Dans quelle mesure l'assurance maladie belge est-elle équitable et universelle ?

par Nicolas BOUCKAERT*, Charline MAERTENS DE NOORDHOUT* et Carine VAN DE VOORDE*

* Chercheur·euses au KCE
nicolas.bouckaert@kce.fgov.be

Les auteur·es de cet article sont employé·es par le KCE et ne présentent pas de conflits d'intérêt avec des entreprises pharmaceutiques ou de technologies médicales.

ABSTRACT

In our country, access to care – particularly specialized care – is not equitable, in the sense that it is not equally accessible to people with the same needs. The main reason is the costs that the patient must pay out of pocket, or even must pay in advance. Protective measures such as increased reimbursement improve the equity of access to care.

Keywords : insurance coverage, health services accessibility, cost sharing, health expenditures.

RÉSUMÉ

Dans notre pays, l'accès aux soins – en particulier aux soins spécialisés – n'est pas équitable, en ce sens qu'il n'est pas accessible de manière égale pour les personnes ayant les mêmes besoins. La principale raison en est la part des couts que les patient·es doivent payer de leur poche, voire doivent payer à l'avance. Des mesures de protection, telles que l'intervention majorée, améliorent l'équité de l'accès aux soins.

Mots-clés : couverture d'assurance, accessibilité aux services de santé, partage des couts, dépenses de santé.

Par accessibilité des soins de santé, on entend que toute personne qui a besoin de soins peut effectivement y avoir accès sans que cela n'engendre pour elle des problèmes financiers. En Belgique, l'assurance maladie universelle et obligatoire est un outil essentiel à cet égard. Son rôle est non seulement d'intervenir comme une assurance qui rembourse les frais de santé, mais aussi comme un système de solidarité qui réduit les inégalités. Mais l'assurance maladie belge atteint-elle réellement cet objectif ?

Prétest	Vrai	Faux
1. Le MAF offre une protection contre les suppléments d'honoraires.	☐	☐
2. Les personnes à faible niveau d'éducation et de revenus se rendent moins souvent aux urgences que ce qui pourrait être attendu vu leurs besoins en soins.	☐	☐
3. Le recours aux soins spécialisés est plus important que ce que laisseraient prévoir les besoins pour les groupes à revenus élevés et/ou à niveau d'éducation élevé.	☐	☐

Réponses en page 35.

Il est évident que la « bonne santé » n'est pas distribuée de manière égale dans la population et que, par conséquent, le recours aux soins ne l'est pas non plus. Toutefois, des différences en matière de recours aux soins ne traduisent pas nécessairement des problèmes d'accès. Lorsque le recours aux soins est important à cause d'un besoin élevé – par exemple en cas de maladie chronique –, il est considéré comme justifié. En revanche, lorsque la différence est liée, par exemple, à des problèmes financiers, au chômage, à une faible littératie en santé ou à des différences culturelles, elle sera considérée comme injuste ou inéquitable.

En matière d'accès aux soins, **l'objectif à atteindre n'est donc pas l'égalité mais l'équité**. Un indicateur fréquemment utilisé – et qui peut constituer un signal d'alarme important – est le besoin en soins non satisfait (= le report de soins) pour des raisons financières. En 2016, 2,3 % de la population adulte belge a déclaré devoir postposer des soins médicaux et 3,7 % des soins dentaires.

Bien que ces chiffres soient en diminution ces dernières années, la Belgique se classe moins bien que nos pays voisins sur ce point, surtout pour les sous-groupes de population dont les revenus sont les plus faibles. Cela concerne surtout les personnes sans emploi et les populations financièrement vulnérables. Pourtant, ces personnes sont souvent déjà couvertes par des mécanismes de protection de l'assurance maladie. Ainsi par exemple, 65 % des personnes qui ont reporté des soins médicaux en 2016 bénéficiaient déjà de l'intervention majorée.

ENCADRÉ 1. ÉQUITÉ HORIZONTALE ET VERTICALE

Les pays dotés d'une assurance maladie universelle appliquent les principes d'équité horizontale et verticale.
L'équité horizontale signifie que les personnes qui ont des besoins en santé similaires reçoivent un même accès aux soins, indépendamment d'autres caractéristiques telles que leur revenu, leur niveau d'éducation, leur lieu de résidence, leur origine, etc. En matière de financement, l'équité horizontale signifie que les ménages ayant des revenus similaires paient la même contribution pour les soins.
L'équité verticale stipule que les personnes qui ont des besoins en soins différents reçoivent des soins différents, adaptés à leurs besoins, et qu'elles paient des contributions différentes lorsque les revenus de leur ménage diffèrent.

Dans le cadre de son travail de monitoring des indicateurs de performance du système de santé belge, le KCE s'est attelé à une analyse approfondie de l'équité dans l'utilisation et le financement des soins de santé. Pour une présentation détaillée des méthodes utilisées et des résultats, nous renvoyons au **rapport KCE 334**[1], sur lequel cet article est basé.

Nous aborderons successivement les problèmes d'inéquité dans le recours aux soins (et le rôle de l'intervention majorée comme mécanisme de protection), puis le problème d'inéquité dans le financement des soins, avec notamment le poids des contributions personnelles (et le rôle du maximum à facturer (MAF) comme mécanisme de protection).

Inéquité dans le recours aux soins de santé

Pour mesurer l'inéquité dans le recours aux soins, nous avons utilisé la méthode du ***fairness gap***, qui 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 cet individu, indépendamment de ses revenus, de son niveau d'éducation et d'autres caractéristiques qui entrainent 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 (par exemple les individus dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté). Les écarts systématiques observés sous l'angle du *fairness gap* sont contraires au principe d'équité horizontale et signalent des inéquités dans le recours aux soins.

La figure 1 montre les inéquités dans le recours aux soins de santé pour différents sous-groupes de la population classés en fonction du niveau d'éducation (3 sous-groupes : primaire et secondaire inférieur, secondaire supérieur et enseignement supérieur), du niveau de revenus (5 sous-groupes : risque de pauvreté, classe moyenne inférieure, classe moyenne centrale, classe moyenne supérieure et plus hauts revenus) et de cinq autres caractéristiques de vulnérabilité souvent utilisées dans ce type d'analyse [les personnes en situation de privation matérielle sévère, les personnes bénéficiant du chômage, les personnes isolées, les familles monoparentales et les personnes bénéficiant de l'intervention majorée (BIM)]. Pour les définitions précises de ces sous-groupes, voir encadré 2.

ENCADRÉ 2. DÉFINITION DES SOUS-GROUPES DE POPULATION UTILISÉS DANS CETTE ÉTUDE

Trois sous-groupes sur la base du niveau d'éducation :
1. Pas de diplôme, enseignement primaire ou secondaire inférieur
2. Enseignement secondaire supérieur
3. Enseignement supérieur

Cinq sous-groupes sur la base du revenu médian disponible des ménages :
1. Risque de pauvreté (moins de 60 % du revenu médian des ménages)
2. Classe moyenne inférieure (entre 60 % et 80 % du revenu médian des ménages)
3. Classe moyenne centrale (entre 80 % et 120 % du revenu médian des ménages)
4. Classe moyenne supérieure (entre 120 % et 200 % du revenu médian des ménages)
5. Hauts revenus (plus de 200 % du revenu médian des ménages)

Quatre sous-groupes en raison de leur situation financière souvent précaire :
1. Chômeurs et chômeuses (âgés de 18 à 65 ans)
2. Personnes isolées (âgées de 18 à 65 ans)
3. Familles monoparentales
4. Ménages en situation de privation matérielle sévère (incapacité à satisfaire les besoins de base : alimentation, services d'utilité publique, logement et hygiène)

Un sous-groupe supplémentaire en raison du lien avec le système de soins de santé : les personnes bénéficiaires d'une allocation majorée (BIM).

Le recours aux soins est mesuré par le fait que les individus ont eu ou non **au moins un contact avec un prestataire de soins** (médecin généraliste, spécialiste, service d'urgence, hospitalisation classique

ou de jour) au cours de l'année écoulée, et par le nombre de ces contacts. Les résultats pour d'autres types de soins, tels que la consommation de médicaments, les soins dentaires et les soins préventifs ne sont pas présentés ici mais sont disponibles dans le **rapport KCE 334**[1].

Dans la figure 1 (page suivante), chaque petit carré représente l'écart de *fairness gap* entre le sous-groupe et la population dans son ensemble, pour un indicateur et une année. La différence est représentée à la fois par une couleur et un chiffre. Les valeurs négatives (d'orange à rouge) indiquent un recours aux soins plus faible que prévu en fonction du besoin en soins, tandis que les valeurs positives (du bleu clair au bleu foncé) indiquent un recours aux soins plus important qu'attendu. Les carrés gris indiquent une distribution équitable.

Ce graphique nous permet de tirer quelques conclusions. Premièrement, on observe que le recours aux **soins hospitaliers** est assez équitable. Il n'y a pratiquement aucune différence en fonction du revenu ou du niveau d'éducation. Néanmoins, les sous-groupes vulnérables ont un recours un peu plus faible que ce à quoi l'on pourrait s'attendre sur la base de leurs besoins en soins.

En ce qui concerne les **soins ambulatoires,** on observe certaines inéquités. Les sous-groupes financièrement vulnérables ont une probabilité significativement plus faible de consulter un **spécialiste**. La différence est particulièrement importante pour les individus bénéficiant du chômage et les personnes en situation de privation matérielle, qui sont justement des sous-groupes pour lesquels le report des soins est élevé. D'autre part, le recours aux soins spécialisés est plus important que ne le laisseraient supposer les besoins des groupes disposant de revenus élevés et/ou d'un niveau d'éducation élevé.

Pour la **médecine générale**, on voit que les sous-groupes financièrement vulnérables ont une probabilité moindre de consulter, malgré le fait que la consultation de médecine générale est relativement peu couteuse pour eux. En effet, même le montant limité du ticket modérateur (potentiellement associé à l'anticipation de couts supplémentaires pour des tests, des traitements ou des médicaments) peut constituer un obstacle financier pour les personnes à faibles revenus. Il y a cependant du positif : ces inégalités ont diminué au fil du temps pour les personnes en situation de privation matérielle sévère, et les personnes BIM ont visiblement un meilleur accès au médecin généraliste. De plus, pour ces deux sous-groupes, on constate qu'une fois la démarche de consulter un généraliste est effectuée, les consultations sont plus nombreuses que dans la moyenne de la population.

On observe également des inégalités en ce qui concerne les **soins d'urgence**, mais avec une tendance complètement inverse de celle des soins spécialisés : les personnes à faible niveau d'éducation et de revenus s'y rendent plus souvent que ce qui pourrait être attendu vu leurs besoins en soins. Les raisons possibles de ce recours plus fréquent sont qu'il n'y a pas de paiement immédiat (système de tiers payant), qu'aucun rendez-vous préalable n'est nécessaire, ou alors que, à force de reporter des soins, un problème aigu est apparu. Il n'est pas certain que l'on puisse considérer cette inégalité comme une inéquité si ce recours accru sert à remplacer des soins de médecine générale ou spécialisée trop peu accessibles.

L'intervention majorée améliore-t-elle l'accès aux soins ?

La figure 1 montre également que l'accès à la médecine générale est meilleur pour les personnes BIM que pour les autres sous-groupes financièrement vulnérables. Pourtant, ce sous-groupe est confronté à la même inéquité que les autres sous-groupes défavorisés en ce qui concerne l'accès aux spécialistes.

C'est ici le système de **tiers payant obligatoire**[a] qui semble faire la différence. Cet instrument est visiblement efficace pour améliorer l'accessibilité des soins mais il n'est pas d'application chez les spécialistes. Par contre, il est généralement applicable aux soins hospitaliers, ce qui peut expliquer pourquoi les admissions en hôpital / hôpital de jour sont équitablement réparties et pourquoi les sous-groupes financièrement vulnérables ont davantage recours aux soins d'urgence.

L'intervention majorée étant destinée aux ménages à faibles revenus, on pourrait s'attendre à ce que les ménages dits « à risque de pauvreté » soient protégés par ce dispositif. Pourtant, on observe une différence entre ces deux groupes en termes d'accès à la médecine générale. Malgré un pourcentage croissant de personnes BIM (de 13,6 % de la population en 2008 à 18,5 % en 2016, notamment suite aux actions déployées afin de sensibiliser à ce droit), la figure 2 montre qu'un tiers des personnes à risque de pauvreté n'étaient pas BIM en 2016, avec parmi elles des personnes en situation de privation matérielle

a. Grâce au système du **tiers payant**, le patient ne paie que sa contribution personnelle au moment de recevoir des soins, plutôt que de devoir avancer la totalité des frais, dont une partie est ensuite remboursée par la mutualité.

Figure 1. Différences de recours aux soins au sein de la population par sous-groupe et par année.

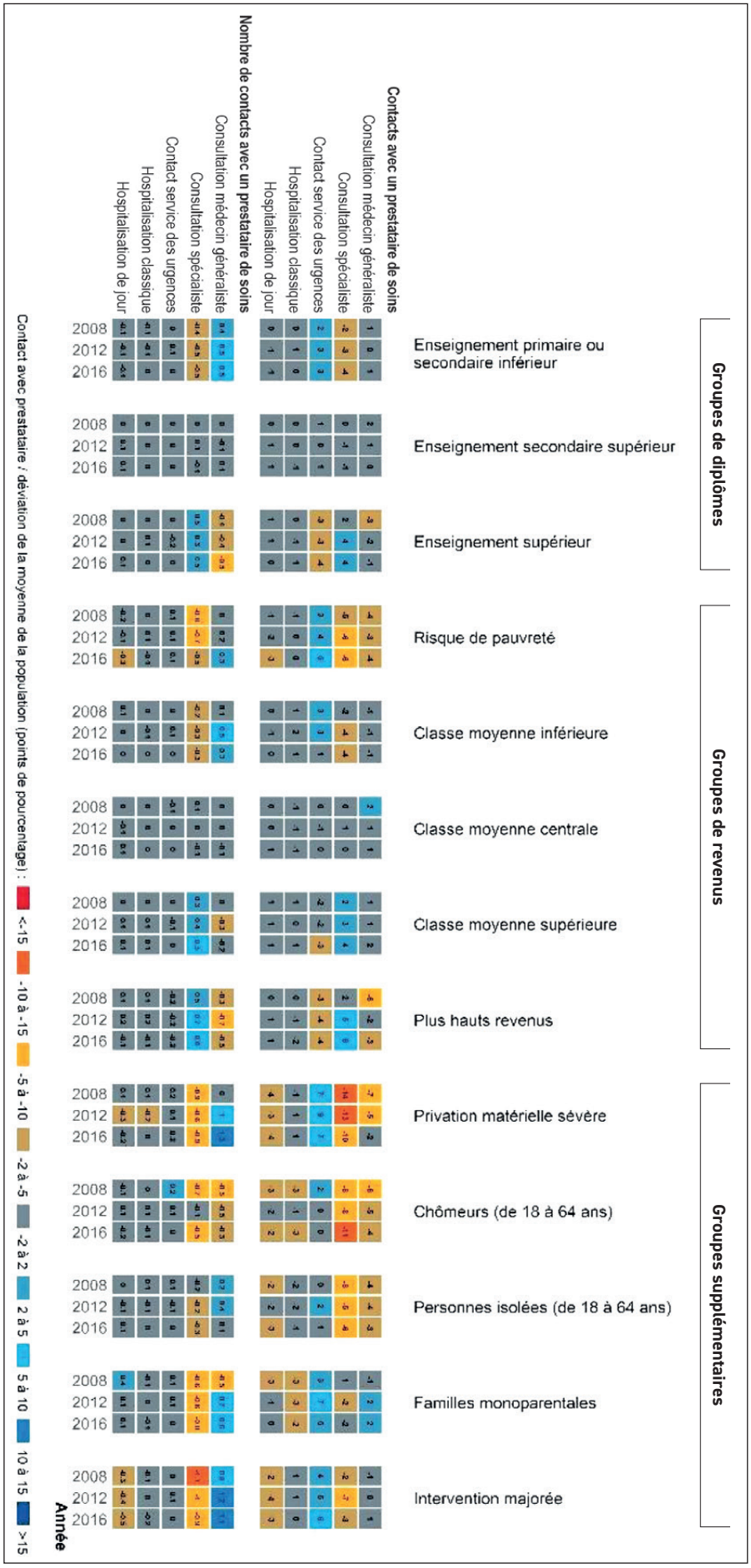
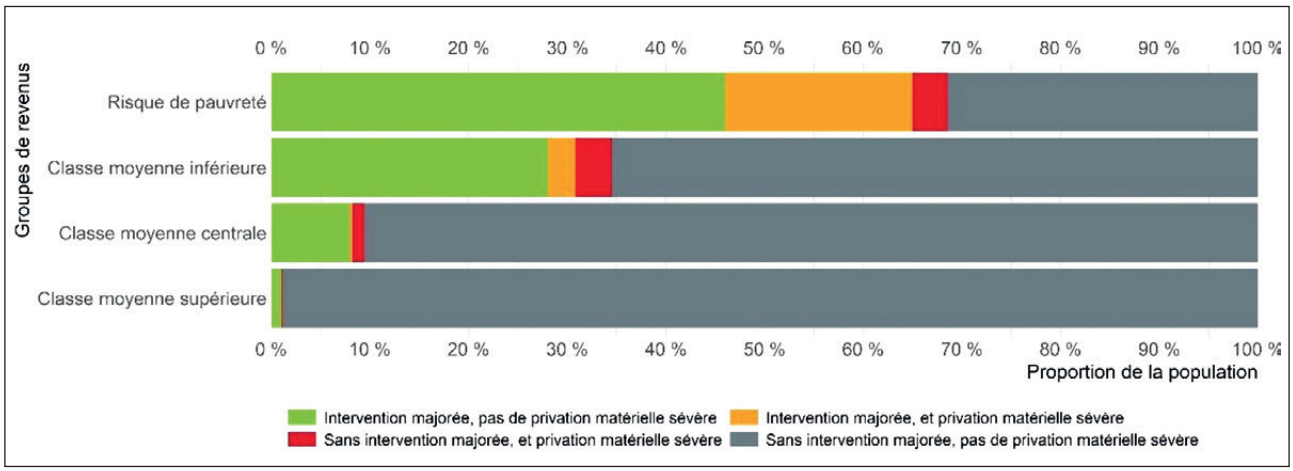


Figure 2. Chevauchements entre groupes de revenus, privation matérielle sévère et BIM (2016).



sévère. En effet, l'intervention majorée n'est pas accordée automatiquement, mais doit être demandée. En revanche, 8% de la classe moyenne centrale ont bénéficié de l'intervention majorée, toujours en 2016.

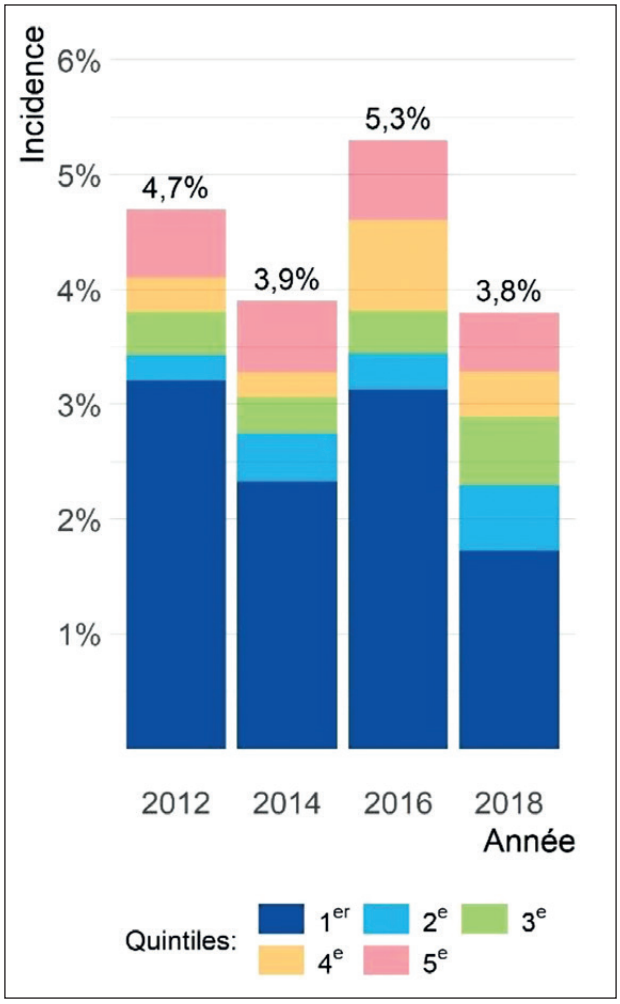
Inéquité dans les contributions personnelles

En Belgique, les **tickets modérateurs** représentaient, en 2018, environ 19% des dépenses totales de santé, ce qui est bien supérieur aux chiffres des pays voisins (9% en France, 10,5% au Luxembourg, 11% aux Pays-Bas, 12,5% en Allemagne et 16,5% au Royaume-Uni). L'assurance maladie obligatoire prévoit toutefois des mesures de protection (intervention majorée, maximum à facturer, etc.) pour éviter les difficultés financières liées aux soins pour les ménages à faibles revenus et les malades chroniques. Mais est-ce suffisant ?

L'Enquête sur le budget des ménages (référence internationale pour le calcul de ces indicateurs) indique que 5,5% des dépenses des ménages belges ont été consacrées aux soins de santé en 2018. La plupart de ces contributions personnelles concernent les médicaments (27%), les soins ambulatoires (25%) et les dispositifs médicaux (lunettes, prothèses, etc. : 14%). Cette distribution est stable dans le temps. Si l'on répartit les ménages en quintiles de consommation, des différences importantes apparaissent. Les familles des deux quintiles les plus bas dépensent relativement plus en médicaments et en soins ambulatoires et moins en dispositifs médicaux, en soins dentaires et en soins hospitaliers que celles des deux quintiles les plus élevés.

L'Enquête sur le budget des ménages indique également que 3,8% des ménages ont été confrontés à des **contributions personnelles dites « catastrophiques »** (c'est-à-dire dépassant 40% de la capacité financière du ménage) en 2018 (voir la figure 3). Ce chiffre est en diminution par rapport à 2016, mais cette diminution est en partie due à un artefact méthodologique (raccourcissement de la période d'enregistrement des dépenses dans l'Enquête sur le budget des ménages). Les contributions personnelles catastrophiques sont concentrées dans les 20% des ménages ayant la consommation la plus faible. La Belgique se situe ici dans la moyenne des pays européens, mais s'en tire moins bien que l'Allemagne ou la France, par exemple.

Figure 3. Évolution de la proportion des ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques.



Quelle protection offre le maximum à facturer ?

Le **maximum à facturer**[b] (MAF) est l'instrument politique par excellence pour éviter les contributions personnelles élevées. Notre analyse montre que les ménages dont les tickets modérateurs représentent une part élevée des revenus reçoivent aussi effectivement des remboursements via ce système. Toutefois, même après intervention du MAF, les tickets modérateurs représentent encore un pourcentage plus important du budget pour les ménages à faibles revenus puisque le plafond est situé à environ 4,5 % pour les ménages à risque de pauvreté / classe moyenne inférieure, 3 à 4 % pour les ménages de la classe moyenne centrale et 2 à 3 % pour les ménages de la classe moyenne supérieure. Les ménages à hauts revenus paient donc relativement moins en tickets modérateurs par rapport à leurs revenus.

Par ailleurs, le MAF n'offre **aucune protection contre les suppléments d'honoraires** ; pire, les suppléments diminuent la protection conférée par le MAF. En effet, si l'on tient compte des suppléments (qui ne sont pas pris en compte dans le MAF), les contributions personnelles représentent une part beaucoup plus importante du revenu ménage. Il est frappant de constater que les suppléments peuvent également représenter une (très) grande part du budget pour les ménages exposés au risque de pauvreté, mais aussi pour les classes moyennes inférieure et centrale. L'impact des suppléments peut être (partiellement) absorbé par une assurance hospitalisation, mais ce n'est pas possible pour tous les ménages.

b. « Le MAF est un système qui limite les dépenses de soins de santé de votre ménage. Si les frais médicaux (les vôtres et ceux de votre ménage) qui restent à votre charge, après l'intervention de l'assurance soins de santé, atteignent un montant maximum au cours de l'année, votre mutualité vous rembourse intégralement les frais qui viendraient encore s'ajouter. » (https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/maximum-a-facturer-maf)

Conclusion : comment améliorer l'équité de notre système de soins ?

Pour rendre l'accès aux soins de santé et leur financement plus équitables, il serait nécessaire d'étendre ou d'ajuster les mesures de protection existantes, mais aussi d'en introduire de nouvelles. Le **tiers payant obligatoire**, en vertu duquel les patient·es ne doivent pas payer le montant total des honoraires mais seulement leur contribution personnelle, est un instrument efficace pour lever l'obstacle financier au recours aux soins, mais il n'est actuellement applicable que pour les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée lors des consultations de médecine générale. Son extension aux soins spécialisés est souhaitable si l'on veut rendre l'accès à ces soins plus équitable également.

Il est préoccupant qu'un nombre important de personnes vivant dans la pauvreté ne bénéficient pas de **l'intervention majorée** parce qu'elles doivent en faire la demande elles-mêmes. Ce droit devrait donc, dans la mesure du possible, être accordé automatiquement.

La sélectivité de la protection via le **maximum à facturer** pourrait être renforcée par l'introduction d'un plafond supplémentaire plus bas pour les tickets modérateurs, afin que les personnes qui ont les revenus les plus faibles soient plus rapidement remboursées intégralement par l'assurance maladie.

Les mesures de protection ci-dessus, et d'autres encore, portent en majorité sur les tickets modérateurs. Ce faisant, elles ne tiennent pas compte des suppléments, qui ont considérablement augmenté au fil du temps et qui représentent une part croissante des contributions personnelles des ménages. Bien que leur impact puisse être (partiellement) absorbé par les assurances hospitalisation, celles-ci ne sont pas accessibles à tous. Il serait donc nécessaire d'améliorer la protection contre ces suppléments. Cela nécessiterait une approche à l'échelle de l'ensemble du système, à commencer par un enregistrement des suppléments ambulatoires en dehors de l'hôpital, ce qui permettrait déjà de quantifier leur impact, et d'ajuster ensuite les mesures de protection.

Bibliographie

1. 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.
2. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. Journal of Health Economics. 2009 ; 28 (1) : 73-90
3. Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels : European Social Observatory ; 2020. Available from : https://www.ose.be/sites/default/files/publications/2020_SC_RB_NIHDI-Report_Synthese_FR_0.pdf
4. Demarest S, Charafeddine R, Drieskens S, Berete F. Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Brussel. Available from : www.gezondheidsenquete.be
5. 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/sites/default/files/2021-11/KCE_309S_Cost_sharing_protection_mechanisms_in_health_Supplement.pdf
6. Culyer AJ. Equity - some theory and its policy implications. Journal of Medical Ethics. 2001 ; 27 (4) : 275-83.
7. World Bank. World Development Report 2006: Equity and Development. Washington, DC : World Bank ; 2005. Available from : http://hdl.handle.net/10986/5988
8. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. Can people afford to pay for health care ? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe ; 2019. Available from : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Le report de soins pour raisons financières est un bon indicateur du manque d'équité de l'accès aux soins.
2. Les populations les plus vulnérables financièrement ont moins recours aux soins spécialisés par rapport à leurs besoins en soins.
3. Les personnes à faible niveau d'éducation et de revenus se rendent plus souvent aux urgences que ce qui pourrait être attendu vu leurs besoins en soins.
4. Les personnes BIM ont un meilleur accès à la médecine générale que les autres groupes vulnérables financièrement.
5. Le MAF n'offre aucune protection contre les suppléments d'honoraires.

La Rédaction