

# **Accessibilité financière et équité du système belge de soins de santé**

## **De l'organisation du système de santé à l'impact d'actions spécifiques : la politique de la Clinique André Renard**

**Fabienne Fecher<sup>1</sup> et Jean-Marc Close<sup>2</sup>**

### ***1. L'accessibilité financière et l'équité du système belge de soins de santé ...***

Dans le système belge de sécurité sociale, l'activité professionnelle ouvre l'accès aux prestations sociales, parmi lesquelles le remboursement des soins de santé. Et pour ceux qui ne participent pas au marché du travail ou en sont exclus, une solidarité des actifs permet néanmoins d'avoir accès à l'assurance obligatoire soins de santé (« droits dérivés »). Ainsi, plus de 99 % de la population bénéficient aujourd'hui de l'assurance soins de santé. En Belgique, les dépenses totales de santé s'élevaient en 2007 à 10,2 % du PIB pour une moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques de 8,9 %<sup>3</sup>. La part des dépenses financée par le système de protection sociale avoisine les 72 %. Les ressources publiques proviennent essentiellement de cotisations de sécurité sociale (70,7 % des moyens financiers de la gestion globale<sup>4</sup> en 2007) auxquelles s'ajoutent des subventions de l'État et un financement alternatif (recettes de la TVA et des accises pour l'essentiel). Les résultats du système de santé belge mesurés par l'espérance de vie à la naissance sont parmi les meilleurs au monde avec une espérance de vie en 2007 de 82,6 ans pour les femmes et 77,1 ans pour les hommes.

Le vieillissement de la population et l'évolution technologique combinés à une liberté d'accès aux prestataires ont contribué à l'augmentation des dépenses de santé au cours des dernières années. Pour y répondre, outre une régulation de l'offre de soins, se traduisant notamment par une responsabilisation accrue des dispensateurs de soins, la part des dépenses laissée à charge des patients (environ 25 % des dépenses totales de santé) augmente progressivement depuis 20 ans. Diverses dispositions visant à améliorer l'accessibilité aux soins des groupes sociaux fragilisés ont été introduites pour compenser sélectivement ces restrictions de la couverture sociale. Citons parmi les régimes préférentiels, les statuts BIM (Bénéficiaires de l'intervention

---

<sup>1</sup> Après un doctorat en Sciences économiques, avec une dissertation intitulée « Productivité, efficacité et progrès technique. Études empiriques », obtenu à l'Université de Liège en 1991, Fabienne Fecher est professeur au sein du Département d'Économie de l'ULg depuis 1996. Elle est directrice scientifique de la section belge du CIRIEC (Centre international de recherches et d'information sur l'économie publique, sociale et coopérative) et éditeur des *Annals of Public and Cooperative Economics*. Ses principaux domaines de recherche sont l'économie de la santé et l'économie sociale.

<sup>2</sup> Économiste de formation, Jean-Marc Close travaille depuis plus de 20 ans dans le secteur des soins de santé. Arrivé au Service d'études de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes le 1<sup>er</sup> avril 1991, il n'a jamais quitté le giron mutualiste tout en étant actif dans les cabinets ministériels socialistes fédéraux et régionaux compétents pour la santé et la sécurité sociale ou encore à l'Institut Émile Vandervelde. Aujourd'hui, il est Directeur des Études stratégiques de la Mutualité Solidaris, Secrétaire-Trésorier de la Clinique André Renard et Expert auprès de la cellule stratégique fédérale du Ministre des Pensions.

<sup>3</sup> *Panorama de la santé 2009. Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), 2009, p. 163.

<sup>4</sup> Depuis 1995, l'ensemble des ressources de la sécurité sociale sont réparties entre ses différentes branches en fonction de leurs besoins de financement pour assumer l'ensemble de leurs prestations, déduction faite des ressources propres dont jouissent certaines d'entre elles.

majorée), OMNIO, le mécanisme du MAF (Maximum à facturer)... mais aussi diverses interventions forfaitaires pour les maladies chroniques<sup>5</sup>.

Par ces différentes caractéristiques liées à son organisation et à son financement, notre système de santé demeure un des systèmes les mieux classés dans les comparaisons internationales tant au niveau de la satisfaction des bénéficiaires que de son efficacité en termes de contrôle des dépenses et de son équité notamment dans la consommation de soins.

Aussi, les citoyens doivent être conscients des menaces qui pèsent aujourd'hui sur ce système : institutionnelles (la défédéralisation de l'assurance soins de santé obligatoire pourrait réduire les ressources disponibles pour les soins de santé dans les trois régions du pays), budgétaires (la norme de croissance de l'objectif budgétaire de l'assurance obligatoire va être réduite fortement, avec quel impact sur l'accessibilité aux soins ?), politiques (la Commission européenne ou le Fonds monétaire international (FMI), par exemple, poussent à une privatisation de la couverture assurancielle des soins de santé) ou systémiques (*numerus clausus*, surconsommation de médicaments, coûts des progrès des sciences et techniques médicales, concurrence entre réseaux de soins institutionnels, vieillissement démographique...). Ces menaces doivent être combattues et chacun a un rôle à jouer dans cette lutte pour le maintien et l'amélioration du système de santé.

### ***... sont confirmées par différents types d'études***

Une façon d'évaluer l'équité de notre système de santé consiste à vérifier si les personnes qui ont les besoins les plus grands en matière de santé ont un accès suffisant aux soins. De nombreuses études ont été réalisées sur ce thème<sup>6</sup>. Elles montrent que les personnes précarisées dont l'état de santé est faible consomment des soins hospitaliers et de médecine générale en fonction de leurs besoins réels et ce, après la prise en compte de leur profil de risque. Par contre, il apparaît que les soins de médecine spécialisée sont consommés de façon inéquitable, cette inéquité jouant en faveur des personnes les mieux nanties et en meilleure santé.

Une autre façon d'aborder l'équité consiste à comparer la distribution des revenus disponibles dans la population avec la distribution des revenus disponibles ajustés, à savoir les revenus disponibles augmentés de la part des dépenses de santé financées par les pouvoirs publics. Le tableau suivant compare ces deux distributions des revenus.

---

<sup>5</sup> *Protection Santé aujourd'hui : structures et tendances dans 13 pays*, Bruxelles, Association internationale de la Mutualité (AIM), 2008, p. 48-50.

<sup>6</sup> Van Doorslaer E., Buytendijk J. et Geurts J., « Income-related inequalities and inequities in health care utilization : Belgium and the Netherlands », *Archives of Public Health*, Bruxelles, Scientific Institute of Public Health, 2001, 59, p. 309-328 ; Van Doorslaer E., Masseria C. et Koolman X., « Inequalities in access to medical care by income in developed countries », *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, Canadian Medical Association, 2006, 174 (2) , p. 177-183 ; Van Ourti T., « Measuring horizontal inequity in Belgian health care using a Gaussian random effects two part count data model », *Health Economics*, Oxford, Wiley, 2004, 13, p. 705-724.

**Tableau 1** : Distribution du revenu disponible en Belgique par quintile (2003)

Quintiles de revenus	Part du revenu disponible (en %)	Part du revenu disponible ajusté par les dépenses publiques de santé (en %)
1 (le plus bas)	8.8	10.3
2	14.2	15.3
3	18.4	18.8
4	23.4	22.8
5 (le plus élevé)	35.2	32.8
<i>Total</i>	100.0	100.0

Source : Verbist G. et Lefebure S., « The distributional impact of health care services in Belgium. Rapport », *Accurate Income Measurement for the Assessment of Public Policies*, Colchester, EUROMOD at the Institute for Social and Economic Research, 2007, p. 19.

Comme le montre ce tableau, la prise en compte des dépenses publiques de santé conduit à une distribution des revenus plus équitable au sein de la population. La part des revenus du quintile le plus bas passe ainsi de 8,8 % à 10,3 % tandis que la part du quintile le plus élevé se réduit de 35,2 % à 32,8 %.

## **2. Des lacunes subsistent cependant dans notre système de santé ...**

Malgré notre niveau élevé de couverture sociale, les nombreuses mesures prises en faveur des assurés les plus précarisés et les résultats encourageants des différentes études précitées, certaines catégories d'assurés rencontrent encore des difficultés financières pour accéder aux soins de santé. Ainsi, près de 4 % de la population belge renoncent à des soins médicaux et environ 10 % reportent cette consommation pour raisons financières<sup>7</sup>. Si les motifs financiers expliquent 75 % des difficultés d'accès, soulignons que d'autres causes interviennent comme le manque de temps en raison d'obligations professionnelles ou familiales, la longueur des délais d'attente, la crainte du diagnostic et du traitement, des obstacles culturels aux relations avec les dispensateurs de soins ou encore les difficultés de transport<sup>8</sup>.

Différentes analyses<sup>9</sup> nous ont permis par ailleurs d'identifier les catégories d'assurés sociaux les plus susceptibles d'être confrontées à ces difficultés financières. Il s'agit le plus souvent de personnes à faibles revenus et/ou disposant d'un faible niveau d'éducation, de familles monoparentales, de personnes d'origine étrangère mais aussi d'individus vivant en zone urbaine.

Le tableau suivant donne à titre indicatif le pourcentage de ménages déclarant reporter ou renoncer à certains soins en fonction du niveau de revenu. Ces résultats proviennent d'une enquête réalisée par l'UNMS en 2000 auprès de 331 ménages et confirment les difficultés d'accès rencontrées par les ménages à faibles revenus.

---

<sup>7</sup> *Enquête de Santé par Interview : Belgique 2004*, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, 2006, Base de données, calculs propres.

<sup>8</sup> *Descriptif des variables de l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2004*, Paris, Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), 2004.

<sup>9</sup> Fecher F., Leys B. et Sluse M., *L'accessibilité aux soins de santé en Province de Liège*, Liège, Centre International de Recherches et d'Information sur l'Économie Publique (CIRIEC), 2009.

**Tableau 2** : Part des ménages reportant/renonçant aux soins de santé par niveau de revenus

Revenus mensuels nets par ménage	Nombre de ménages	Nombre de reports/renoncement	Pourcentage
Moins de 495 EUR	21	12	57.1
De 495 à 744 EUR	120	62	51.7
De 745 à 991 EUR	114	49	43.0
De 992 à 1.239 EUR	52	16	30.8
Plus de 1.239 EUR	24	4	16.7
<i>Total</i>	331	143	43.2

Source : Martin P. et Piette M., *Accessibilité et report de soins. Baromètre social 2000*, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS), 2001, p. 35.

***... auxquelles peuvent répondre des actions spécifiques d'institutions de soins au plan local, comme celles menées par la Clinique André Renard***

Face à cette situation, des actions menées au plan local par les divers acteurs de la santé restent nécessaires. Ainsi, la principale raison d'être de la Clinique André Renard est le développement d'une médecine de qualité accessible à tous.

Pour illustrer les atouts majeurs de la Clinique en faveur de l'accessibilité aux soins, nous citerons les éléments suivants :

1. Avantage du remboursement du ticket modérateur pour les affiliés de la Mutualité Solidaris et recours chaque fois qu'il est légalement autorisé au tiers payant (le patient ne paye que le ticket modérateur à sa charge, le reste étant payé directement par la mutualité).
2. Que ce soit en chambre double ou commune ou bien encore en polycliniques, tous les médecins respectent les tarifs de remboursement de l'INAMI pour les soins remboursables. En chambre particulière, les suppléments autorisés aux médecins sont parmi les plus bas de Belgique.
3. Mise à disposition des patients du lecteur « AssurCard » au guichet qui permet rapidité de traitement des données et réponse directe avec les organismes d'assurance hospitalisation, dont Hospimut de la Mutualité Solidaris.
4. Rôle de « pionnière » en matière d'éducation à la santé des patients. Quelques exemples : la convention diabétique, la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité morbide, le centre de réadaptation fonctionnelle, le rôle important du service social ou encore la médiation interculturelle pour la communauté turque.
5. Bonne information de la population par différents moyens : site Internet, brochures, magazines, journées à thème (obésité, risque cardiovasculaire, prévention des chutes par exemple), *Solidaris day*...
6. Accueil de qualité aux patients et à leur famille. Cette qualité de l'accueil est présente auprès de toutes les catégories de personnel et pour tous les services. La Clinique André Renard est à l'écoute de ses patients, des entrevues et questionnaires de

satisfaction existent. Cela facilite l'accès aux soins en contribuant à supprimer les barrières sociales et culturelles qui freinent le recours au système de soins de santé.

7. Réseau des partenaires de la Mutualité Solidaris : agence de la Mutualité Solidaris à proximité, antenne CSD (soins et prêt de matériel, soins et aides à domicile post-hospitalisation), magasin Optique Point de Mire, réseaux de pharmacie La Sauvegarde et Pharma Santé.