthode de l'OMS dans les sections 3.1.2 et 3.1.3 du [rapport scientifique](#).

3.3.1. Incidence des contributions personnelles appauvrissantes

Le Tableau 1 ci-après illustre l'incidence des contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes en Belgique, sur la base des deux sources de données. Nous utilisons aussi bien les dépenses totales du ménage que le revenu du ménage comme indicateurs des ressources financières disponibles du ménage (voir Encadré 6).

Le pourcentage de ménages confrontés à des contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes est de respectivement 2,1 %, 1,3 %, 1,9 % et

0,8 % en 2012, 2014, 2016 et 2018, si nous exprimons les contributions personnelles en termes de dépenses totales (ligne 1 - colonnes 2 à 5 du Tableau 1, données HBS). Exprimée en termes de revenu du ménage, l'incidence est de 0,3 à 0,7 % plus élevée (ligne 1 - colonnes 6 à 9 du Tableau 1). Une explication réside dans l'hypothèse que les ménages à bas revenus consomment davantage que leurs revenus. Il y a souvent de bonnes raisons à cela : le ménage doit peut-être faire face à un choc de revenu temporaire (chômage, p. ex.) ou permanent (retraite, p. ex.), qu'il amortit grâce à son épargne – par conséquent, les habitudes de consommation ne changent pas (ou très peu). Il se peut également que le ménage doive supporter des dépenses inattendues, tout en continuant à assurer la satisfaction de ses besoins de base. Cette situation entraîne des dépenses supérieures à ce qu'autorise le niveau des revenus et le ménage doit les amortir en entamant son épargne ou en s'endettant.

Nous observons une variation importante au niveau de l'incidence dans les données HBS. **La diminution importante relevée entre 2016 et 2018 dans l'enquête HBS est toutefois plus que probablement liée aux modifications apportées à l'enquête (raccourcissement de la période d'enregistrement).** Les résultats doivent dès lors être interprétés avec précaution.

L'incidence des contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes dans les données EU-SILC/IMA-AIM est restée stable autour de 1,4 %, en prenant les dépenses totales du ménage comme indicateur (ligne 1 - colonnes 10 à 12 du Tableau 1). Il y a néanmoins une diminution puisque l'on passe de 2,6 % en 2008 à 2,1 % en 2016 sur la base du revenu des ménages (ligne 1 - colonnes 13 à 15 du Tableau 1).

Les ménages qui ne paient pas de contributions personnelles ne peuvent pas s'appauvrir davantage (voir ligne 3 du Tableau 1). Cela peut entraîner une diminution du taux d'incidence des contributions (encore plus) appauvrissantes, mais il faut se garder d'y voir simplement un résultat positif car cette situation peut aussi indiquer des besoins de soins non satisfaits.



Tableau 1 – Évolution de la proportion de ménages confrontés à des contributions personnelles appauvrissantes

	Enquête sur le budget des ménages								EU SILC/IMA AIM					
	Dépenses totales du ménage en tant que ressources financières				Revenu du ménage en tant que ressources financières				Dépenses totales du ménage en tant que ressources financières			Revenu du ménage en tant que ressources financières		
	2012	2014	2016	2018	2012	2014	2016	2018	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes	2,1 %	1,3 %	1,9 %	0,8 %	2,6 %	1,7 %	2,2 %	1,5 %	1,4 %	1,4 %	1,3 %	2,6 %	2,7 %	2,1 %
Pas de contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes	80,9 %	82,2 %	78,5 %	66,3 %	80,3 %	81,9 %	78,2 %	65,6 %	94,3 %	94,3 %	95,0 %	93,2 %	93,0 %	94,2 %
Pas de contributions personnelles	17,1 %	16,4 %	19,7 %	32,8 %	17,1 %	16,4 %	19,7 %	32,8 %	4,2 %	4,4 %	3,7 %	4,2 %	4,4 %	3,7 %

L'incidence des contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes observée dans une sélection de **pays européens** varie de 0,8 % à 3,2 %. Sur la base du résultat HBS relatif à 2018, la Belgique compte – avec l'Irlande – la plus faible proportion de ménages confrontés à des contributions personnelles appauvrissantes. Cependant, si nous examinons les chiffres de 2016, la Belgique a l'un des taux d'incidence les plus hauts. Les comparaisons entre pays doivent donc être interprétées avec prudence. Les différences relevées entre les pays ne reflètent pas uniquement les différences réelles, mais aussi la manière dont les études sont réalisées (la période d'enregistrement des dépenses, p. ex.). La plupart des pays appliquent une période d'enregistrement de 14 jours.^{48, 49}

3.3.2. Incidence des contributions personnelles catastrophiques

La Figure 4 illustre l'incidence des contributions personnelles catastrophiques sur la base de l'enquête HBS et des données EU-SILC/IMA-AIM. De nouveau, nous utilisons aussi bien les dépenses totales du ménage que le revenu du ménage en tant qu'indicateurs des ressources financières disponibles du ménage. Nous répartissons les ménages en quintiles. Le premier quintile représente les 20 % de ménages ayant les plus faibles ressources financières et le 5^e quintile, les 20 % ayant les ressources financières les plus hautes.

Sur la base de l'enquête **HBS**, 4,7 %, 3,9 %, 5,3 % et 3,8 % des ménages avaient des contributions personnelles catastrophiques en – respectivement – 2012, 2014, 2016 et 2018, en prenant les dépenses totales comme indicateur des ressources financières du ménage. Les contributions personnelles catastrophiques sont concentrées dans le premier quintile. Sur la base du revenu du ménage, l'incidence des contributions catastrophiques est un peu plus élevée, avec une incidence supérieure dans les deux quintiles les plus faibles et une incidence moindre dans les quintiles plus élevés. Comme pour les contributions personnelles (encore plus)



appauvrissantes (section 3.3.1), nous observons une variation importante dans l'incidence au fil du temps et une différence substantielle entre 2018 et 2016. Cette dernière est probablement liée, elle aussi, au raccourcissement de la période d'enregistrement. Étant donné que les contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes sont toujours catastrophiques (voir Encadré 6), leur incidence plus faible en 2018 est un élément important pour expliquer la plus faible incidence des contributions personnelles catastrophiques. Il faut dès lors interpréter les résultats de 2018 avec précaution.

Les résultats des données **EU-SILC/IMA-AIM** démontrent qu'environ 2 % des ménages sont aux prises avec des contributions personnelles catastrophiques – un taux bien inférieur aux résultats de l'enquête HBS. Ces résultats sont également restés stables au fil du temps. Les contributions personnelles catastrophiques sont presque entièrement concentrées dans le premier quintile. Si l'on se base sur le revenu du ménage, l'incidence est plus élevée : 3,4 % en 2012 et 2,7 % en 2016.

Les différences entre les résultats de l'enquête HBS et des données EU-SILC/IMA-AIM peuvent s'expliquer par les contributions personnelles, qui sont plus élevées dans l'enquête HBS. En effet, cette dernière enregistre aussi les dépenses qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie, comme les médicaments non remboursés (somnifères, p. ex.) et les lunettes. De plus, aucune correction n'est appliquée pour les remboursements par l'assurance maladie ni pour les mesures de protection telles que le maximum à facturer. Les dépenses enregistrées dans les données EU-SILC/IMA-AIM sont en revanche limitées aux dépenses couvertes par l'assurance maladie ; si elles tiennent bel et bien compte des remboursements et des mesures de protection, elles le font seulement de façon limitée pour les suppléments de soins ambulatoires. Elles sont par

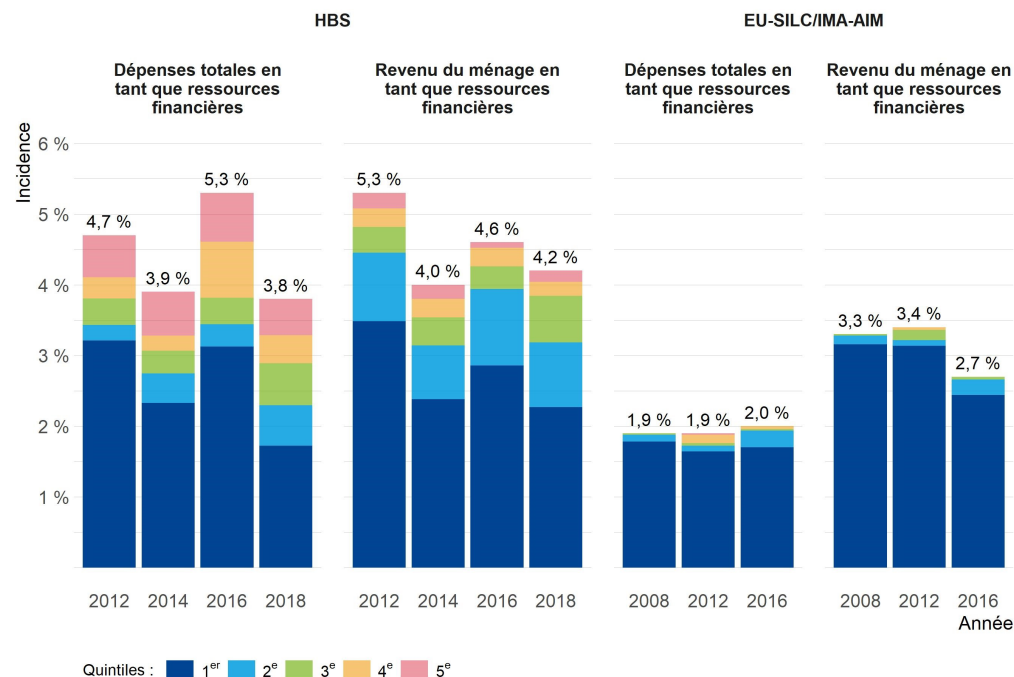
conséquent moins élevées. D'après nos résultats, les contributions catastrophiques dans les quintiles 3 à 5 de l'enquête HBS sont liées aux dépenses concernant les lunettes, les soins dentaires, les hospitalisations, les soins spécialisés et la kinésithérapie (voir également la section 3.3.4).

Nous avons également analysé l'**impact des suppléments de soins hospitaliers** sur les contributions personnelles catastrophiques. Lorsque les suppléments de soins hospitaliers ont été fixés à zéro pour les ménages ayant une assurance hospitalisation et que l'on a appliqué une correction pour les remboursements par la mutualité, l'incidence des contributions catastrophiques a considérablement diminué dans l'enquête HBS (4,1 % et 2,4 % en 2016 et 2018 au lieu de 5,5 % et 3,8 %). Les résultats des données EU-SILC/IMA-AIM changent toutefois à peine si l'on n'inclut pas ces suppléments pour tous les ménages. En l'occurrence, la plupart des contributions catastrophiques sont en effet dues aux contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes qui, par définition, sont catastrophiques (voir ci-dessus). Cependant, l'incidence des contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes est surtout sensible au fait de payer des contributions personnelles, plutôt qu'au montant de ces dernières. Comme les contributions personnelles sont certes inférieures, mais toujours présentes, le fait de supprimer ou non des suppléments hospitaliers n'a qu'un effet limité sur l'incidence tant des contributions personnelles (encore plus) appauvrissantes que des contributions personnelles catastrophiques.

Les résultats de l'enquête HBS belge se situaient en 2016 et 2018 autour de la moyenne d'une sélection de pays européens, mais étaient moins bons que ceux de l'Allemagne (2013 : 2,4 %) ou de la France (2011 : 1,9 %).



Figure 4 – Évolution de la proportion de ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques



3.3.3. Le coût des soins pèse de plus en plus lourd sur le budget des ménages

Quelle part des dépenses totales du ménage est allouée aux contributions personnelles aux soins de santé ? **Dans la population générale, les contributions personnelles ont augmenté et sont passées de pratiquement 5 % des dépenses totales du ménage (2012, HBS) à 5,5 % (2018, HBS).** Pour les **ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques, cette part a augmenté encore plus fortement** et est passée de 26 % (2012, HBS) à presque 33 % (2018, HBS). Les résultats tirés des données EU-SILC/IMA-AIM indiquent, entre 2012 et

2016, une hausse de 1,8 % à 2,1 % dans la population générale et de 8,9 % à 9,5 % pour les ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques. De nouveau, la différence entre les résultats des deux échantillons s'explique par les contributions personnelles qui sont enregistrées (voir section 3.3.2).

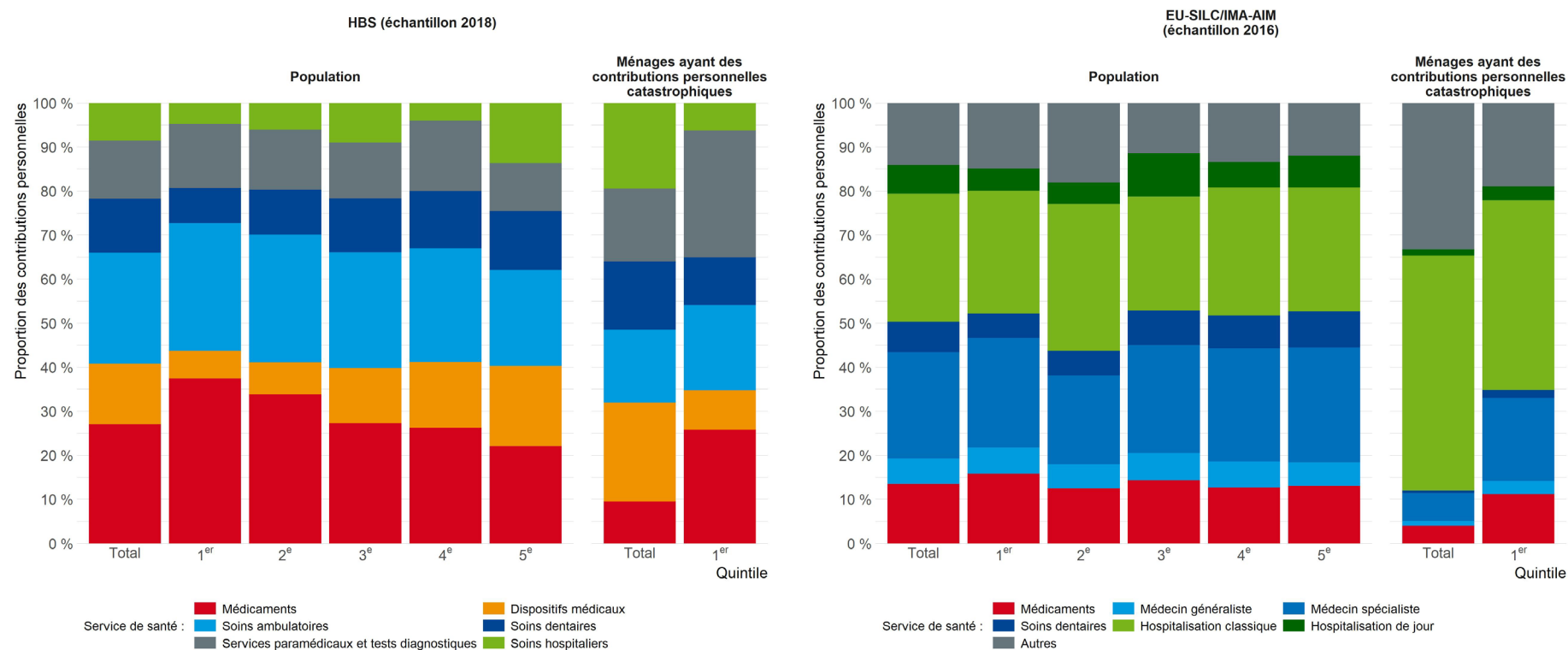


3.3.4. Quels sont les services de santé le plus souvent à l'origine de difficultés financières ?

La Figure 5 répartit les contributions personnelles par type de service de santé, pour l'ensemble de la population (total et par quintile de revenus) et

pour les ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques (total et pour le 1^{er}/plus faible quintile ; les autres quintiles ne sont pas repris, en raison de la taille trop réduite du groupe). Les données datent de 2016 (EU-SILC/IMA-AIM) et 2018 (HBS).

Figure 5 – Répartition des contributions personnelles par service de santé parmi la population et les ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques





Enquête HBS : une vue d'ensemble des contributions personnelles pour les services et produits couverts et non couverts

Il ressort de l'enquête HBS que la majeure partie des contributions personnelles de la population est destinée aux médicaments (27 %), aux soins ambulatoires (25 %) et aux dispositifs médicaux (lunettes, prothèses, etc.) (14 %). Cette répartition est stable au fil du temps, mais il existe des différences importantes entre les quintiles, surtout entre les deux quintiles les plus faibles et les plus élevés. Les ménages des deux quintiles les plus faibles ont, par rapport aux ménages des deux quintiles les plus élevés, des dépenses plus importantes pour les médicaments et les soins ambulatoires, et moins importantes pour les dispositifs médicaux, les soins dentaires et les soins hospitaliers.

Les dépenses des ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques diffèrent sensiblement des dépenses de la population générale. Chez eux, ce sont surtout les dépenses relatives aux dispositifs médicaux (23 %), aux soins hospitaliers (20 %) et aux soins dentaires (16 %) qui représentent une part importante. Les contributions personnelles pour les médicaments représentent par ailleurs une part plus restreinte (10 %). La répartition est quelque peu différente chez les ménages du premier quintile confrontés à des contributions personnelles catastrophiques. Ils dépensent comparativement plus en médicaments et en services paramédicaux (kinésithérapie, aide psychologique, conseils nutritionnels, logopédie) qu'en soins dentaires et en dispositifs médicaux – peut-être aussi parce que les dépenses relatives à ces dernières catégories sont très limitées ou reportées.

EU-SILC/IMA-AIM : une vue d'ensemble des contributions personnelles, mais uniquement pour les services et produits couverts

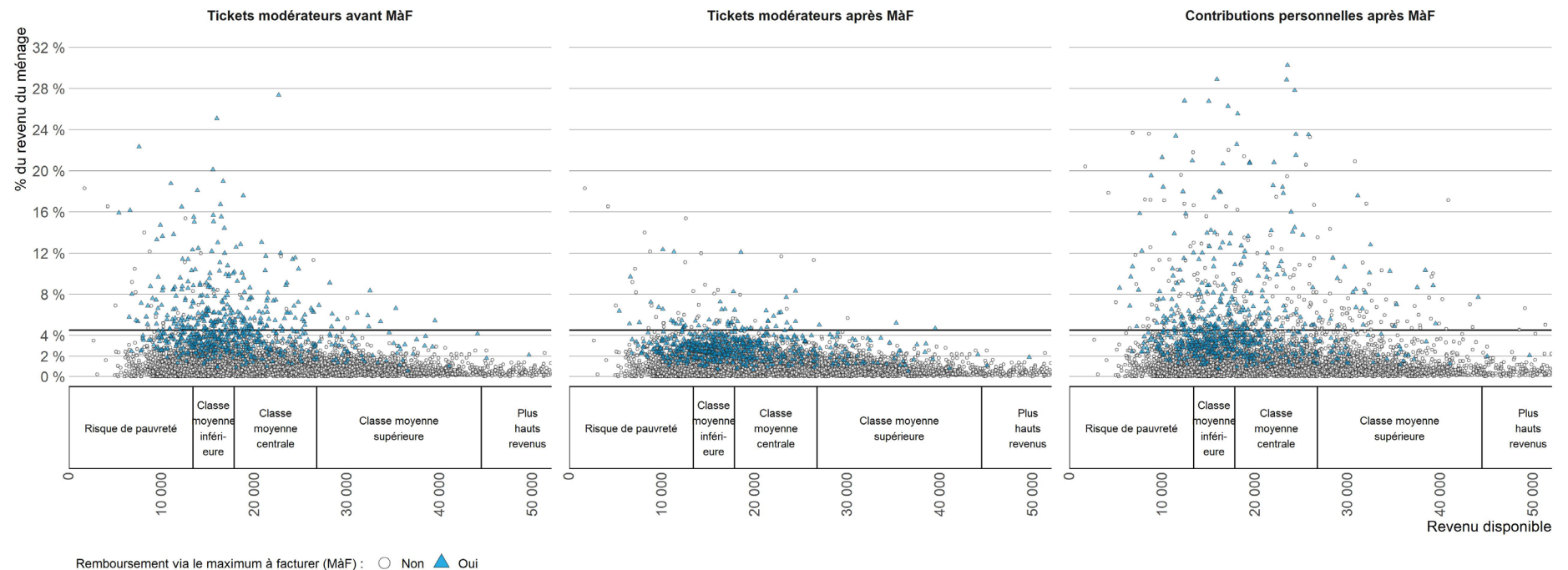
Les données EU-SILC/IMA-AIM fournissent exclusivement des informations sur les contributions personnelles relatives aux produits et services de soins couverts par l'assurance maladie obligatoire. C'est la raison pour laquelle les résultats diffèrent considérablement de ceux de l'enquête HBS. La plupart des contributions personnelles y sont liées aux soins hospitaliers (29 %), aux soins spécialisés (24 %) et aux médicaments (14 %). La part des contributions personnelles relatives aux soins dentaires, aux soins spécialisés et aux soins hospitaliers a augmenté, alors que la part relative aux soins de médecine générale et aux médicaments a diminué et cette dernière catégorie est passée de 24 % (2008) à 14 % (2016). Les ménages ayant des contributions personnelles catastrophiques ont d'abord des dépenses importantes pour les soins hospitaliers.

Vous trouverez des informations plus détaillées sur ces résultats dans la section 3.1.4.2 du [rapport scientifique](#).

3.3.5. Quelle protection offre le maximum à facturer ?

La Figure 6 illustre l'influence du maximum à facturer (MàF, voir Encadré 5) sur la part des tickets modérateurs et des contributions personnelles dans le revenu du ménage. Chaque ménage est représenté par un cercle (pas de remboursements via le MàF) ou un triangle bleu clair (remboursements via le MàF). Les graphiques de gauche et du milieu représentent la part des tickets modérateurs dans le revenu des ménages, respectivement avant et après application du MàF, alors que le graphique de droite représente les contributions personnelles (tickets modérateurs et suppléments réunis) après application du MàF. Vu le manque d'informations à ce sujet, nous ne pouvons pas tenir compte des éventuels remboursements liés à une assurance hospitalisation. La ligne noire horizontale indique une part de 4,5 % du revenu du ménage, soit la limite supérieure que les plafonds de tickets modérateurs du MàF imposent implicitement à la plupart des ménages.⁴⁵

Figure 6 – Effet du maximum à facturer sur la part des tickets modérateurs et des contributions personnelles dans le revenu des ménages



Il ressort de la Figure 6 que **la majorité des ménages dont les tickets modérateurs consomment une part importante des revenus reçoivent aussi des remboursements via le maximum à facturer** (comparaison entre les graphiques de gauche et du milieu). Les exceptions en la matière sont probablement liées au fait que le plafond de tickets modérateurs repose sur le revenu imposable des trois années précédentes (et des deux années précédentes depuis 2019). Il convient toutefois de formuler une remarque importante. Le ticket modérateur après MàF consomme en général une plus grande part du budget des ménages à plus bas revenus (graphique du milieu dans la Figure 6). Le MàF plafonne le ticket modérateur considéré comme une part des revenus du ménage à environ 4,5 % pour les ménages exposés à un risque de pauvreté ou appartenant à la classe moyenne

inférieure. Ce plafond est ramené à environ 3-4 % pour les ménages de la classe moyenne centrale et à environ 2-3 % pour les ménages de la classe moyenne supérieure. Les ménages plus aisés paient donc comparativement moins de ticket modérateur.

Une deuxième constatation est que le MàF est un instrument efficace pour limiter la part prise par le ticket modérateur dans le revenu du ménage, mais que les suppléments ont un impact négatif sur cet effet protecteur. Si nous tenons compte des suppléments (contre lesquels le MàF n'offre aucune protection), nous remarquons que les contributions personnelles dépassent le seuil de 4,5 % du budget pour un grand nombre de ménages. Il est frappant de constater que les suppléments peuvent représenter une très



grande part du budget chez les ménages exposés au risque de pauvreté, mais aussi pour les classes moyennes inférieure et centrale, et qu'ils ne sont pas uniquement payés par des ménages aux revenus plus élevés. Bien qu'une assurance hospitalisation puisse (en partie) amortir l'impact des suppléments, ce ne sera pas le cas pour tous les ménages. L'impact des suppléments sur les contributions personnelles et les difficultés financières qui en résultent doivent dès lors retenir l'attention.

3.4. L'effet redistributif du financement de l'assurance maladie en Belgique

En 2017, le budget de l'assurance maladie obligatoire s'élevait à environ 33 milliards € (en ce compris le budget relatif aux compétences transférées aux entités fédérées suite à la 6^e réforme de l'État). Cette assurance couvre la majeure partie des dépenses en soins de santé de la population. **Son financement combine plusieurs sources, dont des impôts directs et indirects ainsi que les cotisations sociales** (voir également Encadré 4).

L'assurance maladie obligatoire en vigueur en Belgique n'est pas une simple assurance contre les dépenses de santé, mais aussi un système solidaire. Elle cherche à mettre en place deux formes de solidarité : un partage des revenus et un partage des risques. La notion de **solidarité des revenus** signifie que les personnes ayant des revenus plus élevés contribuent davantage que celles qui disposent de rentrées plus faibles. La notion de **solidarité des risques** implique que les personnes dont les risques de santé sont faibles contribuent aussi à financer les soins des personnes exposées à des risques plus élevés, et ce indépendamment de leurs revenus. Ainsi par exemple, les malades chroniques ne paient pas davantage pour leur assurance maladie obligatoire que leurs concitoyens en bonne santé. Les personnes dont la consommation de soins est faible assument donc une part des frais de celles qui ont des besoins de soins importants.³²

Que faut-il entendre par la répartition équitable du financement de l'assurance maladie ? Dans ce contexte, l'équité est généralement conçue comme l'adéquation entre ce financement et la capacité financière du ménage. Pour calculer l'effet redistributif, nous considérons le revenu brut

du ménage comme la mesure de la capacité financière. Selon le principe de l'**équité horizontale**, les ménages qui ont des revenus bruts égaux doivent payer une contribution égale pour les soins de santé. En vertu de l'**équité verticale**, les ménages qui ont des revenus bruts différents doivent payer une contribution différente. **La solidarité des revenus est le plus souvent considérée comme une redistribution verticale, ce qui implique que les ménages dont les revenus sont plus élevés contribuent (relativement) davantage.**

3.4.1. Comment avons-nous procédé ?

Dans le rapport HSPA 2019 du KCE, l'équité verticale est mesurée via la part de recettes progressives dans le financement de l'assurance maladie obligatoire.²⁷ Par « progressivité », on entend ici non pas la contribution du patient aux coûts des soins qu'il reçoit (suppléments, tickets modérateurs, médicaments non remboursés, primes d'assurance privée, etc.), mais la manière dont le taux moyen de taxation évolue en fonction des revenus.

Encadré 7 – Contributions progressives, proportionnelles et régressives

Contributions progressives : le taux moyen de taxation augmente avec les revenus. Les ménages qui ont des revenus plus élevés contribuent relativement davantage (p.ex. via l'impôt des personnes physiques).

Contributions proportionnelles : le taux moyen de taxation ne varie pas. Chaque ménage contribue donc de façon égale, indépendamment de ses revenus (p.ex. impôt à taux unique).

Contributions régressives : le taux moyen de taxation diminue en fonction des revenus. Les ménages qui ont des revenus plus élevés contribuent relativement moins (p.ex. taxes à la consommation comme la TVA – taxe sur la valeur ajoutée).



Dans cette section, nous affinons l'analyse réalisée dans le rapport HSPA de 2019 et étudions la progressivité/régressivité des contributions à l'assurance maladie sur la base des données disponibles au niveau des ménages.²⁷ Nous procédons de la sorte pour chaque source de financement prise isolément et pour toutes les sources de financement réunies. En exploitant les données disponibles au niveau des ménages, nous pouvons non seulement pousser l'analyse plus loin, mais aussi évaluer l'effet redistributif de chaque source de financement et de toutes les sources réunies. **L'effet redistributif est un indicateur de la solidarité des revenus** au sein des soins de santé. Il reflète les différences dans l'inégalité des revenus, avant et après les contributions à l'assurance maladie obligatoire.^{3, 39} Si les contributions font diminuer l'inégalité des revenus, l'effet redistributif est positif. À l'inverse, si les paiements pour les soins de santé accroissent cette inégalité, l'effet redistributif est négatif.

Attendu que les informations relatives aux revenus tirées des données EU-SILC/IMA-AIM datent de l'année précédant la collecte des données, nous comparons dans cette section les années 2007, 2011 et 2015 au lieu des années 2008, 2012 et 2016. Vous trouverez plus de détails sur les sources de données et la méthode utilisée dans les sections 3.2.2 et 3.2.3 du [rapport scientifique](#).

3.4.2. *Financement de l'assurance maladie publique*

Le financement de l'assurance maladie publique combine plusieurs sources : **cotisations sociales** (cotisations des travailleurs, employeurs, retraités et indépendants, cotisation spéciale de sécurité sociale), **financement alternatif** (TVA, accises sur le tabac et les emballages, précompte mobilier), **subventions publiques** (pour simplifier l'analyse, nous partons du principe que ces dernières sont financées par l'impôt des personnes physiques), ainsi que divers prélèvements et recettes. Nous ne prenons pas en compte cette dernière catégorie, qui représente environ 5 % du financement total. La composition du financement a profondément changé au fil du temps, ce qui a un effet tant sur la progressivité/régressivité que sur l'effet redistributif. Le Tableau 4 du [rapport scientifique](#) fournit des informations plus détaillées en la matière.

- Le budget de l'assurance maladie a considérablement augmenté entre **2007 et 2011**. Cette hausse a été possible par l'extension du financement alternatif, principalement de la TVA. La part du financement alternatif dans le budget de l'assurance maladie est ainsi passée de 23 % en 2007 à 32 % en 2011, alors que pendant la même période, celle des cotisations sociales a reculé de 62 % à 54 % tandis que celle des subventions publiques est restée stable.
- Une redistribution des compétences a eu lieu entre **2011 et 2015** dans le cadre de la 6^e réforme de l'État (soins résidentiels pour personnes âgées, revalidation, soins de santé mentale, investissements dans les infrastructures hospitalières...). Étant donné que le financement des compétences transférées a été assuré par des subventions publiques, la part de ces dernières est passée de 10 % en 2011 à 21 % en 2015.⁵⁰ La part du financement alternatif dans le budget de l'assurance maladie a été réduite à 16 %, alors que celle des cotisations sociales a légèrement augmenté pour atteindre 58 %.
- La réforme fiscale (« *tax shift* ») mise en œuvre entre **2015 et 2017** incluait entre autres une diminution des cotisations sociales des employeurs. La part des cotisations sociales dans le budget de l'assurance maladie a donc été réduite pour se fixer à 54 %. Le financement alternatif a lui aussi fait l'objet d'une réforme.⁵¹ Alors que les recettes tirées des accises ne servent désormais plus à financer l'assurance maladie, celles liées à la TVA et au précompte mobilier ont pris de l'importance. La part du financement alternatif a augmenté et atteint 21 %.



3.4.3. *Progressivité et régressivité des sources de financement de l'assurance maladie obligatoire*

Nous avons examiné la progressivité et la régressivité de chacune des trois principales sources de financement de l'assurance maladie publique – subventions publiques, cotisations sociales et financement alternatif – et de toutes ces sources réunies, pour la période 2007-2015.

Les **subventions publiques** représentent la source de financement la plus progressive car les revenus plus élevés sont taxés à un taux plus élevé via l'impôt des personnes physiques. Bien qu'elles soient souvent considérées comme une source de financement proportionnelle, notre analyse démontre que les **cotisations sociales** sont aussi une source de financement progressive. Elles comportent en effet plusieurs éléments progressifs, tels que (1) les exonérations applicables à certains types de revenus (allocation de chômage, revenu d'intégration, p. ex.) ; (2) réductions des cotisations des travailleurs à bas salaire (bonus à l'emploi) ; (3) cotisations moins élevées pour les pensionnés ; et (4) réductions des cotisations sociales des employeurs pour certains groupes cibles – lors de l'engagement de chômeurs de longue durée, par exemple. De plus, en Belgique, tant les hauts que les bas revenus doivent payer des cotisations sociales ; ce n'est pas le cas en Allemagne, par exemple, où les hauts revenus sont exonérés de cotisations sociales et couverts par une assurance privée.

Le **financement alternatif** est une source de financement régressive. De 2007 à 2015, il comprenait principalement la TVA ainsi que les accises sur le tabac et les emballages. Ces taxes à la consommation sont régressives parce que les ménages à bas revenus consacrent une part plus importante de leurs revenus (voire supérieure à leurs revenus) à la consommation, par rapport aux ménages à hauts revenus ; les taxes à la consommation pèsent donc plus lourd dans le budget de ces ménages. Le précompte mobilier sur les revenus du capital est bien une source de financement progressive, mais ne représente qu'une petite part du financement alternatif. Cette part a néanmoins augmenté en 2017, alors que les accises n'étaient plus une source de recettes.⁵¹ Selon les prévisions, cette évolution devrait faire diminuer la régressivité du financement alternatif.

Les résultats indiquent que **la progressivité ou la régressivité de chaque source de financement considérée isolément reste assez stable**. Toutefois, on observe une assez grande **variation en ce qui concerne la progressivité de toutes les sources de financement réunies**. La progressivité a diminué entre 2007 et 2011 en raison de l'importance croissante du financement alternatif, au détriment des cotisations sociales. La hausse de la progressivité entre 2011 et 2015 s'explique par l'augmentation des subventions publiques et la diminution du financement alternatif (voir section 3.4.2).

3.4.4. *Effet redistributif du financement de l'assurance maladie obligatoire*

La Figure 7 et le Tableau 2 illustrent l'effet redistributif des différentes sources de financement. Parallèlement à la **progressivité de la source de financement**, le **montant des recettes injectées via cette source de financement est un facteur déterminant**. Les subventions publiques, par exemple, sont une source de financement plus progressive que les cotisations sociales. Ces dernières ont pourtant un effet redistributif plus important parce qu'elles représentent une plus grande part des recettes de l'assurance maladie que les subventions publiques (voir également la section 3.4.2).

L'effet redistributif est positif et stable au fil du temps pour les **cotisations sociales**, ce qui signifie qu'il y a une redistribution des hauts revenus vers les bas revenus. L'effet est également positif pour les **subventions publiques** et s'est amplifié entre 2011 et 2015 parce que le financement fondé sur les subventions publiques a augmenté pendant cette période. En revanche, l'effet redistributif du **financement alternatif** est négatif et implique un transfert des ménages à bas revenus vers les ménages à hauts revenus. L'évolution de l'effet négatif concorde avec la part du financement alternatif dans le budget de l'assurance maladie (voir section 3.4.2). **Si l'on combine toutes les sources de financement**, il y a un effet redistributif positif (losanges blancs dans la Figure 7).



Un troisième facteur déterminant repose sur **l'inéquité horizontale, c'est-à-dire les contributions financières inégales de ménages ayant les mêmes revenus**, qui réduit la redistribution opérée par le financement de l'assurance maladie. Les trois colonnes les plus à droite du Tableau 2 reflètent cette redistribution amoindrie. La valeur qui figure dans la colonne représente la redistribution verticale par rapport à l'effet redistributif total. Sans l'inéquité horizontale, la redistribution verticale serait égale à l'effet redistributif et le pourcentage de la colonne serait de 100 %. S'agissant des inéquités horizontales, on observe un écart de cette valeur de 100 % – or, un écart plus important indique une inéquité horizontale plus importante. Par conséquent, le taux de 114 % relatif aux cotisations sociales en 2007 et 2015 signifie que l'effet redistributif serait de 14 % plus élevé s'il n'y avait pas d'inéquité horizontale.

De manière générale, l'effet vertical s'avère beaucoup plus important que l'inéquité horizontale. En ce qui concerne les **subventions publiques** et le **financement alternatif**, les pourcentages sont assez proches de 100 %, ce qui indique de faibles inéquités horizontales. Pour les **cotisations sociales**, l'effet redistributif serait de 11 % à 14 % plus élevé sans les inéquités horizontales. Cela signifie qu'un nombre considérable de ménages dont le revenu brut est comparable paient des cotisations sociales différentes. La chose n'a rien d'étonnant sachant que les cotisations émanent surtout de la population active. Par conséquent, les ménages qui ont un revenu brut comparable, mais une part différente de revenus tirés du travail paient des cotisations sociales différentes. Cet effet se répercute sur le financement global de l'assurance maladie, où l'effet redistributif serait de 14 à 24 % plus élevé en l'absence d'inéquités horizontales. L'impact de ces inéquités horizontales diminue néanmoins au fil du temps.

Les contributions personnelles affaiblissent l'effet redistributif et la solidarité des revenus induits par l'assurance maladie obligatoire.

En ce qui concerne les contributions personnelles, nous pouvons calculer la progressivité/la régressivité et l'effet redistributif de la même manière. Il ressort de l'exercice que les contributions personnelles sont régressives (davantage que le financement alternatif) et ont donc un impact négatif sur l'effet redistributif. En d'autres termes, elles diminuent la solidarité des revenus intégrée dans l'assurance maladie obligatoire.



Figure 7 – Effet redistributif par source de financement au fil du temps

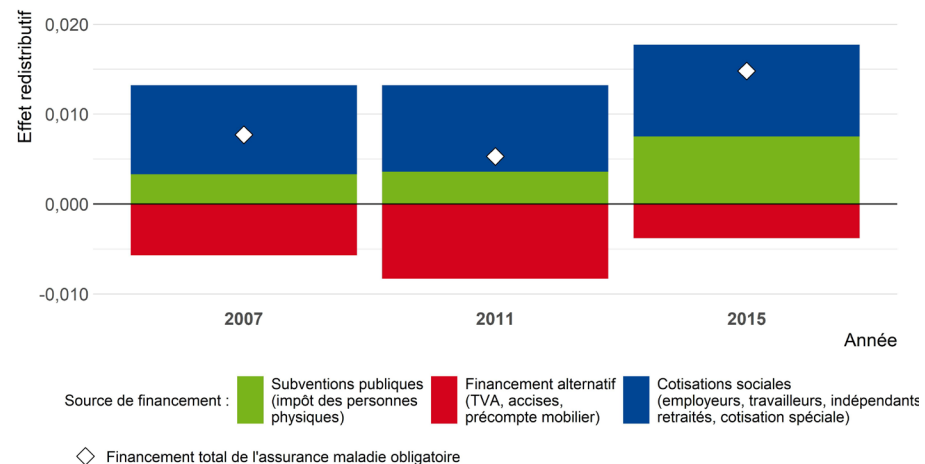


Tableau 2 – Effet redistributif par source de financement et redistribution verticale au fil du temps

	Effet redistributif (ER)			Redistribution verticale par rapport à ER		
	2007	2011	2015	2007	2011	2015
Cotisations sociales	0,010	0,010	0,010	114 %	111,2 %	114 %
Financement alternatif	-0,006	-0,008	-0,004	98,1 %	99,4 %	97,2 %
Subventions publiques	0,003	0,004	0,007	101,1 %	101,4 %	103,7 %
Total	0,008	0,005	0,015	122,7 %	123,8 %	113,7 %



4. PROPOSITIONS VISANT À AMÉLIORER L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ ET DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Offrir des soins de santé accessibles, abordables et de qualité : tels sont les objectifs fondamentaux que les autorités tentent d'atteindre avec l'assurance maladie obligatoire.

L'évaluation du système de santé devrait dès lors reposer sur la réalisation de ces objectifs. Toute personne a-t-elle la possibilité de recourir aux soins de santé dont elle a besoin sans s'exposer à des difficultés financières ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire de mesurer et de surveiller l'équité en matière d'accessibilité et de financement des soins de santé. Cet aspect fait également partie d'une évaluation de la performance du système de santé (*Health System Performance Assessment*).

Le présent rapport avait pour objet de déterminer s'il peut être question d'équité en ce qui concerne l'accessibilité et le caractère abordable des soins de santé.

Accessibilité. Les déclarations et objectifs stratégiques font généralement référence à l'accessibilité des soins. Dans la pratique pourtant, l'analyse porte sur le recours aux soins – y compris dans la présente étude – car l'accessibilité est une notion difficilement quantifiable. À cet égard, l'équité horizontale signifie que des personnes ayant les mêmes besoins de soins y ont recours de la même manière, quels que soient leurs revenus, leur niveau d'éducation, leur travail, leur lieu de résidence ou leur origine. Autrement dit, les différences observées dans le recours aux soins sont justifiées si elles sont liées aux besoins du patient, mais injustifiées si elles reposent sur des différences socioéconomiques ou autres. Ce principe a été évalué en apportant une correction à la mesure du recours aux soins en fonction des besoins de soins et en répertoriant les différences socioéconomiques.

Caractère abordable des soins. Le financement des soins de santé comprend d'une part le financement de l'assurance maladie obligatoire et d'autre part les contributions personnelles du patient lors du recours aux soins. Pour éviter que des personnes qui ont des besoins de soins importants et qui recourent souvent aux services de santé ne doivent faire face à des difficultés financières, le financement et l'utilisation des soins sont clairement distincts, grâce à l'intervention de l'assurance maladie. En vertu du principe d'équité en matière de financement des soins, les contributions à l'assurance maladie obligatoire sont liées aux revenus des ménages afin d'instaurer une solidarité entre les ménages riches et les ménages pauvres. Malgré l'intervention de l'assurance maladie, le système de soins de santé belge se caractérise par des contributions personnelles relativement élevées, alors que plusieurs mesures de protection sont mises en place afin de limiter l'impact financier des contributions personnelles pour les groupes vulnérables et les patients chroniques. Nous avons examiné les ménages se trouvant face à des difficultés financières en raison de leurs contributions personnelles et avons évalué l'incidence des contributions personnelles catastrophiques et appauvrissantes. Des contributions personnelles importantes risquent de limiter ou de concurrencer d'autres dépenses indispensables des ménages, telles que l'alimentation, le loyer ou d'autres coûts fixes (eau, électricité, chauffage).

Report de soins pour des raisons financières. L'analyse relative au report de soins pour des raisons financières fait le lien entre les deux aspects. Si des personnes parviennent difficilement à payer les soins dont elles ont besoin, elles risquent de s'exposer à des difficultés financières si elles y ont recours, ou se voient contraintes de les reporter ou d'y renoncer, et donc d'avoir des problèmes d'accessibilité.

Le présent rapport a limité son champ d'analyse à un sous-ensemble d'indicateurs repris dans le rapport HSPA 2019 du KCE. Des groupes spécifiques comme les sans-abri, les prisonniers, les réfugiés et les résidents de maisons de repos ne sont pas représentés dans les données. D'autres rapports du KCE traitent de l'accessibilité des soins pour ces groupes.⁵²⁻⁵⁵



4.1. Diminuer les contributions personnelles pour les groupes financièrement vulnérables lors du recours aux soins

- Les soins pour lesquels le patient ne doit pas s'acquitter d'un paiement direct – ou alors peu élevé – sont répartis de façon plus équitable. Il faudrait par conséquent étendre l'application du tiers payant obligatoire pour les groupes financièrement vulnérables aux dentistes, spécialistes et autres formes de soins pour lesquels des problèmes d'accessibilité ont été constatés. Pour évaluer l'effet d'une telle extension du tiers payant, nous devons avoir une meilleure vision sur les changements potentiels de comportement.
- Si l'on veut abaisser davantage le montant des paiements directs, le système du tiers payant devrait intégrer les remboursements effectués dans le cadre du maximum à facturer. Les ménages qui ont atteint leur plafond de tickets modérateurs ne devraient dès lors plus en payer lors d'un contact avec un prestataire de soins qui applique le tiers payant. Une digitalisation plus poussée, et notamment l'utilisation d'attestations électroniques, permettrait de mettre cette solution en place de manière prioritaire pour les ménages bénéficiant de l'intervention majorée, pour lesquels le plafond de tickets modérateurs dans le maximum à facturer est connu.

L'équité en matière de recours aux soins augmente lorsque le tiers payant s'applique

Nous avons constaté que le recours aux soins hospitaliers est en général proportionnel aux besoins et donc réparti assez équitablement. L'inéquité en matière de médicaments sur prescription est elle aussi globalement restreinte. Les groupes financièrement vulnérables ont même plus souvent recours aux services d'urgences qu'escompté sur la base de leur besoin de soins, mais ce service se substitue probablement en partie aux soins de médecine générale et spécialisés – auxquels ces groupes ont justement moins souvent recours. Ce n'est donc pas un hasard si le tiers payant s'applique à ces types de soins.

Le tableau est également clair en ce qui concerne les soins de médecine générale. Les personnes ayant droit à l'intervention majorée, qui bénéficient de l'application obligatoire du tiers payant, ont un recours aux soins en adéquation avec leurs besoins, alors que l'on observe un recours moins important chez d'autres groupes financièrement vulnérables (personnes exposées au risque de pauvreté, en situation de privation matérielle sévère, sans emploi, isolées). Bien qu'une consultation chez un médecin généraliste soit relativement bon marché pour le patient, ce coût peut néanmoins être un obstacle. Dans une étude récente de l'Observatoire social européen, des entretiens avec des médecins généralistes, des travailleurs sociaux et des malades chroniques ont également mis en lumière que le fait de devoir avancer des frais remboursables constitue un frein majeur à l'accès aux soins de santé.³⁴ Le tiers payant est un outil efficace pour réduire les dépenses directes au moment du recours aux soins et, par conséquent, abaisser ce seuil tout en améliorant l'accès et le recours aux soins.^{33, 56} Des études ont également démontré que cette mesure est seulement mise en œuvre de façon limitée et est relativement peu connue des personnes ayant droit au statut affection chronique, qui peuvent demander l'application du tiers payant (voir Encadré 5).⁵⁶

L'inéquité en matière de soins dentaires et de soins spécialisés ambulatoires est importante et croissante

Nous avons constaté que l'inéquité en matière de soins spécialisés et de soins dentaires (préventifs) est considérable et s'est aggravée au fil du temps. Le recours à ces soins dans les groupes qui ont des revenus et un niveau d'éducation plus élevés est nettement plus fréquent que dans les groupes dont les revenus et le niveau d'éducation sont plus faibles. Les personnes exposées au risque de pauvreté, en situation de privation matérielle sévère, sans emploi et isolées, tout comme celles ayant droit à l'intervention majorée ont moins souvent recours aux soins qu'escompté au regard de leurs besoins.



Report des soins pour des raisons financières dans les ménages n'ayant aucune marge leur permettant d'avancer la totalité du montant

L'analyse des besoins de soins non satisfaits pour des raisons financières est sans équivoque : une large majorité de ces personnes ne possèdent aucune réserve financière leur permettant de faire face à des dépenses inattendues. Elles doivent dès lors choisir entre la satisfaction des besoins de base ou les soins de santé. Les personnes ayant des besoins de soins non satisfaits ont recours aux soins, mais dans une moindre mesure qu'escompté au regard de leurs besoins, à plus forte raison s'il est question de soins spécialisés et de soins dentaires. Nous notons une nette augmentation au fil du temps du nombre de personnes ayant des besoins de soins non satisfaits qui s'inscrivent auprès de maisons médicales au forfait, où le montant du ticket modérateur pour les soins de médecine générale est nul.

4.2. Renforcer la sélectivité dans les mesures de protection

- Malgré l'augmentation du nombre d'ayants droit à l'intervention majorée, il apparaît qu'en 2016, un tiers des personnes exposées au risque de pauvreté – dont certaines en situation de privation matérielle – n'étaient pas couvertes par ce statut. Le droit à l'intervention majorée devrait autant que possible être octroyé automatiquement, sur la base d'informations les plus récentes possible sur les revenus. Il convient de déterminer à cet égard les possibilités de modifier les conditions afin (1) de toucher au mieux les groupes financièrement vulnérables et (2) d'assurer un octroi automatique du droit. S'appuyer sur la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS) plutôt que sur les déclarations d'impôts permet d'obtenir plus rapidement des informations récentes sur les revenus. On peut examiner ici s'il est possible d'utiliser le même concept de « revenu » et de « ménage » pour l'intervention majorée et le MâF revenus. Outre l'examen automatique du droit à l'intervention majorée, cela permettrait de préciser automatiquement pour chaque ménage le plafond de tickets modérateurs dans le maximum à facturer et

d'améliorer la transparence de la protection. L'harmonisation du concept de revenu ou du concept de ménage entre les systèmes doit cependant être réalisée avec prudence. Une analyse plus fouillée s'impose afin de déterminer le concept le plus approprié pour comparer le niveau de bien-être relatif entre, par exemple, les ménages actifs et non actifs ou les ménages de grande et petite tailles. Le modèle de microsimulation BELMOD développé par le SPF Sécurité sociale pourrait être utilisé à cette fin.

- Les plafonds de tickets modérateurs du maximum à facturer limitent la part des tickets modérateurs dans le revenu du ménage. Cependant, cette part est comparativement plus élevée pour les ménages à bas revenus que pour les ménages à hauts revenus. Il convient d'envisager l'introduction d'un plafond inférieur supplémentaire pour les tickets modérateurs, afin de rendre le maximum à facturer plus sélectif.

La couverture offerte par les mesures de protection augmente, mais il existe des lacunes importantes

Un très grand nombre de mesures de protection mises en place par l'assurance maladie ciblent les bas revenus, les malades chroniques et les personnes confrontées à des dépenses de santé importantes. Le recours à ces mesures de protection augmente au fil du temps. Par exemple, de plus en plus de ménages ont recours à l'intervention majorée ou obtiennent des remboursements dans le cadre du maximum à facturer.

En ce qui concerne l'intervention majorée, la Figure 2 montre toutefois qu'un tiers des personnes exposées au risque de pauvreté ne profitent pas de cet avantage, en ce compris des personnes en situation de privation matérielle sévère. Par ailleurs, des personnes issues des classes moyennes centrale et supérieure ont bénéficié de l'intervention majorée en 2016. L'octroi automatique du droit, fondé sur des informations sur les revenus les plus récentes possible, peut contribuer à accroître le recours à l'intervention majorée.



Les mesures de protection actuelles sont insuffisantes pour lutter contre l'augmentation des besoins de soins non satisfaits.

On note d'ores et déjà un recours important à ces mesures de protection chez des personnes qui déclarent reporter des soins pour des raisons financières. Environ 65 % (56 %) du groupe ayant des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux (soins dentaires) bénéficient en effet d'une intervention majorée (contre 17 % dans le groupe sans besoins non satisfaits), environ 22 % (19 %) des personnes ayant des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux (soins dentaires) ont le statut affection chronique (contre 12 % dans le groupe sans besoins non satisfaits), et 14 % (13 %) des personnes ayant des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux (soins dentaires) bénéficient de l'intervention forfaitaire pour malades chroniques (contre 7 % des personnes sans besoins de soins non satisfaits).

Il faut noter, d'une part, que l'explication est liée au fait que les mesures de protection sont axées sur la limitation des tickets modérateurs et ne prémunissent guère contre les suppléments (voir section 4.3), et que, d'autre part, cela peut indiquer la nécessité d'une plus grande sélectivité dans lesdites mesures de protection. Autrement dit, les mesures de protection ciblent davantage que par le passé le groupe le plus vulnérable sur le plan financier et sont plus généreuses à son égard.

Introduction d'un plafond supplémentaire dans le maximum à facturer ?

Le ticket modérateur après remboursement du MâF représente généralement une grande part du budget des ménages à faibles revenus (voir Figure 6, graphique du milieu). L'introduction d'un nouveau plafond de tickets modérateurs plus bas (éventuellement couplée à une augmentation du plafond de tickets modérateurs le plus haut dans le MâF revenus) peut contribuer à une plus grande sélectivité, ainsi qu'à une diminution de l'incidence des besoins de soins non satisfaits et des contributions

personnelles catastrophiques. Dans son rapport 309, le KCE a effectué une simulation visant à déterminer qui seraient les « gagnants » si l'on introduisait un plafond de tickets modérateurs supplémentaire de 250 €. Globalement, ces gagnants correspondent aux groupes qui, dans cette étude-ci, passent à travers les mailles du filet offert par les mesures de protection existantes.³²

4.3. Améliorer la protection contre l'augmentation des contributions personnelles

- L'augmentation des contributions personnelles au fil du temps est essentiellement liée à l'augmentation des suppléments et seulement dans une mesure restreinte à l'augmentation des tickets modérateurs. Nous faisons aussi ce constat chez les ménages exposés au risque de pauvreté, de la classe moyenne inférieure et ayant des besoins de soins non satisfaits pour des raisons financières. La part des contributions personnelles dans le budget du ménage peut alors atteindre un montant élevé, y compris pour les ménages à bas revenus. C'est pourquoi il faudrait améliorer la protection contre les suppléments.
- Des informations plus précises sont nécessaires pour analyser l'impact des suppléments sur les dépenses de soins de santé. Comme recommandé dans le rapport 309 du KCE, le législateur devrait se diriger vers l'enregistrement obligatoire le plus complet possible de toutes les dépenses (y compris les suppléments) relatives aux soins pour lesquels l'assurance maladie obligatoire prévoit un remboursement. Ces informations devraient être reprises dans les données des mutualités. Il faut en outre de meilleures informations quant au fait de disposer ou non d'une assurance hospitalisation.

^f La simulation a également évalué l'impact de la suppression du MâF social. Le montant du nouveau plafond (250 €) a été fixé de manière arbitraire.



- Conformément aux recommandations du rapport KCE 322, des initiatives supplémentaires devraient être prises pour informer et guider les citoyens au sujet du recours aux soins et des possibilités de couverture par les mesures de protection. Ceci afin d'améliorer la littératie en santé de la population et de rendre les soins de santé plus abordables.

Les mesures de protection sont axées sur les tickets modérateurs, mais les suppléments ne cessent d'augmenter au fil du temps.

Les mesures de protection définies dans l'assurance maladie obligatoire sont axées sur les tickets modérateurs. Le maximum à facturer plafonne la part des tickets modérateurs dans les revenus du ménage. Cet outil stratégique efficace permet de maintenir cette part en deçà de 4,5 % pour la grande majorité des ménages. L'augmentation des tickets modérateurs au fil du temps est donc relativement limitée.

En revanche, nous avons constaté que les suppléments ont fortement augmenté au fil du temps. En l'occurrence, nous parlons avant tout des suppléments hospitaliers, étant donné que les informations relatives aux suppléments de soins ambulatoires sont incomplètes et que les soins non remboursés ne sont pas repris dans les données AIM. Les suppléments ne sont pas plafonnés en fonction des revenus du ménage. Bien que les suppléments hospitaliers soient uniquement autorisés pour les chambres particulières, ce qui permet en principe de pouvoir les éviter, il apparaît que ce n'est pas toujours le cas. Nous avons par exemple constaté que l'augmentation de la part des suppléments ne touchait pas uniquement les revenus plus élevés, mais aussi des personnes exposées au risque de pauvreté ou appartenant à la classe moyenne inférieure et des ménages dont les besoins de soins ne sont pas satisfaits pour des raisons financières. Cette situation est illustrée dans le graphique de droite de la Figure 6. L'ampleur des suppléments dans le budget du ménage annule donc en partie la protection offerte par le maximum à facturer. Bien qu'une assurance hospitalisation puisse (en partie) amortir l'impact des suppléments, ce ne sera pas le cas pour tous les ménages.

Une réforme des suppléments hospitaliers ne doit toutefois pas seulement être abordée sous l'angle de l'équité dans les contributions du patient, mais aussi dans le cadre global du financement des hôpitaux et de la possibilité pour les médecins-spécialistes non ou partiellement conventionnés de réclamer des suppléments ambulatoires et de traiter leurs patients à l'hôpital ou dans leur cabinet privé.

Une politique *evidence-based* requiert un enregistrement plus complet des données

Des informations plus précises sont nécessaires pour avoir une meilleure idée de l'impact des suppléments sur le caractère abordable des soins, le report des soins et les difficultés financières potentielles qu'entraîne le recours aux soins. Comme le rapport 309 du KCE l'a également recommandé, le législateur devrait se diriger vers l'enregistrement obligatoire le plus complet possible de toutes les dépenses (y compris les suppléments) relatives aux soins pour lesquels l'assurance maladie obligatoire prévoit un remboursement. L'enregistrement de ces données est nécessaire pour assurer l'adoption éclairée de nouvelles mesures de protection. Bien qu'il faille tendre vers un accès équitable aux soins indépendamment de la couverture offerte par des assurances complémentaires, il est recommandé de rassembler de meilleures informations sur la couverture et les remboursements des assurances hospitalisation volontaires proposées par les mutualités ou des assureurs privés.

Dans l'analyse des contributions personnelles catastrophiques, nous avons aussi noté que les dépenses qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie, comme les médicaments non remboursés (somnifères, p. ex.) et les lunettes, peuvent être à l'origine de difficultés financières. Il faut dès lors étudier les pistes envisageables pour élargir la couverture de l'assurance obligatoire. Si l'on se réfère au dernier accord de gouvernement, cette ambition est aussi celle du gouvernement actuel : « *La norme légale de croissance sera non seulement affectée pour financer l'effet de volume dans la demande, mais devra aussi permettre de nouvelles initiatives de soins qui contribueront à la réalisation des objectifs de santé qui ont été fixés et à la réduction de la facture du patient.* »¹¹



Améliorer l'accessibilité par l'information

Il ne suffit pas de développer des outils permettant de rendre les soins de santé financièrement accessibles aux citoyens ; des efforts doivent également être faits pour informer les citoyens sur le recours aux soins et les possibilités de couverture par des mesures de protection qui les rendent plus abordables. Le rapport 322 du KCE sur la littératie en santé recommande de mettre en œuvre des initiatives à différents niveaux (citoyen, prestataire de soins, système de santé, autorités politiques) pour améliorer la littératie en santé.

4.4. Une approche intersectorielle afin de réduire les inéquités dans les soins de santé

- La politique de santé n'est pas le seul instrument disponible pour améliorer l'équité en matière de santé et d'accès aux soins de santé. Les revenus/la sécurité des revenus, de même que les conditions de vie et de travail sont aussi des aspects essentiels et réclament une approche intersectorielle plus vaste, où les politiques en matière de travail, d'éducation, de logement, de lutte contre la pauvreté et sociales se renforcent mutuellement. Ceci s'inscrit dans le principe de 'Health in All Policies' de l'OMS.
- Un test d'impact sur la pauvreté, qui évalue l'effet de nouvelles propositions stratégiques, est susceptible d'aider les décideurs politiques à prendre des décisions éclairées. Il est ainsi possible, entre autres, de prêter attention à l'impact des propositions sur les groupes qui recourent peu aux soins en raison d'inéquités, sur les groupes qui ont des besoins de soins non satisfaits, sur les dépenses en besoins de base et sur les obstacles financiers qui entravent le recours aux soins.

Dans cette étude, nous avons relevé des éléments indiquant que l'accessibilité des soins de santé et la capacité à les payer sont mises en danger chez les groupes financièrement vulnérables. Dans les sections 4.1 à 4.3, nous formulons des recommandations axées sur des mesures stratégiques en matière de soins de santé et d'assurance maladie

obligatoire. Certaines tendances observées, comme l'impact croissant de la privation matérielle sur le recours aux soins, la concurrence entre les dépenses liées aux besoins de base et aux soins de santé, les frais de logement élevés, le faible niveau d'intensité de travail, etc. réclament des actions dans d'autres domaines stratégiques.

Il est en effet évident que la politique menée dans un domaine spécifique peut avoir une influence dans d'autres domaines. C'est la raison pour laquelle un test d'impact sur la pauvreté peut aider les décideurs politiques à prendre des décisions éclairées sur les propositions de mesures ou de réformes dont on attend un impact significatif pour les groupes vulnérables. Un test d'impact sur la pauvreté est une application spécifique de *Social Impact Assessment*, qui permet d'analyser l'impact social des mesures politiques.^{57, 58} Concrètement, il s'agit d'une évaluation *ex ante* qui décrit l'impact potentiel de futures mesures politiques sur les groupes vulnérables. L'évaluation de l'impact d'une mesure politique ou de plusieurs alternatives se base sur des données probantes, via une approche quantitative (p.ex. un modèle de microsimulation) et/ou qualitative (p.ex. une consultation d'experts, une revue de littérature) et une consultation des principaux stakeholders.^{57, 58, 59} L'impact peut être exprimé de différentes manières, comme l'impact sur les revenus ou les dépenses du ménage, sur le risque de pauvreté, sur la profondeur de la pauvreté, sur la couverture par une mesure de protection ou une assurance, sur le recours aux soins, etc. L'analyse et les résultats doivent être communiqués de manière transparente afin d'éclairer le processus politique et le débat social.

Si un test d'impact ne permet sans doute pas d'analyser l'équité de façon comparable au présent rapport, il offre bel et bien la possibilité d'examiner l'effet des mesures sur les groupes vulnérables identifiés dans ce rapport :

- les groupes qui recourent peu aux soins en raison d'inéquités, comme les personnes à bas revenus, ayant un faible niveau d'éducation, en situation de privation matérielle sévère, isolées et sans emploi
- les groupes qui risquent davantage d'avoir des besoins de soins non satisfaits : les personnes en situation de privation matérielle sévère, les ménages ayant un faible niveau d'intensité de travail, les bénéficiaires



d'une indemnité d'invalidité, du revenu d'intégration ou de la garantie de revenu aux personnes âgées

et sur les mesures politiques qui ont un impact direct sur l'accessibilité des soins de santé comme :

- les dépenses pour les besoins de base (nourriture, vêtements, services d'utilité publique), qui peuvent concurrencer les dépenses de soins ;
- les freins financiers et la couverture d'assurance pour les soins dont la répartition n'est pas équitable, comme les soins dentaires, les soins spécialisés et le dépistage opportuniste du cancer du sein.

Un test de pauvreté a déjà été effectué dans le cadre, entre autres, du maximum à facturer pour les soins à domicile⁶⁰ et du *Kindpremie*⁶¹ de la *Vlaamse Sociale Bescherming*, de la réforme des allocations familiales flamandes^{62, 63} et de l'introduction éventuelle d'une assurance autonome dans la Région bruxelloise.⁶⁴

4.5. Suivi de l'équité et accès plus facile aux données

- La mesure et le suivi de l'équité dans l'accès aux soins de santé et leur financement font partie d'une évaluation HSPA (*Health System Performance Assessment*). Cette analyse devrait être répétée à intervalles réguliers, sur la base du présent rapport et des rapports HSPA du KCE, en collaboration avec l'INAMI, Sciensano et le SPF Santé publique. L'impact du COVID-19 sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et leur financement devrait être davantage suivi.
- La qualité et la disponibilité en temps utile des données, au niveau des individus et des ménages, sont bien entendu essentielles pour l'analyse de l'équité du système de santé. Etant donné que les données ne sont pas disponibles dans un seul et même jeu de données, il faut coupler les données administratives et les données d'échantillons. Ces données couplées à des fins de recherche doivent devenir plus accessibles. La solution mise en place pour faciliter l'accès aux données doit néanmoins être compatible avec le Règlement général sur la protection des données (RGPD). Les

aspects juridiques, organisationnels et techniques doivent dès lors être développés de manière spécifique, conformément à l'objectif des recherches scientifiques et d'appui aux politiques.

Un suivi est nécessaire

La politique de santé a pour objectif fondamental d'offrir aux citoyens des soins de santé accessibles et abordables. La capacité du système de santé à assurer un accès équitable aux soins et à les financer doit par conséquent être évaluée régulièrement. La méthode et les résultats exposés dans le présent rapport peuvent servir de socle à l'organisation du suivi.

Les données utilisées dans ce rapport ne sont pas suffisamment récentes pour pouvoir analyser l'impact de la crise COVID-19 sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et leur financement. Cette analyse devrait être incluse dans une nouvelle évaluation de cette équité.

Un accès plus rapide aux microdonnées s'impose

L'analyse présentée dans ce rapport aurait été impossible sans le couplage des données d'échantillons et des données administratives. Le couplage entre des données d'échantillons (EU-SILC) et des données administratives (AIM et BCSS) s'accompagne cependant d'une longue procédure, tant pour l'approbation du couplage que l'échange de données. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pu intégrer ces résultats dans le rapport HSPA de 2019. Ceci ne doit pas être attribué à une quelconque mauvaise volonté des institutions concernées (Stabel, BCSS, AIM) à partager leurs données, mais à des procédures chronophages pour obtenir et coupler ces données. Cette procédure, qui a duré plus d'un an, est un obstacle considérable à la réalisation de nouvelles analyses.

Les instances agréées doivent disposer d'un accès plus rapide aux données couplées à des fins de recherche. Plusieurs initiatives visant à améliorer l'extraction des données de santé sont actuellement déployées (p.ex. le Plan eSanté 2019-2021). Ces initiatives ont cependant des visées plus opérationnelles ou technologiques, ce qui exige d'autres modalités que l'utilisation de données à des fins de recherche.



Étant donné que l'expertise et les données disponibles constituées au fil du temps sont réparties entre différentes institutions (fédérales et fédérées), le modèle d'une base de données décentralisée semble le plus indiqué. Dans ce modèle, les institutions conservent leurs données, mais une structure faîtière coordonne et facilite le partage des données. On peut utiliser à cet effet des structures existantes (p.ex. le *Health Research System* et la plateforme eHealth) ou en créer une nouvelle. Il est essentiel d'impliquer tous les niveaux politiques.

Il faut en outre déterminer si des dispositions législatives complémentaires sont nécessaires pour permettre l'accès aux données de santé et leur utilisation dans le cadre de recherches scientifiques ou d'appui aux politiques, afin de garantir la conformité avec le RGPD.

Enfin, il semble judicieux que les échantillons ou enregistrements de données de grande ampleur financés par des fonds publics incluent systématiquement le numéro de registre national – pseudonymisé par une tierce personne de confiance – afin de permettre le couplage avec des données administratives.



■ RECOMMANDATIONS⁹

À l'attention du ministre en charge des Affaires Sociales et de la Santé Publique

- Les soins pour lesquels le patient ne doit pas s'acquitter d'un paiement direct – ou alors peu élevé – sont répartis de façon plus équitable. Par conséquent, l'application du tiers payant obligatoire pour les groupes financièrement vulnérables devrait être étendu aux dentistes, spécialistes et autres soins pour lesquels des problèmes d'accessibilité ont été constatés.
- Afin d'abaisser davantage le montant des paiements directs, les remboursements effectués dans le cadre du maximum à facturer devraient être intégrés dans le système du tiers payant. Les ménages qui ont atteint leur plafond de tickets modérateurs ne devraient dès lors plus payer de ticket modérateur lors d'un contact avec un prestataire de soins qui applique le tiers payant. Une digitalisation plus poussée, entre autres l'utilisation d'attestations électroniques, permettrait de mettre cette solution en place de manière prioritaire pour les ménages bénéficiant de l'intervention majorée, pour lesquels le plafond de tickets modérateurs dans le maximum à facturer est connu.
- Les plafonds de tickets modérateurs du maximum à facturer limitent la part des tickets modérateurs dans le revenu du ménage. Cependant, cette part est comparativement plus élevée pour les ménages à bas revenus que pour les ménages à hauts revenus. Il convient d'envisager l'introduction d'un plafond inférieur supplémentaire pour les tickets modérateurs, afin de rendre le maximum à facturer plus sélectif.
- L'augmentation des contributions personnelles au fil du temps est essentiellement liée à l'augmentation des suppléments et seulement dans une mesure restreinte à l'augmentation des tickets modérateurs. Nous faisons aussi ce constat chez les ménages exposés au risque de pauvreté, de la classe moyenne inférieure et ayant des besoins de soins non satisfaits pour des raisons financières. C'est pourquoi il faudrait améliorer la protection contre les suppléments.
- Des informations plus précises sont nécessaires pour analyser l'impact des suppléments sur les dépenses de soins de santé. Comme recommandé dans le rapport 309 du KCE, le législateur devrait se diriger vers l'enregistrement obligatoire le plus complet possible de toutes les dépenses (y compris les suppléments) relatives aux soins pour lesquels l'assurance maladie obligatoire prévoit un remboursement. Ces informations devraient être reprises dans les données des mutualités. Il faut en outre de meilleures informations quant au fait d'avoir ou non une assurance hospitalisation.

⁹ Le KCE est seul responsable des recommandations formulées.



À l'attention de l'INAMI

- Malgré l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée, il apparaît qu'en 2016, un tiers des personnes exposées au risque de pauvreté – dont certaines en situation de privation matérielle – n'étaient pas couvertes par ce statut. Le droit à l'intervention majorée devrait autant que possible être octroyé automatiquement, à partir d'informations sur les revenus les plus récentes possible.
Il convient de déterminer à cet égard
 - comment il est possible de modifier les conditions afin (1) de toucher au mieux les groupes financièrement vulnérables et (2) d'assurer un octroi automatique du droit.
 - si des informations plus récentes sur les revenus peuvent être utilisées auprès de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS) plutôt qu'à partir des déclarations fiscales, afin que les informations soient disponibles plus rapidement.
 - s'il est possible d'utiliser le même concept de « revenu » et de « ménage » pour l'intervention majorée et le MâF revenus. Outre l'examen automatique du droit à l'intervention majorée, cela permettrait de préciser automatiquement pour chaque ménage le plafond de tickets modérateurs dans le maximum à facturer et d'améliorer la transparence de la protection. L'harmonisation du concept de revenu ou du concept de ménage entre les systèmes doit cependant être réalisée avec prudence. Une analyse plus fouillée s'impose afin de déterminer le concept le plus approprié pour comparer le niveau de bien-être relatif entre, par exemple, les ménages actifs et non actifs ou les ménages de grande et petite tailles.

À l'attention des autorités publiques

- La politique de santé n'est pas le seul instrument disponible pour améliorer l'équité en matière de santé et d'accès aux soins de santé. Les revenus/la sécurité des revenus, de même que les conditions de vie et de travail sont aussi des aspects essentiels et réclament une approche intersectorielle plus vaste, où les politiques en matière de travail, d'éducation, de logement, de lutte contre la pauvreté et sociales se renforcent mutuellement. Un test d'impact sur la pauvreté évaluant l'effet de nouvelles propositions stratégiques est susceptible d'aider les décideurs politiques à prendre des décisions éclairées. On peut entre autres prêter attention à l'impact des propositions sur les groupes qui recourent peu aux soins en raison d'inéquités, sur les groupes qui ont des besoins de soins non satisfaits, sur les dépenses en besoins de base et sur les obstacles financiers qui entravent le recours aux soins.



- La mesure et le suivi de l'équité dans l'accès aux soins de santé et le financement des soins de santé font partie d'une évaluation HSPA (*Health System Performance Assessment*). Cette analyse devrait être répétée à intervalles réguliers, sur la base du présent rapport et des rapports HSPA du KCE, en collaboration avec l'INAMI, Sciensano et le SPF Santé publique. L'impact de la crise du COVID-19 sur l'équité dans l'accès aux soins de santé devrait être mesuré dans une prochaine évaluation.

La qualité et la disponibilité en temps utile des données, au niveau des individus et des ménages, sont bien entendu essentielles pour l'analyse de l'équité du système de santé. Etant donné que les données ne sont pas disponibles dans un seul et même jeu de données, il faut coupler les données administratives et les données d'échantillons. Ces données couplées à des fins de recherche doivent être plus accessibles. La solution mise en place pour faciliter l'accès aux données doit néanmoins être compatible avec le Règlement général sur la protection des données (RGPD). Les aspects juridiques, organisationnels et techniques doivent dès lors être développés de manière spécifique, conformément à l'objectif des recherches scientifiques et d'appui aux politiques.

A tous les acteurs concernés

- Conformément aux recommandations du rapport KCE 322, des initiatives supplémentaires devraient être prises pour informer et guider les citoyens au sujet du recours aux soins et des possibilités de couverture par les mesures de protection. Ceci afin d'améliorer la littératie en santé de la population et de rendre les soins de santé plus abordables. En raison de la répartition des compétences entre les différents niveaux politiques et la variété des actions possibles pour améliorer la littératie en santé, ces responsabilités sont réparties entre différents acteurs. Par conséquent, cette recommandation n'a pas de destinataires spécifiques, car une collaboration est nécessaire pour atteindre la situation idéale.

À la communauté des chercheurs

Certains résultats de cette étude nécessitent des recherches plus approfondies. Nous recommandons d'explorer :

- quels sont les facteurs qui expliquent que la proportion de personnes ayant des besoins de soins non satisfaits pour raisons financières est plus élevée chez les patients inscrits dans les maisons médicales au forfait ;
- quels seraient les effets sur le comportement de recours aux soins d'une modification du ticket modérateur ;



- quels sont les facteurs qui expliquent le peu de recours à certains soins qui sont actuellement (quasi) totalement remboursés (p. ex. les soins dentaires préventifs et curatifs chez les moins de 18 ans) ;
- quels seraient les effets à long terme sur le comportement de recours aux soins de modifications de la couverture d'assurance maladie (p.ex. couverture des petits risques pour les indépendants).



■ RÉFÉRENCES

1. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*. 2009;28(1):73-90.
2. Culyer AJ. Equity - some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*. 2001;27(4):275-83.
3. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC: World Bank; 2008.
4. Rochaix L, Tubeuf S. Mesures de l'équité en santé. *Fondements éthiques et implications*. *Revue économique*. 2009;60(2):325-44.
5. World Bank. *World Development Report 2006: Equity and Development*. Washington, DC: World Bank; 2005. Available from: <http://hdl.handle.net/10986/5988>
6. Sen A. Why health equity? *Health Economics*. 2002;11(8):659-66.
7. WHO Regional Office for Europe. *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Available from: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>
8. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*. 1993;12(4):431-57.
9. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*. 2012;380(9846):1011-29.
10. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56(9):647-52.
11. Magnette P, De Croo A. *Rapport des formateurs*. 2020.



12. Marmot M, UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
13. Devaux M, Looze M. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. OECD Publishing; 2012. OECD Health Working Papers (58) Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5k95xd6stnxt-en.pdf?expires=1601641633&id=id&accname=guest&checksum=062EB176BAAAAC7BD6820042BDBF028>
14. World Health Organization Regional Office for Europe. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
15. Comité économique et social européen. Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. 2009
16. Renard F, Devleeschauwer B. Health Status Report 2019, De gezondheidstoestand in België. Brussels: Sciensano; 2019. Health Status Report D/2019/14.440/4
17. Health Interview Survey. Reports [Web page]. Brussels: Sciensano; 2020 [cited 11/09/2020]. Available from: <https://his.wiv-isp.be/SitePages/Reports.aspx>
18. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016. KCE Reports (259)
19. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. Performance of the Belgian Health System. Report 2012. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports 196
20. Consortium lead: Sir Michael Marmot. Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Brussels: European Commission; 2013.
21. Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ. 2016;353.
22. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhouf F, Geurts JJM. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The Lancet. 1997;349(9066):1655-9.
23. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. Journal of Epidemiology and Community Health. 2011;65(5):412-9.
24. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. New England Journal of Medicine. 2008;358(23):2468-81.
25. O'Donnell O, van Doorslaer E, Van Ourti T. Health and Inequality. In: Atkinson AB, Bourguignon F, editors. Handbook of Income Distribution: Elsevier; 2015. p. 1419-533. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444594297000182>
26. Mackenbach J, de Jong JP. Health inequalities - an interdisciplinary exploration of socioeconomic position, health and causality. Amsterdam: 2018. FEAM-ALLEA Committee on Health Inequalities
27. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports (313)
28. Demarest S, Charafeddine R, Drieskens S, Berete F. Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Brussel. Available from: www.gezondheidsenquête.be



29. Allin S, Hernández-Quevedo C, Masseria C. Measuring equity of access to health care. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*: Cambridge University Press; 2009.
30. Fleurbaey M, Schokkaert E. Equity in Health and Health Care. In: Pauly M, McGuire T, Barros P, editors. *Handbook of Health Economics*: Elsevier; 2011. p. 1003-92. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978044453592400165>
31. Van Dam R, Bastiais S. Analysis of the evolution of the social situation and social protection in Belgium. Monitoring the social situation in Belgium and the progress towards the social objectives and the priorities of the National Reform Programme. Brussels: Federal Public Service Social Security; 2018.
32. Farfan-Portet M-I, Bouckaert N, Devriese S, Devos C, Van de Voorde C. Cost sharing and protection mechanisms in health. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2019. KCE Reports (309) Available from: <https://kce.fgov.be/en/cost-sharing-and-protection-mechanisms-in-health>
33. Van Gestel R, Goedemé T, De Graeve D. De impact van de proactieve flux en de verhoogde tegemoetkoming op gezondheidszorguitgaven. CM-Informatie. 2019;277:37-43.
34. Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory; 2020. Available from: http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHD_I_Inequalities_access_care_Report_EN.pdf
35. Boutsen M, Camilotti G, Di Zinno T, Pirson A-F, Van Cutsem P, Vervoort K. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssysteem voor de eerstelijnszorg in België: een update. Brussels: IMA-AIM; 2017. Available from: https://aim-ima.be/IMG/pdf/maisons_medicales_ima-2.pdf
36. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance 2005. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20383/WHA58_33-en.pdf?sequence=1
37. Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a national health financing strategy: a reference guide. Geneva: World Health Organization; 2017. Health Financing Guidance Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254757/9789241512107-eng.pdf?sequence=1&ua=1>
38. Evans DB, Elovainio R, Humphreys G. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization 2010. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1
39. van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*. 1999;18(3):291-313.
40. De Graeve D, Van Ourti T. The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review. *World Economy*. 2003;26(10):1459-79.
41. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*. 1999;18(3):263-90.
42. Jusot F, Legal R, Louvel A, Pollak C, Shmueli A. Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? *Questions d'économie de la Santé*. 2017;3(225).
43. Wagstaff A. Reflections on and alternatives to WHO's fairness of financial contribution index. *Health Economics*. 2002;11(2):103-15.



44. OECD Health data. Health expenditure and financing (System of Health Accounts) [Web page]. 2020 [cited 11/09/2020]. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
45. Schokkaert E, Guillaume J, Lecluyse A, Avalosse H, Cornelis K, De Graeve D, et al. Effects of the Maximum Billing system on health care consumption and financial access to health care. Equity and Patient Behavior (EPB). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008. KCE Reports (80)
46. Calcoen P, Van de Ven WPM, Verlinden P. Ereloonsupplementen in de zorg: Verbieden, regementen of laissez-faire. Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid. 2015(3/2015):535-60.
47. WHO. A new approach to measuring financial protection in health systems. Technical guide for analysts. WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening; 2016.
48. To N, McBride B. A Comparison of Consumer Expenditure Surveys. US Bureau of Labor Statistics; 2013. Available from: https://www.bls.gov/cex/research_papers/pdf/ce_method_international.pdf
49. Oeffering T, Fleck M, Papastefanou G. Household Budget Surveys in Europe: First steps towards a new GESIS-service. Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften; 2013. Technical Reports Available from: https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gegis_reihen/gegis_methodenberichte/2013/TechnicalReport_2013_13.pdf
50. Court of Audit. 176e Boek – deel II: Boek 2019 over de Sociale Zekerheid. Brussels: Court of Audit; 2019. Available from: <https://www.ccrek.be/NL/Publicaties/Fiche.html?id=8EE371B9-10A3-4BBC-A049-1B59A1F434CA>
51. Lambert L, Van Cutsem P. Analyse van de financiering van de sociale zekerheid en de evolutie ervan. De noodzaak van een structurele en duurzame herfinanciering van de sociale zekerheid. CM-Informatie. 2019(278):3-19.
52. Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, Roberfroid D, Vinck I. Asylum seekers in Belgium: options for a more equitable access to health care. A stakeholder consultation. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports (319)
53. Roberfroid D, Dauvrin M, Keygnaert I, Desomer A, Kerstens B, Camberlin C, et al. What health care for undocumented migrants in Belgium? Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015. KCE Reports (257)
54. Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. Health care in Belgian prisons. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017. KCE Reports (293)
55. RIZIV en Dokters van de Wereld. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. 2014.
56. RIZIV-INAMI. Rapport evaluatie derdebetalersregeling. Brussels: RIZIV-INAMI; 2018. Nota CGV 2018/070
57. Nicaise I. Social impact assessment. Peer Review on social impact assessment Slovak Republic: DG Employment Social Affairs and Equal Opportunities; 2008.
58. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Recherche exploratoire sur l'élaboration d'un test d'impact sur la pauvreté en Région bruxelloise. Brussels: Commission communautaire commune; 2013.
59. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Handleiding voor de opmaak van een armoedetoets. Brussels: Vlaamse Overheid; 2014. Available from: https://armoede.vlaanderen.be/sites/default/files/media/documenten/fvdb_armoedetoets_handleiding_def_20140731.pdf
60. Pacolet J, De Wispelaere F. Armoedetoets Vlaamse sociale bescherming: maximumfactuur in de thuiszorg. Leuven: HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving; 2011.



61. Van Mechelen N, Vandenbroucke P. Vlaamse Sociale Bescherming: de premie voor jonge kinderen getoetst. 2012. Flemosi discussion papers DP17 Available from: <http://www.flemosi.be/uploads/143/FLEMOSI%20DP17%20Van%20Mechelen%20and%20%20Vandenbroucke%20-%202012%20-%20De%20premie%20voor%20jonge%20kinderen%20getoetst.pdf>
62. Van Lancker W, Vinck J, Cantillon B. De armoede-en verdelingsimpact van de nieuwe Vlaamse kinderbijslag: een analyse van het akkoord van de Vlaamse Regering van 28 mei 2016. Antwerpen: Centrum voor Sociaal Beleid; 2016. CSB berichten
63. Decoster A, Vanheukelom T. Impactberekening van de Vlaamse kinderbijslaghervorming op het armoederisico. KU Leuven; 2017.
64. Observatoire de la santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Test d'impact pauvreté. Assurance autonomie. Brussels: Commission communautaire commune.; 2017.



COLOPHON

Titre :	Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité – Synthèse
Auteurs :	Nicolas Bouckaert (KCE), Charline Maertens de Noordhout (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Wendy Christiaens (KCE), Irina Cleemput (KCE), Anja Desomer (KCE)
Experts externes :	Ri De Ridder (Dokters van de Wereld), Erik Schokkaert (KU Leuven), Niko Speybroeck (UCLouvain), Sigrid Vancoreland (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Toon Vanheukelom (KU Leuven), Rudi Van Dam (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale), Tom Van Ourti (Erasmus University Rotterdam, the Netherlands)
Stakeholders :	Les administrations et institutions fédérales suivantes ont été consultées au cours du projet. Au niveau fédéral : • INAMI – RIZIV : Pascal Meeus • SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid : Pol Gerits, Veerle Vivet, Harun Yaras • SPF Sécurité Sociale – FOD Sociale Zekerheid : Dirk Moens, Rudi Van Dam • Sciensano: Brecht Devleesschauwer, Françoise Renard Au niveau régional : • Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid): Erik Hendrickx • Région wallonne (Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé et observatoire wallon de la santé): Anouck Billiet • Communauté Germanophone (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft): Karin Cormann
Validateurs externes :	Hervé Avalosse (Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes (ANMC)), Jon Cylus (European Observatory on Health Systems and Policies), Eddy van Doorslaer (Erasmus University Rotterdam, the Netherlands)
Remerciements :	Chris Brijs (Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ)), Cécile Camberlin (KCE), Danielle Croisiaux (Agence InterMutualiste – InterMutualistisch Agentschap), Brecht Devleesschauwer (Sciensano), Carl Devos (KCE), Stephan Devriese (KCE), Annelies De Schrijver (Statbel), Joeri Guillaume (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM)), Mélanie Lefèvre (KCE), Christian Léonard (Sciensano), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV), Françoise Renard (Sciensano), Kelly Sabbe (Statbel), Xavier Van Aubel (RIZIV – INAMI)



Intérêts déclarés : Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine de l'équité du système de santé belge. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Image de couverture : Image adapté du *Interaction Institute for Social Change* (www.interactioninstitute.org). Artiste: Angus Maguire (madewithangus.com)

Layout : Ine Verhulst

Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication : 15 décembre 2020

Domaine : Health Services Research (HSR)

MeSH : Financing, Personal; Insurance Coverage; Health Services Accessibility; Cost Sharing; Health Expenditures

Classification NLM : W74

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2020/10.273/29

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.





Comment citer ce rapport ?

Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 334Bs. D/2020/10.273/29.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.