

## Aspects redistributifs du secteur de la santé en Belgique

Par le Professeur Fabienne Fecher, ULg et Ciriec



L'objet de cette note, issue d'un programme de recherche large analysant quatre services publics et sociaux<sup>1</sup>, est d'évaluer les effets redistributifs du secteur de la santé. Pour ce faire, l'analyse débute par une brève description du secteur dans laquelle nous mettons en évidence les principaux mécanismes susceptibles de réduire les inégalités de revenus. Nous présentons ensuite quelques résultats d'une étude de référence. Enfin, nous livrons une analyse originale sur base de données récentes relatives à la consommation de soins de santé par niveaux de revenus.

### 1. Le système de santé belge

Le système de santé belge est caractérisé par la combinaison d'une offre de soins de santé largement privée et d'un mécanisme de financement essentiellement public. Le financement repose sur un principe d'assurance professionnelle à la Bismarck dans lequel la majorité des ressources financières proviennent de cotisations sociales calculées sur les salaires et versées par les employeurs et employés<sup>2</sup>. En 2010, les dépenses totales de santé représentaient 10.5% du PIB en Belgique et 75.6% de ces dépenses faisaient l'objet d'un financement public.

Le secteur de la santé belge est caractérisé par une volonté de solidarité entre les membres de l'assurance soins de santé et un objectif d'accessibilité financière. Cette volonté de solidarité se traduit à travers le mécanisme de contributions des participants, proportionnelles aux revenus de ceux-ci et non fonction de leur risque de santé, alors que l'accessibilité est garantie notamment par diverses politiques de remboursements préférentiels.

Dans ce système, les patients ne s'acquittent pas de la totalité du coût d'une prestation médicale. En règle générale, le patient paie la totalité de la prestation qu'il reçoit et se fait rembourser par la suite par son organisme assureur une fraction de ce montant. La partie restant à charge du patient s'appelle le ticket modérateur. Il existe toutefois une exception à ce principe dans le régime du « tiers payant », principalement appliqué pour les hospitalisations et les médicaments délivrés en pharmacie<sup>3</sup>.

Nous listons ci-dessous quelques-unes des nombreuses mesures permettant d'assurer une large accessibilité financière aux soins à la population belge.

- Les interventions majorées en faveur de certaines catégories d'assurés : *statut BIM*<sup>4</sup>, *statut OMNIO*<sup>5</sup>, *Maximum à Facturer (MàF)*<sup>6</sup>
- Le Dossier Médical Global<sup>7</sup>
- Les remboursements spécifiques (mobilité réduite, maladie chronique,...)<sup>8</sup>
- Le Fonds Spécial de Solidarité (FSS)<sup>9</sup>
- La carte santé/médicale (via le CPAS).

...

Ces mesures qui permettent d'alléger la part du coût à charge du patient répondent à une logique redistributive. En effet, les régimes BIM, OMNIO ainsi que la carte santé limitent leurs bénéficiaires aux titulaires de revenus précaires. Les remboursements spécifiques pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou à mobilité réduite semblent principalement se concentrer dans les quartiles inférieurs de la distribution des revenus. Le M&F bénéficie quant à lui à ceux qui ont recours le plus souvent au corps médical, que nous situons, sur base de la littérature, principalement dans les groupes à faibles revenus. Enfin, les remboursements pour maladies rares sont supposés être répartis uniformément dans la population. Toutefois, les effets redistributifs apparaissant dès lors que la dépense publique est progressive<sup>10</sup>, ces remboursements génèrent également ce type d'effets.

## 2. Une étude de référence

Une étude<sup>11</sup> très aboutie de l'effet redistributif des dépenses publiques de santé est présentée succinctement ci-après. Elle est réalisée à partir de données individuelles (base de données EU-SILC relative à l'année 2004<sup>12</sup> et base de données sur les dépenses sociales de l'OCDE). Afin d'estimer les effets redistributifs des transferts publics et sociaux effectués par les pouvoirs publics en matière de santé, la valeur monétaire des services de santé reçus est ajoutée au revenu des ménages. Cette somme permet de calculer un revenu disponible ajusté. Une nouvelle mesure des inégalités de revenus est alors réalisée en se basant sur ce concept élargi de revenu. Ces concepts sont définis de façon détaillée dans l'article *D'autres Repères* consacré aux aspects méthodologiques de cette note.

**Tableau 1 :**

Part des revenus par quintile et augmentation du revenu suite à l'inclusion des dépenses publiques de santé totales<sup>13</sup> en Belgique pour l'ensemble de la population et par classes d'âge

Quintile	Part du revenu total (en %)		Augmentation du revenu disponible (en %)			
	Yd	Yd + soins de santé	0-14	15-64	65+	Total
1	8,8	10,3	5,0	17,6	16,9	39,5
2	14,2	15,3	2,6	10,8	13,0	26,5
3	18,4	18,8	2,2	9,6	6,1	17,9
4	23,4	22,8	1,8	8,1	2,7	12,6
5	35,2	32,8	1,0	5,7	1,5	8,2
Total	100,0	100,0	2,0	8,8	5,6	16,4

Source : Verbist et Lefebure (2007)

**Le système de santé belge est caractérisé par la combinaison d'une offre de soins de santé largement privée et d'un mécanisme de financement essentiellement public.**

On observe dans le tableau 1 que la part des revenus perçue par chaque quintile varie en faveur des trois premiers quintiles de la distribution suite à la prise en compte des dépenses publiques de santé. Ainsi, le premier quintile voit sa part de revenus augmenter de 8,8% à 10,3% après inclusion dans le revenu des ménages des services de santé reçus, alors que les deux derniers quintiles perçoivent un pourcentage moindre, le dernier quintile passant de 35,2% à 32,8% des revenus totaux.

Si on considère la partie droite du tableau, présentant l'augmentation de revenu disponible dont bénéficient les ménages suite à la prise en considération des dépenses publiques de santé, on observe que celle-ci tend à décroître lorsque le revenu augmente. Le quintile inférieur profite ainsi d'une augmentation de revenu de 39,5% alors que l'augmentation de revenu disponible dans le quintile supérieur n'est que de 8,2%. En analysant l'augmentation du revenu des différents quintiles par classe d'âge, on observe que ce sont les individus âgés de 15-64 ans qui bénéficient de l'augmentation de revenu la plus importante et ceux âgés de 0-14 ans qui perçoivent l'augmentation la plus faible.

Une autre façon d'évaluer le caractère redistributif de ces transferts en nature est de comparer les indices de Gini calculés sur base du revenu disponible uniquement et à partir du revenu disponible ajusté des ménages. Une réduction de ceux-ci correspond à une diminution des inégalités de revenus et donc à la présence d'effets redistributifs. Ces indices sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 2 :**

Les indices d'inégalité de Gini

	Valeur des indices calculés sur base du revenu disponible (Yd) et du revenu disponible ajusté par les transferts en nature de santé				
	Yd	Yd + santé	0-14	15-64	65+
Indice de Gini	0,2655	0,2254	0,2602	0,2504	0,2494

Source : Verbist et Lefebure (2007)

On observe une réduction de l'indice de Gini<sup>14</sup>. Celui-ci passe de 0,2655 à 0,2254, soit une diminution de 15,1%, confirmant la réduction des inégalités obtenue par la prise en compte des dépenses de santé. En outre, l'analyse par classe d'âge révèle que la réduction de l'indice est d'autant plus forte que la cohorte considérée est âgée.

### 3. Des analyses indirectes du caractère redistributif des dépenses de santé

L'analyse que nous proposons tente de confirmer le caractère redistributif des dépenses de santé en examinant la structure de consommation des soins en fonction des revenus et en identifiant les BIM dans cette distribution, et ce à partir de données récentes, celles de 2008.

S'il s'avère que les patients consommant le plus de soins appartiennent aux classes de revenus les plus faibles et que ces individus sont par ailleurs des BIM, on pourra montrer le caractère redistributif du système de santé belge.

#### Tableau 3 :

Nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste

Niveaux de revenus	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles-Capitale
< 750€	5,1	5,3	5,5	4,3
750 - 1000€	5,7	6,1	5,5	3,7
1000 - 1500€	4,8	4,6	5,1	4,5
1500 - 2500€	3,5	3,7	3,3	3,3
> 2500€	3	2,8	3,5	2,7
Total	4,5	4,6	4,7	3,9

Source : Enquête de santé par interviews (2008)

L'analyse de la consommation de médecine générale par niveau de revenu est présentée au tableau 3. Elle montre que le nombre moyen de contacts diminue lorsque le revenu augmente. Nous avons également souligné qu'au-delà de cette consommation supérieure, les personnes à faibles revenus perçoivent un montant de remboursement supérieur en raison des statuts particuliers évoqués à la section 1. Ces deux paramètres indiquent une supériorité des dépenses de médecine générale consacrées aux patients moins favorisés, et donc in fine un effet redistributif de ces dépenses.

#### Tableau 4 :

Nombre moyen de contacts avec un médecin spécialiste

Niveaux de revenus	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles-Capitale
< 750€	1,8	1,2	2,1	2,5
750 - 1000€	2,2	1,9	2,5	3,1
1000 - 1500€	2,1	2,1	1,8	3,5
1500 - 2500€	2,2	2	2,4	2,9
> 2500€	2,1	1,5	2,1	4,4
Total	2,1	1,9	2,2	3,1

Source : Enquête de santé par interviews (2008)

Comme le montre le tableau 4, le recours à la médecine spécialisée est quant à lui apparu plus uniforme entre les catégories de revenus. Ainsi, évaluées exclusivement sur base de la consommation de chacun des groupes d'individus classés selon les revenus, les dépenses publiques doivent a priori être similaires d'un groupe à l'autre. Cependant, nous appuyant sur le fait que les moins privilégiés bénéficient d'une intervention publique supérieure en raison de leur statut préférentiel, des effets redistributifs devraient également être générés par le secteur de la médecine spécialisée.

#### Tableau 5 :

Nombre moyen de contacts avec un dentiste

Niveaux de revenu	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles-Capitale
< 750€	0,9	0,6	1,0	1,3
750 - 1000€	1,2	1,1	1,2	1,8
1000 - 1500€	1,3	1,3	1,4	1,6
1500 - 2500€	1,5	1,6	1,4	1,6
> 2500€	2,0	1,9	1,6	3,7
Total	1,4	1,3	1,3	1,7

Source : Enquête de santé par interviews (2008)

\*\*\*

En ce qui concerne la consommation de médecine dentaire, on observe au tableau 5 que celle-ci tend à croître avec le revenu. Sur base de ces données, les bénéficiaires principaux des dépenses publiques sont donc les individus situés dans les couches supérieures de la population.

Deux éléments en faveur de la présence d'effets redistributifs ont toutefois été mis en évidence. A nouveau, la prise en compte des remboursements préférentiels pourraient contrebalancer l'importance des dépenses publiques en faveur des mieux nantis. Ensuite, nous avons montré que la redistributivité d'une politique reposait sur la progressivité de la dépense publique y relative. Ainsi, si malgré les interventions majorées en faveur des personnes précarisées, le montant de dépenses destinées aux mieux nantis était supérieur à celui dont bénéficient les patients les plus pauvres, des effets redistributifs pourraient encore apparaître. On ne peut donc conclure à l'absence d'effet redistributif dans le secteur de la médecine dentaire.

**Tableau 6 :**

Nombre moyen de jours d'hospitalisation

Niveaux de revenu	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles-Capitale
< 750€	10,4	9,4	11,8	10,1
750 - 1000€	12,2	13,7	10,3	10,1
1000 - 1500€	12,6	16,4	6,7	8,5
1500 - 2500€	10,3	10,6	10,1	8,5
> 2500€	10,6	9,5	11	14,6
Total	11,5	13	9,2	9,6

Source : *Enquête de santé par interviews (2008)*

La fréquence des séjours hospitaliers des patients appartenant aux différentes catégories de revenus a été également étudiée. On note au tableau 6 que la Wallonie est caractérisée par une durée d'hospitalisation annuelle moyenne supérieure pour les moins nantis alors que les individus aux revenus « intermédiaires » sont ceux étant le moins longuement hospitalisés. D'un point de vue redistributif, nous nous trouvons donc dans une situation proche de celle rencontrée en médecine générale. La consommation supérieure des plus pauvres couplée à des remboursements souvent préférentiels confirme l'existence d'effets redistributifs dans le secteur hospitalier.

## 4. Conclusion

En guise de conclusion, rappelons les divers éléments étudiés dans cette note et permettant de confirmer le caractère redistributif des dépenses publiques de santé. Les régimes d'interventions majorées constituent un facteur déterminant favorable aux effets redistributifs puisque destinés aux personnes socialement défavorisées. L'étude de Verbist et Lefebure a montré l'amélioration de la distribution du revenu lorsque l'on considère le revenu ajusté par les transferts de santé en nature ainsi que la réduction de la valeur de l'indice de Gini. Enfin, l'analyse de la structure de la consommation des patients selon les revenus a permis de confirmer le caractère redistributif de la médecine ambulatoire et des soins hospitaliers et, dans une moindre mesure, des soins dentaires et de la médecine spécialisée.



---

<sup>1</sup> Lacheron M., F. Fecher et al., Aspects redistributifs des services publics en Wallonie, CIRIEC, 2012.

<sup>2</sup> Par opposition aux systèmes libéraux, à l'américaine notamment.

<sup>3</sup> Sous certaines conditions, ce régime peut également être appliqué dans le cadre d'une relation avec un médecin généraliste.

<sup>4</sup> Pour plus d'informations, voir : [http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/SANTH\\_4\\_4.htm](http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/SANTH_4_4.htm)

<sup>5</sup> Pour plus d'informations, voir : <http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/general/omnio/faq.htm>

<sup>6</sup> Voir le site internet suivant : <http://www.partenamut.be/web/guest/maf>

<sup>7</sup> Voir le site internet suivant : [http://www.belgium.be/fr/sante/coût\\_des\\_soins/dossier\\_medical\\_global/](http://www.belgium.be/fr/sante/coût_des_soins/dossier_medical_global/)

<sup>8</sup> Voir le site internet suivant : [http://www.belgium.be/fr/sante/coût\\_des\\_soins/remboursements\\_specifiques/](http://www.belgium.be/fr/sante/coût_des_soins/remboursements_specifiques/)

<sup>9</sup> Voir le site internet suivant : <http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/solidarity/index.htm>

<sup>10</sup> Pour voir apparaître des effets redistributifs, le montant absolu de dépenses publiques dont bénéficient les ménages pauvres ne doit pas excéder celui perçu par les mieux nantis mais simplement représenter une part du revenu des familles pauvres supérieure à la part qu'occupent ces dépenses dans le revenu des mieux nantis.

<sup>11</sup> Verbist, G. et S. Lefebure, The Distributional Impact of Health Care Services in Belgium, Accurate Income Measurement for the Assessment of Public Policies, Octobre 2007.

<sup>12</sup> Les résultats de l'enquête ayant été publiés en 2004, les données se réfèrent à l'année 2003.

<sup>13</sup> Incluant les remboursements pour les visites chez les médecins généralistes, spécialistes, les médicaments mais également les interventions pour les séjours en hôpital,...

<sup>14</sup> Lorsque l'indice de Gini vaut 0, on est dans une situation d'égalité parfaite car chaque individu détient le même revenu. Au contraire, lorsque ce dernier vaut 1, on se trouve dans une situation extrêmement inégalitaire, un individu détenant l'entièreté des revenus.