

Septembre 2021

# European Social Observatory deliverable

## Suppression des inégalités dans l'accessibilité financière aux soins de santé

Analyse d'une enquête réalisée auprès  
des experts et des parties prenantes



*Rapport de synthèse*

Rita Baeten

[www.ose.be](http://www.ose.be)

rue Paul Emile Janson 13 / 1050 Bruxelles / tél.: 32 (0)2 537 19 71 / fax: 32 (0)2 539 28 08 / e-mail: info@ose.be

**Suppression des inégalités dans l'accessibilité financière aux soins de santé**  
**Analyse d'une enquête réalisée auprès des experts et des parties prenantes**  
***Rapport de synthèse***

**Rita Baeten**

Observatoire social européen (OSE)

Le présent document est une synthèse du rapport : Baeten, R. (2021) Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden, Bruxelles: Observatoire social européen, 176p.

Étude menée pour le compte de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité



ISSN 1994-2893

## Sommaire

1. Introduction.....	4
2. Portée .....	4
3. Questions de recherche .....	5
4. Méthode.....	5
5. Contenu et structure du questionnaire.....	7
6. Profil des participants .....	8
7. Résultats .....	10
7.1 Réponses aux questions fermées.....	10
7.2 Réponses aux questions ouvertes.....	13
8. Conclusion .....	16
Annexe 1 : Figures.....	19
Annexe 2 : Les propositions stratégiques qui ont été testées dans l'enquête.....	25
Remerciements.....	28

## 1. Introduction

La Belgique affiche des résultats relativement bons en ce qui concerne l'accès aux soins de santé pour l'ensemble de la population belge. Toutefois, un sérieux problème se pose en ce qui concerne l'accès aux soins de santé pour les groupes de personnes à faibles revenus.

Le livre vert sur l'accès aux soins en Belgique rédigé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et par Médecins du Monde en 2014 avait identifié une série de groupes de population particulièrement vulnérables pour lesquels l'accès aux soins de santé était souvent problématique (INAMI, 2014). Il s'agit entre autres des migrants, des demandeurs d'asile, des détenus, des travailleurs du sexe, des toxicomanes et des personnes sans domicile fixe.

Des rapports internationaux et nationaux montrent que non seulement il existe des obstacles importants d'accès aux soins de santé pour ces groupes spécifiques de personnes, mais qu'un problème plus profond se pose quant à l'accès financier aux soins de santé pour des groupes socioéconomiques vulnérables et qu'en la matière, la Belgique est peu performante en comparaison d'autres pays de l'Union européenne (UE) (Commission européenne, 2020; OCDE et EOHSP, 2019; Commission européenne et OCDE, 2018; Devos *et al.*, 2019; Bouckaert *et al.*, 2020; Demarest *et al.*, 2019).

Au vu de ces constats, l'INAMI a chargé l'Observatoire social européen (OSE) de préparer un plan d'action visant à améliorer l'accès financier aux soins de santé. L'OSE a été chargé :

- de réaliser une analyse des inégalités dans l'accès financier aux soins de santé en Belgique (Cès et Baeten 2020) ;
- d'organiser une enquête en ligne auprès d'experts et de parties prenantes à propos de propositions visant à améliorer l'accès financier aux soins de santé ;
- de réaliser une analyse des résultats de cette enquête.

## 2. Portée

L'enquête se concentre sur des thèmes portant sur l'accès financier aux soins de santé. Les recommandations relatives à d'autres dimensions de l'accès aux soins de santé — telles que la disponibilité des services (comme la disponibilité de prestataires conventionnés et la distance pour accéder à des soins), les informations sur le système de soins de santé, la langue et la littératie numérique — ne sont abordées que dans la mesure où elles ont un impact direct ou indirect sur l'accès financier aux soins de santé.

Les initiatives dans d'autres domaines stratégiques que les soins de santé — qui peuvent avoir une incidence importante sur l'accès à ces soins, par exemple au niveau de la protection des revenus et du montant des prestations — ne sont pas reprises dans l'enquête.

Les propositions portent sur des initiatives politiques qui peuvent être prises à relativement court terme par l'autorité fédérale.

### 3. Questions de recherche

L'enquête vise à fournir des informations sur :

- la position des experts et des parties prenantes à l'égard des propositions de réforme visant à remédier aux inégalités en matière d'accès financier aux soins de santé ;
- les effets secondaires indésirables potentiels des réformes et les obstacles pratiques à leur mise en œuvre ;
- les conditions connexes pour mener une réforme à bien et l'opportunité de mesures d'accompagnement ;
- les propositions additionnelles des experts et des parties prenantes.

### 4. Méthode

Un Comité de pilotage composé de services publics fédéraux compétents, d'associations de patients, de mutualités et de dispensateurs de soins aux personnes en situation socio-économique précaire a guidé et soutenu le processus d'enquête auprès d'experts et de parties prenantes sur la manière d'éliminer les inégalités en matière d'accès financier aux soins de santé <sup>(1)</sup>.

Pour la sélection des thèmes et des propositions soumis aux parties prenantes et aux experts, l'OSE a d'abord dressé un large inventaire des propositions politiques possibles pour améliorer l'accès financier aux soins de santé. Cet inventaire était basé sur des propositions existantes, formulées dans des rapports de recherche et par des groupes d'intérêts. Après discussion de celles-ci au sein du Comité de pilotage, l'OSE a proposé les thèmes et les propositions concrètes à inclure dans l'enquête. Cette proposition a été discutée au sein du Comité de pilotage et entérinée. Les

---

1. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ; SPF Sécurité Sociale ; SPP Intégration sociale ; Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; Sciensano ; Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI/HZIV) ; Union nationale des mutualités socialistes (UNMS) ; Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC) ; Union nationale des mutualités libérales (UNML) ; Ligue des usagers des services de santé (LUSS) ; Kom op tegen Kanker ; Vlaams Patiëntenplatform (VPP) ; Médecins du Monde (DvdW/MdM) ; Cellule stratégique du ministre Frank Vandenbroucke et Institut national d'assurance maladie-invalidité (RIZIV/INAMI).

priorités ont été définies conformément à l'accord de gouvernement et à l'exposé d'orientation politique du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Frank Vandebroucke.

Un total de 557 personnes ont été invitées à participer à cette enquête : 337 personnes via l'INAMI et 220 via l'OSE <sup>(2)</sup>. L'INAMI a invité les membres du Conseil général (136 personnes) et du Comité de l'assurance soins de santé (Comité de l'assurance) (201 personnes) à y prendre part. L'OSE a rédigé un projet de liste comprenant des répondants potentiels, qui a ensuite été complétée par des suggestions des membres du Comité de pilotage. Cette liste comprenait :

- Des personnes de référence d'organisations (faitières) actives dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et l'accès aux soins de santé;
- Des personnes de référence issues d'organisations de patients et de consommateurs ;
- Des personnes du secteur public (services publics et institutions compétentes pour les matières concernées par l'enquête) ;
- Les membres des Task Forces et du Comité scientifique du processus « Trajectoire budgétaire 2022-2024 » lancé par l'INAMI ;
- Les membres du Comité de pilotage du Plan d'action ;
- Des chercheurs possédant l'expertise dans les matières pertinentes.

En élaborant cette liste, nous nous sommes efforcés, d'une part, d'inclure le point de vue d'un large éventail de groupes de parties prenantes et, d'autre part, d'atteindre autant de personnes que possible possédant une expertise dans les différents domaines de l'enquête. Cependant, il n'était pas dans l'intention – ni possible – de viser la représentativité.

L'enquête en ligne s'est déroulée du 20 avril au 3 mai 2021. Les personnes ont été invitées à participer par mail et ont reçu un rappel cinq jours avant la clôture de l'enquête. Il a été précisé que l'invitation leur a été adressée personnellement, mais que si elles le souhaitaient, elles pouvaient faire compléter l'enquête par une autre personne de leur organisation. Il a toutefois été souligné que pour chaque invitation, une seule personne pouvait participer. L'enquête était anonyme, mais les participants qui le souhaitaient pouvaient toutefois indiquer leur nom afin qu'il figure dans le colophon du rapport (voir mot de remerciement).

---

2. Il est possible que certaines personnes aient reçu l'invitation à deux reprises (via l'INAMI et via l'OSE) et que le nombre total de personnes invitées soit dès lors légèrement inférieur à 557.

## 5. Contenu et structure du questionnaire

L'enquête a commencé par quelques questions portant sur l'environnement professionnel et l'expérience pertinents des répondants. Nous avons ensuite sollicité leur avis à propos des propositions stratégiques visant à améliorer l'accès aux soins de santé, divisées en dix thèmes :

1. Réformer le régime du tiers payant obligatoire ;
2. Réformer le régime de l'intervention majorée (IM) ;
3. Protéger les familles contre le coût des soins de santé pour les enfants ;
4. Réformer le maximum à facturer (MàF) ;
5. Limiter les suppléments d'honoraires ;
6. Créer plus de transparence pour les patients concernant les contributions personnelles ;
7. Réduire les contributions personnelles relatives aux soins spécifiques :
  - a) Soins ambulatoires
  - b) Médicaments administrés en soins ambulatoires
  - c) Dispositifs médicaux
  - d) Hospitalisation
  - e) Frais de transport
8. Réformer l'intervention des CPAS dans les contributions personnelles incombant aux patients assurés sociaux ;
9. Couvrir effectivement l'intégralité de la population en matière de soins de santé ;
10. Améliorer le droit aux soins médicaux pour les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier.

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer, pour chaque thème, s'ils disposaient de connaissances ou d'une expérience suffisantes pour répondre aux questions. Dans la négative, ils ont été invités à ne pas répondre aux questions portant sur ce thème et à passer au thème suivant. Dans l'affirmative, ils ont dû répondre à toutes les questions fermées portant sur le thème. Les réponses aux questions ouvertes étaient facultatives.

Nous avons formulé un total de 43 propositions stratégiques portant sur ces 10 thèmes (voir annexe 2). Parmi ces propositions, huit sont des variantes de trois propositions de base <sup>(3)</sup>.

Pour chaque proposition, nous avons posé deux questions fermées :

- 1) Nous avons demandé aux répondants d'indiquer sur une échelle de Likert en 5 points *dans quelle mesure ils pensent que la proposition est efficace* pour améliorer l'accès financier aux soins de santé, où 1 signifie très peu efficace et 5 signifie extrêmement efficace.
- 2) À la fin de l'enquête, nous avons présenté aux répondants une liste de toutes les propositions auxquelles ils avaient attribué une note de 4 ou 5 sur l'échelle de Likert et leur avons demandé de sélectionner cinq de ces propositions qui, selon eux, seraient *les plus efficaces* pour améliorer l'accès financier aux soins de santé.

Pour chaque thème (et, au thème 7, pour chaque thème secondaire), nous avons par ailleurs posé trois questions ouvertes portant sur :

- 1) Des propositions complémentaires dans le domaine stratégique qui pourraient être efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé ;
- 2) Des effets (secondaires) indésirables des (de certaines) réformes proposées ;
- 3) Des mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser les réformes.

À la fin de l'enquête, les répondants ont encore eu la possibilité de formuler des propositions supplémentaires pour améliorer l'accès financier aux soins de santé.

## **6. Profil des participants**

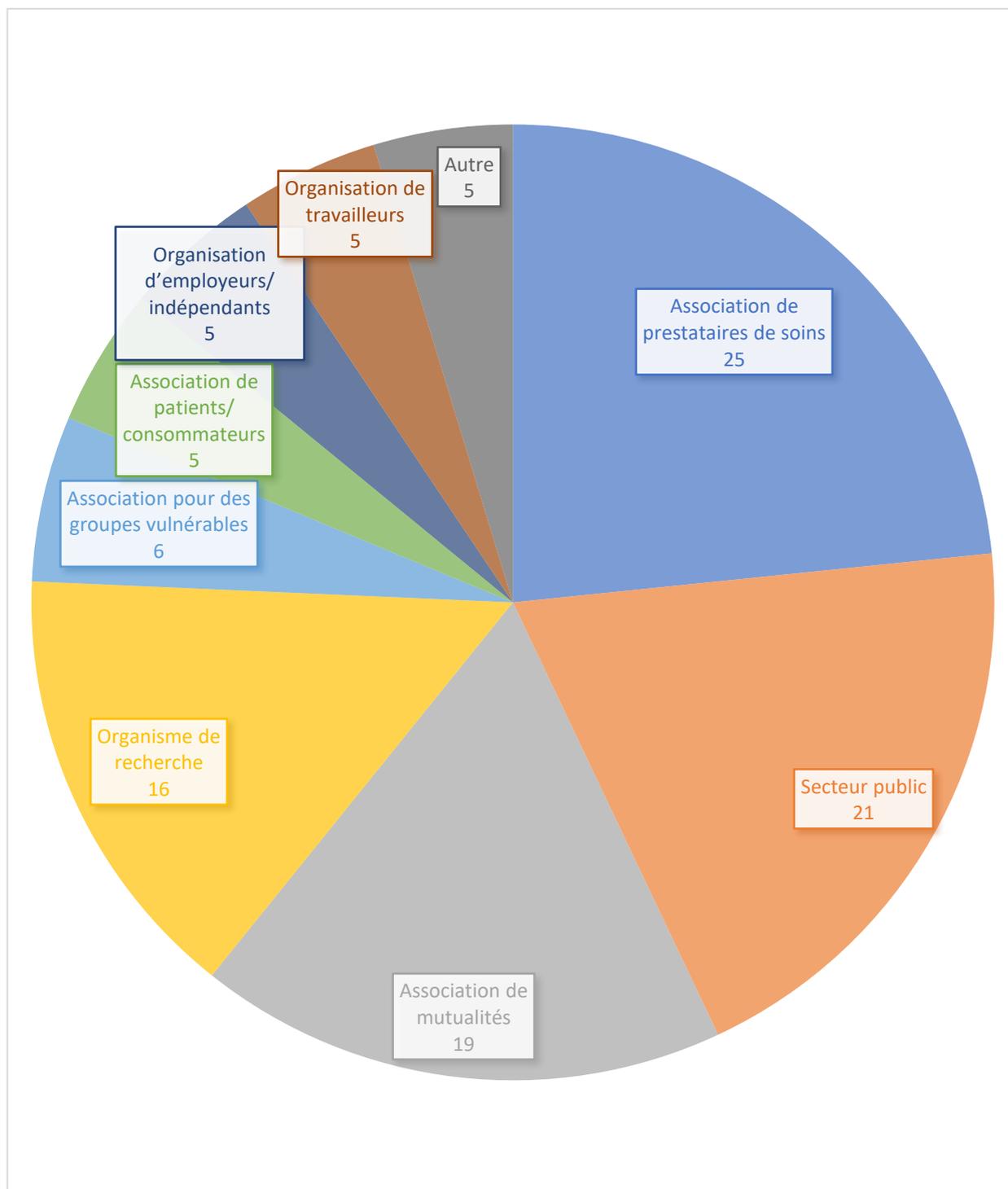
107 personnes ont pris part à l'enquête. 72 répondants ont complété le formulaire en néerlandais et 35 en français.

Parmi elles, 25 ont déclaré être actives dans une association de dispensateurs de soins ; 21 le sont dans le secteur public ; 18 le sont dans une association de mutualités et 16 le sont dans une institution de recherche. Des groupes relativement plus petits de cinq ou six personnes sont actives dans une organisation qui défend les intérêts des groupes vulnérables, dans une organisation de patients ou de consommateurs, dans une organisation représentative d'employeurs ou de

- 
3. Les trois propositions de base sont notamment : appliquer le régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires (propositions 1, 2, 3 et 4) ; exonérer totalement tous les mineurs des tickets modérateurs pour l'ensemble des soins remboursables (propositions 7 et 8) et réduire les contributions personnelles pour les implants et les prothèses externes, pour tous les patients hospitalisés (propositions 29 et 30).

travailleurs indépendants, dans une organisation représentative de travailleurs salariés et dans d'autres organisations (voir Figure 1). Les répondants ne pouvaient indiquer qu'une seule catégorie pour l'organisation au sein de laquelle ils sont actifs.

**Figure 1 : Nombre de répondants par type d'organisation**



47 répondants ont indiqué avoir des connaissances et/ou une expérience pertinentes en matière de pauvreté et d'exclusion sociale ou de groupes socialement vulnérables spécifiques.

Il a été répondu aux questions portant sur les sept premiers thèmes par une grande partie des répondants. Entre 98 et 105 des 107 participants ont répondu aux questions portant sur chacun de ces thèmes. Il a été répondu aux questions portant sur le thème 8 (réformer l'intervention des CPAS dans les contributions personnelles incombant aux patients assurés sociaux), le thème 9 (couvrir effectivement l'entièreté de la population en matière de soins de santé) et le thème 10 (améliorer le droit aux soins médicaux pour les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier) par un nombre bien moins élevé de répondants : respectivement par 77, 89 et 80 des 107 répondants.

## **7. Résultats**

### **7.1 Réponses aux questions fermées**

Les questions fermées indiquent dans quelle mesure il y a un soutien aux réformes proposées par les parties prenantes et les experts, et quelles mesures sont jugées comme les plus efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé.

Pour évaluer l'ampleur de ce soutien aux réformes proposées, nous avons calculé pour chaque proposition le pourcentage de répondants qui la jugent « très efficace ». Les pourcentages sont calculés sur le nombre de répondants qui ont répondu aux questions portant sur le thème en question. Pour les propositions pour lesquelles plusieurs variantes avaient été formulées, nous avons également calculé le nombre de répondants qui jugent au moins une variante « très efficace ». Pour le score « très efficace », nous avons combiné les scores 4 et 5 sur l'échelle de Likert à 5 points.

Les propositions sont jugées très efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé par 40 à 90% des répondants. Pour les variantes confondues d'une proposition, les scores varient entre 79% et 91%. La plupart des propositions sont jugées très efficaces par une majorité de répondants. Seules cinq propositions ont été jugées très efficaces par moins de la moitié des répondants (voir Figure 2 en annexe 1).

Parmi toutes les propositions qu'ils ont jugées très efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé, les répondants en ont choisi cinq qui, selon eux, sont les plus efficaces. Nous avons calculé pour chaque proposition et pour chacune des trois propositions combinées avec des variantes différentes le pourcentage de répondants qui ont choisi la proposition comme l'une des cinq mesures les plus efficaces (voir Figure 3 en annexe 1). Ces pourcentages sont également calculés sur le nombre de répondants qui ont répondu aux questions portant sur le thème en question.

Cinq propositions et deux propositions combinées contenant différentes variantes ont été choisies nettement plus souvent comme l'une des cinq mesures les plus efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé (par une proportion allant de 57% à 25% des répondants). Les scores des autres propositions suivent à une certaine distance et se situent entre 21% et 0%, avec des baisses par paliers de 1 ou 2%. Les répondants ont dès lors donné une préférence relativement forte aux propositions ayant un score supérieur à 25%.

Il est à noter que le classement des propositions en fonction de la mesure dans laquelle elles sont considérées comme très efficaces ne correspond pas toujours au classement des propositions sur la base de la mesure dans laquelle elles sont choisies comme étant l'une des cinq propositions les plus efficaces. Les propositions qui sont le plus souvent choisies comme étant l'une des mesures les plus efficaces ont tendance à avoir une portée plus large (en termes de groupe cible, gamme de prestations de soins) que les autres propositions.

Parmi les propositions qui sont le plus souvent choisies comme l'une des mesures les plus efficaces, on peut distinguer quatre propositions (combinées ou non) qui ont un large soutien (souvent très efficace) et deux propositions qui ont un soutien moins large.

Les quatre propositions suivantes sont souvent désignées comme étant très efficaces (un large soutien) et comme l'une des cinq mesures les plus efficaces :

- **L'application du régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires**, dans une des quatre variantes (proposition 1, 2, 3 ou 4). La proposition est très efficace selon 91% des répondants, et une des cinq mesures les plus efficaces pour 57% des répondants. Cette proposition est ainsi celle qui a la plus grande portée parmi toutes les propositions, et c'est aussi celle qui a été choisie comme l'une des mesures les plus efficaces par le plus grand nombre de répondants. Si l'on regarde laquelle des quatre variantes proposées a le plus grand soutien, 71% des répondants jugent très efficace *d'accorder cet avantage aux bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)*, alors que « seuls » 55% des répondants trouvent très efficace *d'appliquer ce régime à tous les assurés*. Pourtant, 30% des répondants choisissent la proposition d'appliquer le système du tiers payant obligatoire à tous les assurés comme l'une des cinq mesures les plus efficaces, tandis que 20% d'entre eux choisissent la proposition de limiter l'avantage aux BIM. Les deux autres variantes, selon lesquelles le régime ne serait appliqué qu'*aux prestataires de soins conventionnés*, obtiennent un score nettement inférieur (très efficace pour 50% et 40%

des répondants, et l'une des mesures les plus efficaces pour seulement 5% et 3% des répondants) (4).

- La proposition de **maximiser l'octroi automatique de l'intervention majorée** (proposition 5) obtient le deuxième meilleur score tant dans la part de répondants qui trouvent cette proposition très efficace (90% des répondants) que dans la part de ceux qui la choisissent comme l'une des cinq mesures les plus efficaces (53% des répondants).
- **La réduction du plafond du ticket modérateur à 250 euros pour les ménages aux revenus les plus faibles** (proposition 9) est jugée très efficace par 77% des personnes interrogées, et 39% des répondants jugent cette proposition comme l'une des plus efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé.
- **L'exonération totale des tickets modérateurs pour les mineurs**, dans une des deux variantes (propositions 7 et 8), est jugée très efficace par 79% des répondants, et est choisie par 25% des répondants comme l'une des cinq mesures les plus efficaces. Alors que 66% des répondants estiment très efficace la *limitation de cette mesure aux assurés ayant droit à l'IM*, 54% jugent très efficace le fait d'appliquer cette mesure à *tous les mineurs*. Inversement, 15% des répondants optent pour l'application de cette mesure à tous les mineurs comme étant l'une des cinq mesures les plus efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé et 10% optent pour son application aux mineurs avec IM.

Pour deux propositions qui sont souvent choisies comme l'une des cinq mesures les plus efficaces en vue d'améliorer l'accès financier aux soins de santé (par plus de 25% des répondants), le soutien est relativement moindre (moins souvent jugées très efficaces) :

- **Promouvoir la création de centres multidisciplinaires de soins de première ligne financés au forfait** (proposition 22) est jugé très efficace par un pourcentage plutôt modéré de 62% des répondants, mais une proportion relativement élevée de 29% des répondants la choisit comme étant l'une des mesures les plus efficaces.
- **Rendre le conventionnement financièrement plus attractif pour les prestataires de soins** (proposition 12) est également jugé très efficace par un pourcentage plutôt modéré de

---

4. Les répondants pouvaient donner un score « très efficace » à plusieurs variantes. En théorie, ils ont également pu choisir plusieurs variantes comme l'une des mesures les plus efficaces en vue d'améliorer l'accès financier aux soins de santé. Mais dans la pratique (et en toute logique), ils n'ont opté que pour une seule variante.

61% des répondants, alors que cette proposition est jugée comme l'une des cinq mesures les plus efficaces par une proportion relativement élevée de 26% des répondants.

Les répondants qui jugent ces deux propositions très efficaces les choisissent donc très souvent comme l'une des mesures les plus efficaces.

Il est en outre remarquable que les propositions concernant un nombre de (sous-)thèmes soient souvent jugées comme très efficaces (par 77% des répondants ou plus), mais soient moins souvent (par 21% des répondants ou moins) jugées comme l'une des mesures les plus efficaces. À savoir :

- Les propositions visant à **réduire les contributions personnelles pour les dispositifs médicaux** (propositions 21, 26, 27 et 29 ou 30) ;
- Les propositions visant à **réduire les contributions personnelles pour les frais de transport** (propositions 36 et 37) ;
- La proposition **d'harmoniser l'intervention des CPAS** dans les contributions personnelles des patients assurés sociaux (proposition 38) ;
- La proposition que toute personne qui ne s'affilie pas de son plein gré à une mutualité s'affilie **d'office à la caisse auxiliaire d'assurance maladie et invalidité (CAAMI)** (proposition 39).

## 7.2 Réponses aux questions ouvertes

Les réflexions et recommandations transversales suivantes émergent des réponses aux questions ouvertes :

1. Pour un grand nombre de propositions, les répondants expriment la crainte que des soins bon marché ou gratuits donnent lieu à une **surconsommation, à une demande dirigée par l'offre, à des abus et à de la fraude**. Il est mis en garde contre le fait que ces propositions feront croître les dépenses de soins de santé et nécessiteront des augmentations de budget ou des compensations ailleurs dans le secteur.

Les participants à l'enquête émettent un large éventail de propositions de **mesures d'accompagnement afin de tempérer ces effets indésirables**. Celles-ci portent sur :

- L'intégration de mécanismes de contrôle tels que l'apport (électronique) de la preuve de la présence physique du patient et la facturation électronique ;
- L'élimination des incitants dans le système de rémunération des prestataires, notamment par l'évolution d'un paiement à l'acte à des mécanismes de financement davantage mixtes ou forfaitaires ;
- le maintien d'un petit montant fixe et identique de ticket modérateur par prestation (par exemple 1 ou 2 euros) ;

- le renforcement du rôle du médecin généraliste, en qualité de gardien, qui oriente vers les autres échelons.
  - le contrôle *a posteriori*, et des sanctions si nécessaire.
2. Selon certains répondants, certaines propositions doivent s'accompagner d'une **réforme plus vaste du secteur** ; ils recommandent plus particulièrement de :
- Lier la limitation des suppléments d'honoraires (propositions 12 à 15) à une **réforme du financement des hôpitaux** et à une **révision de la nomenclature**. Via la réforme du financement des hôpitaux, ceux-ci peuvent être moins dépendants des rétrocessions des médecins. Pour la réforme de la nomenclature, les répondants proposent de limiter les honoraires à la rémunération de la prestation intellectuelle et d'évoluer vers des **systèmes de paiement plus globaux** qui rémunèrent les soins dispensés au patient, tant à l'hôpital qu'en soins ambulatoires.
  - Lier les mesures à un **renforcement des soins de première ligne**, avec un rôle central pour le médecin généraliste dans les soins de santé et une collaboration davantage multidisciplinaire. Des recommandations ont été faites pour octroyer certains avantages aux bénéficiaires qui ont un dossier médical global auprès du médecin généraliste ou après renvoi par le médecin généraliste.
3. Des répondants mettent en garde contre des « **soins de santé à deux vitesses** » si certains avantages (par exemple, intervention majorée, régime du tiers payant) ne sont octroyés qu'auprès de certains dispensateurs conventionnés et contre le fait qu'il résulterait de ces mesures qu'un plus grand nombre de prestataires quitteraient le système de convention. Certains répondants redoutent que cela puisse donner lieu à des temps d'attente plus longs et à une qualité moindre des soins chez certains dispensateurs conventionnés. On peut également se demander si les incitants au conventionnement peuvent l'emporter sur les avantages de la liberté tarifaire en cas de non-conventionnement.
- De nombreuses propositions sont formulées afin de **rendre le statut de conventionnement plus attractif**, mais aussi pour **limiter certains avantages aux dispensateurs conventionnés**. Un vaste panel de suggestions a été formulé à cet effet : celles-ci vont de l'indemnisation de la tenue du dossier médical global pour les seuls dispensateurs conventionnés au non-remboursement des prestataires non conventionnés par l'assurance maladie obligatoire, en passant par un remboursement plus faible pour les dispensateurs non conventionnés.
4. Il existe un soutien fort à la proposition de maximaliser le take-up du statut d'intervention majorée (IM). Les répondants indiquent aussi clairement que cette mesure est prioritaire par

rapport à n'importe quelle mesure accordant plus d'avantages aux personnes bénéficiant de l'IM. Dans le même temps, on s'inquiète que trop d'avantages soient octroyés aux seules personnes bénéficiant de l'IM. Cela pourrait conduire à une **dualisation entre les personnes bénéficiant de l'IM et les autres** : les dispensateurs de soins pourraient commencer à exclure ces patients (sélection de patients) et les personnes dont le revenu se situe juste au-dessus du seuil perdent de nombreux avantages alors que leur revenu n'est pas toujours beaucoup plus élevé. En outre, le soutien public à la solidarité dans le système de soins de santé pourrait s'éroder parmi ceux qui ne peuvent pas bénéficier de ce statut. Afin d'éviter cette scission, les répondants plaident en faveur d'un **plus grand nombre de mesures applicables à toutes les personnes assurées**.

5. Il y a une **interaction entre certaines propositions**, dont il doit être tenu compte lors de l'implémentation. Par exemple, une réduction du ticket modérateur ou la gratuité des soins a un impact sur la rapidité à laquelle le plafond du MAF est atteint.
6. Selon des répondants, certaines propositions exigent une **analyse et une réflexion plus approfondies**. C'est notamment le cas pour la proposition 41 (la dissociation du droit à la couverture de la perception des cotisations d'assurance). De même, une vaste réflexion est suggérée quant à la composition de la corbeille du MAF.
7. Des suggestions faites par des répondants à propos de certaines propositions montrent la voie à suivre pour l'**adaptation des modalités de la proposition**. C'est par exemple le cas pour la proposition d'intégrer les demandeurs d'asile dans le régime d'assurance maladie obligatoire. Bien que 68% des participants à l'enquête jugent cette proposition très efficace pour améliorer l'accès financier aux soins de santé, des répondants recommandent d'affilier ces personnes à la CAAMI plutôt qu'à une mutualité au choix. Certains suggèrent également qu'il est plus facile pour les bénéficiaires d'améliorer et d'harmoniser les régimes existant pour les demandeurs d'asile que de les intégrer dans le régime d'assurance maladie obligatoire.
8. Des répondants insistent sur la nécessité de fournir des **informations pour le patient** à propos des caractéristiques du système et de la nécessité d'un **accompagnement** du patient tout au long de celui-ci. Il est suggéré que le **médecin généraliste** est la personne la mieux placée pour orienter le patient dans le choix d'un dispensateur de soins, en fonction de son statut de convention. Le rôle des **services sociaux effectivement accessibles** est souligné pour les informations relatives aux avantages, aux statuts, aux estimations de coûts ainsi qu'à la détection proactive des personnes susceptibles de rencontrer des problèmes de paiement.

Des répondants soulignent également l'importance de disposer de factures transparentes et compréhensibles. Ils recommandent en outre une communication ciblée.

9. Des répondants soulignent **l'importance d'un suivi administratif plus rapide** lors de la mise en œuvre des mesures existantes comme nouvelles. Ils recommandent notamment que des données actualisées concernant la situation au niveau des revenus et de la famille soient plus rapidement disponibles ; que les dispensateurs soient plus rapidement payés lors de l'application du régime du tiers payant et que le MAF soit immédiatement mis en œuvre dès que le plafond est atteint.
10. Des participants à l'enquête **recommandent une meilleure régulation des prix et une limitation des marges bénéficiaires** : pour les médicaments non remboursables, les dispositifs médicaux, les frais de séjour et les prestations supplémentaires à l'hôpital, les services de transport et les honoraires.
11. Les répondants insistent pour que seuls soient remboursés les dispositifs médicaux et les médicaments qui sont **médicalement nécessaires**, dont **l'efficacité** est établie et dont l'utilisation est **basée sur des preuves**.
12. L'importance d'une **offre suffisante en dispensateurs**, et en particulier de dispensateurs conventionnés est soulignée. Raison pour laquelle certains répondants remettent le numerus clausus en question.
13. Enfin, les répondants attirent l'attention sur la nécessité de dégager un **budget additionnel** destiné à financer les réformes en vue d'une meilleure accessibilité financière.

## 8. Conclusion

Les résultats de cette enquête mettent en lumière le soutien parmi les parties prenantes et les experts, aux mesures visant à éliminer les inégalités dans l'accès financier aux soins de santé.

Alors que plus de la moitié des personnes interrogées considèrent que la plupart des propositions sont très efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé, elles mettent en garde contre d'éventuels effets secondaires indésirables et précisent également les mesures d'accompagnement qui, selon elles, seraient souhaitables pour assurer la réussite de ces mesures. Les répondants expriment une grande unanimité à propos de certaines des mesures d'accompagnement, mais les

avis sont parfois opposés en ce qui concerne d'autres de ces mesures. Certaines propositions et mesures d'accompagnement peuvent être réalisées à relativement court terme, tandis que d'autres nécessitent une réforme structurelle approfondie. Certaines propositions sont le fruit de plusieurs années de recherche et de réflexion chez les parties prenantes, pour d'autres, les discussions ne font que commencer et il existe encore peu de recherches. La plupart des mesures, mais pas toutes, exigeront des moyens budgétaires supplémentaires.

L'étape suivante consistera sans doute à évaluer quelles initiatives réglementaires et quels moyens budgétaires seront nécessaires pour mettre en œuvre les propositions pour lesquelles il y a un soutien relativement important et pour procéder à une estimation d'un calendrier réaliste pour cette mise en œuvre. Il sera nécessaire de trouver un bon équilibre entre mesures sélectives et mesures universelles, afin de préserver le soutien du public à la solidarité dans le système des soins de santé.

## Références

Bouckaert N., Maertens de Noordhout C. et Van de Voorde C. (2020) Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité, Synthèse, Rapport 334B, Bruxelles, Health Services Research (HSR), Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

Cès, S. et Baeten, R. (2020) Inequalities in access to healthcare in Belgium, Bruxelles: European Social Observatory.

Commission européenne (2020) Rapport 2020 pour la Belgique, Bruxelles, 26.2.2020, SWD(2020) 500 final.

Commission européenne et OCDE (2018) Health at a Glance: Europe 2018 : State of Health in the UE Cycle, Paris : OECD Publishing.

Demarest S., Charafeddine R., Drieskens S. en Berete F. (2019) Enquête de santé 2018 : Accessibilité financière aux soins de santé, Bruxelles, Belgique : Sciensano.

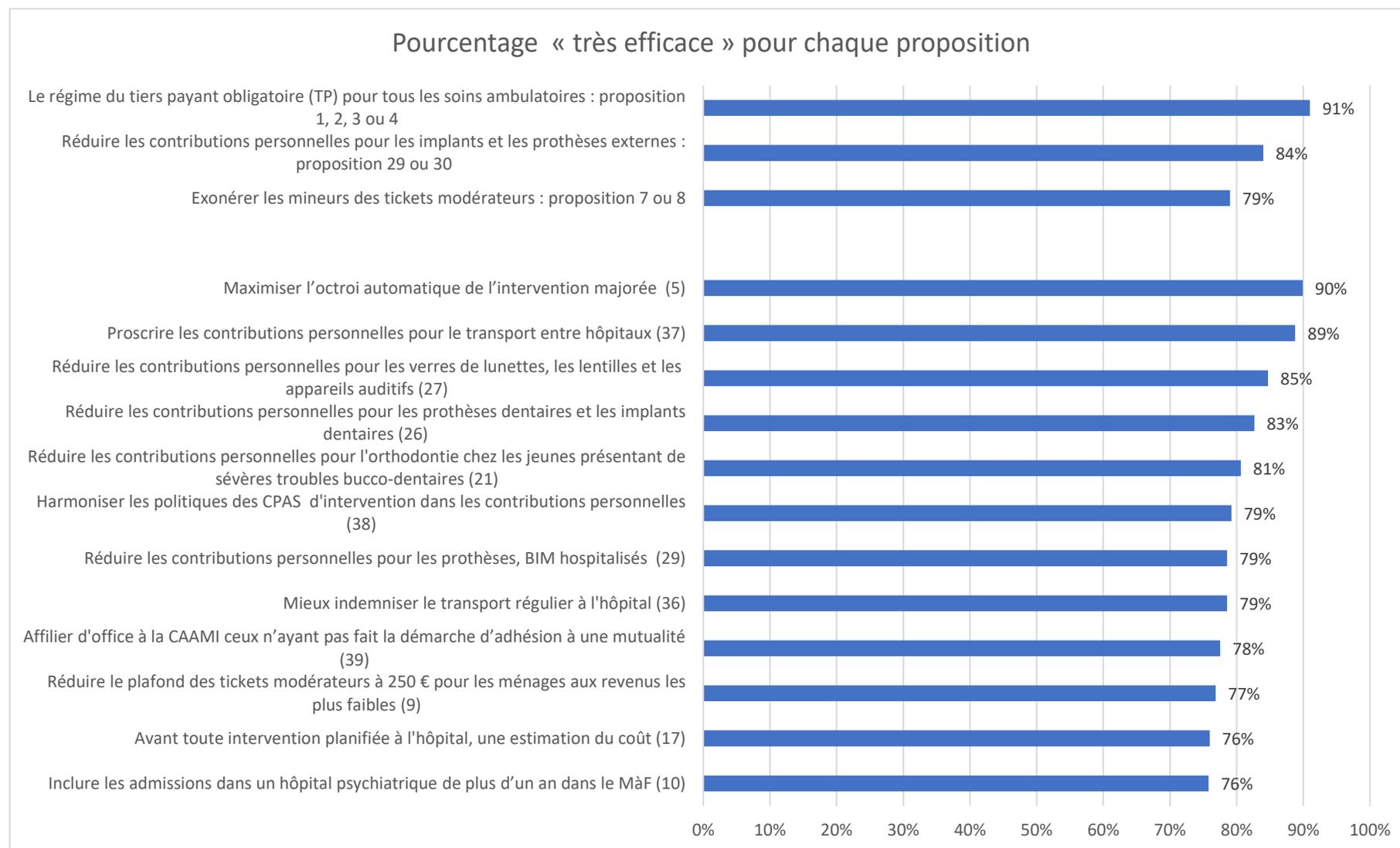
Devos C., Cordon A., Lefèvre M., Obyn C., Renard F., Bouckaert N., Gerkens S., Maertens de Noordhout C., Devleeschauwer B., Haelterman M., Léonard C., Meeus P. (2019) Performance of the Belgian Health System – Report 2019, Health Services Research, KCE Reports 313C, Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

INAMI (2014) Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique, Waterloo : Wolters Kluwer Belgium.

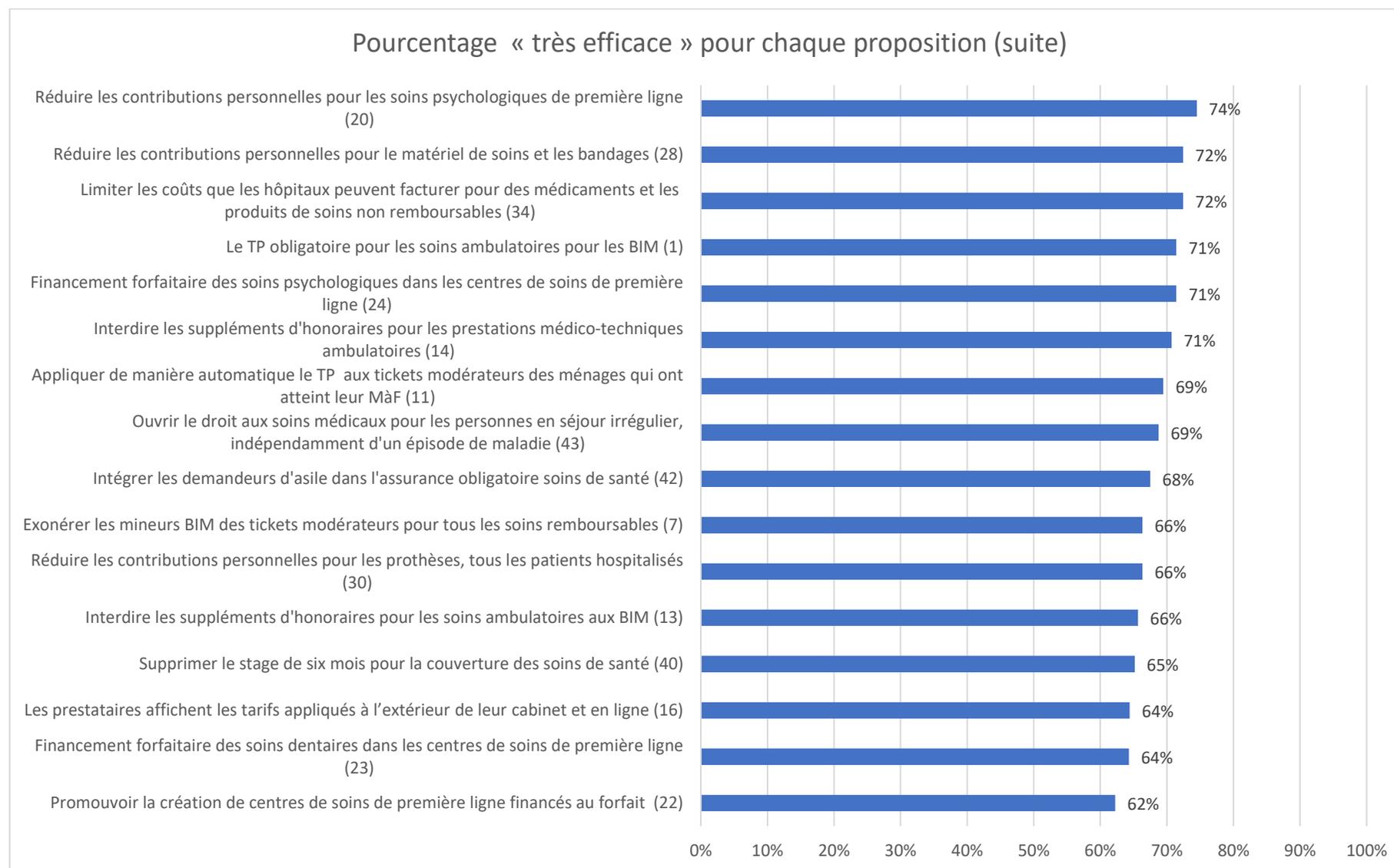
OCDE et EOHSP (2019) Belgique : Profil de santé par pays 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles.

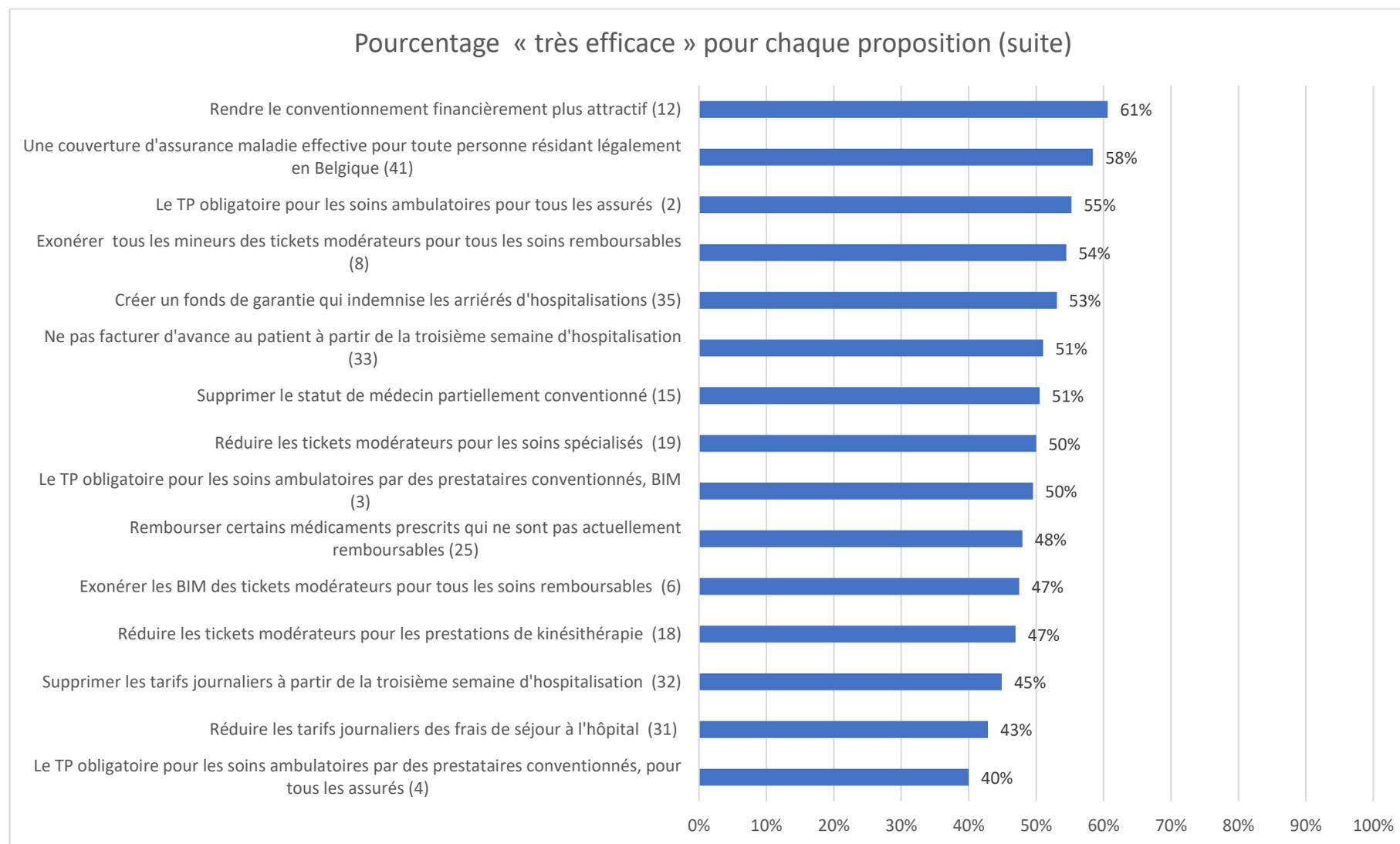
## Annexe 1 : Figures

Figure 2 : Pourcentage de répondants indiquant un score « très efficace » pour chaque proposition (\*) (\*\*)

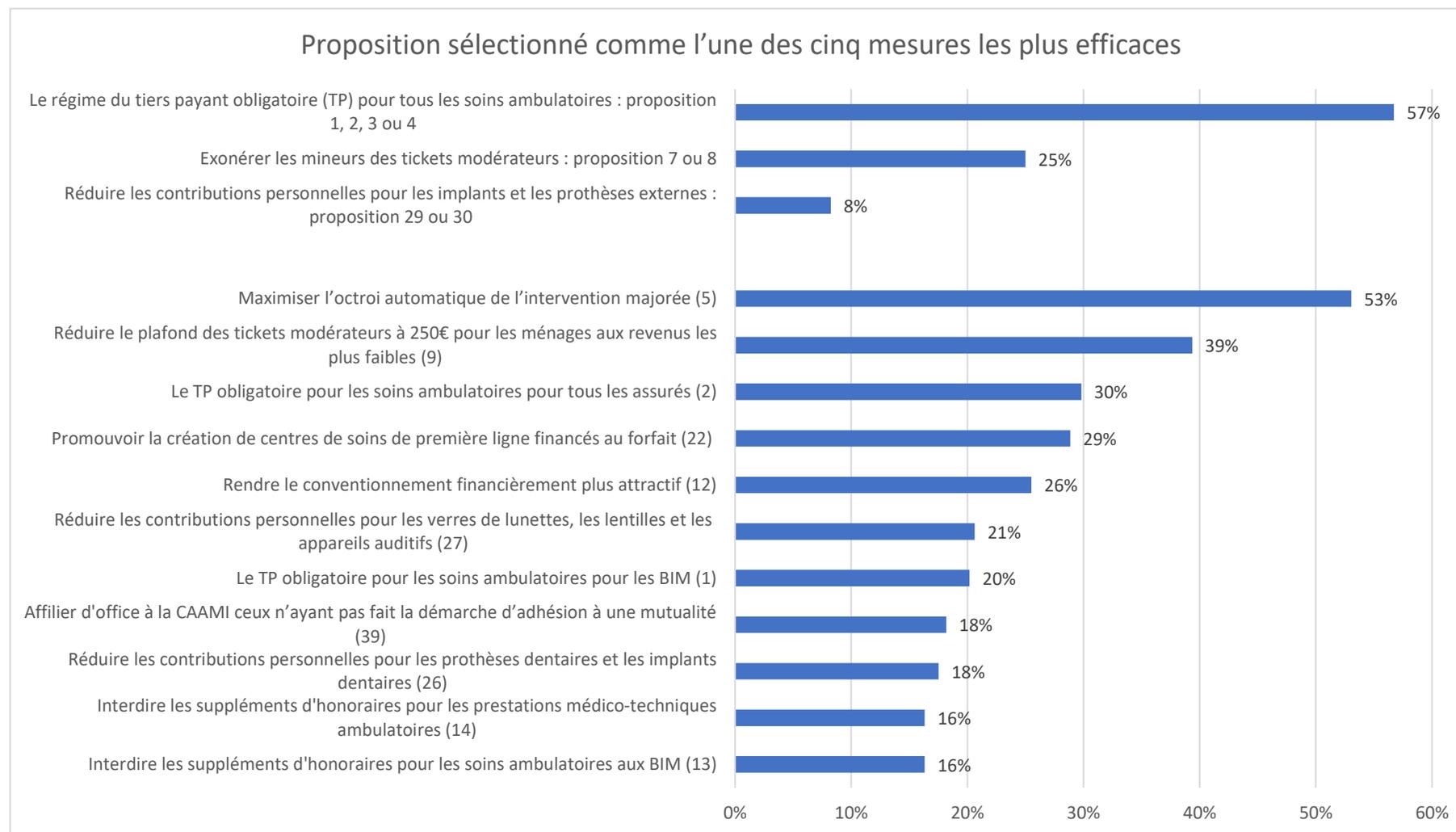


\* Les chiffres entre parenthèses renvoient au numéro de la proposition, voir Annexe 2 \*\* BIM : bénéficiaire d'intervention majorée ; TP : tiers payant



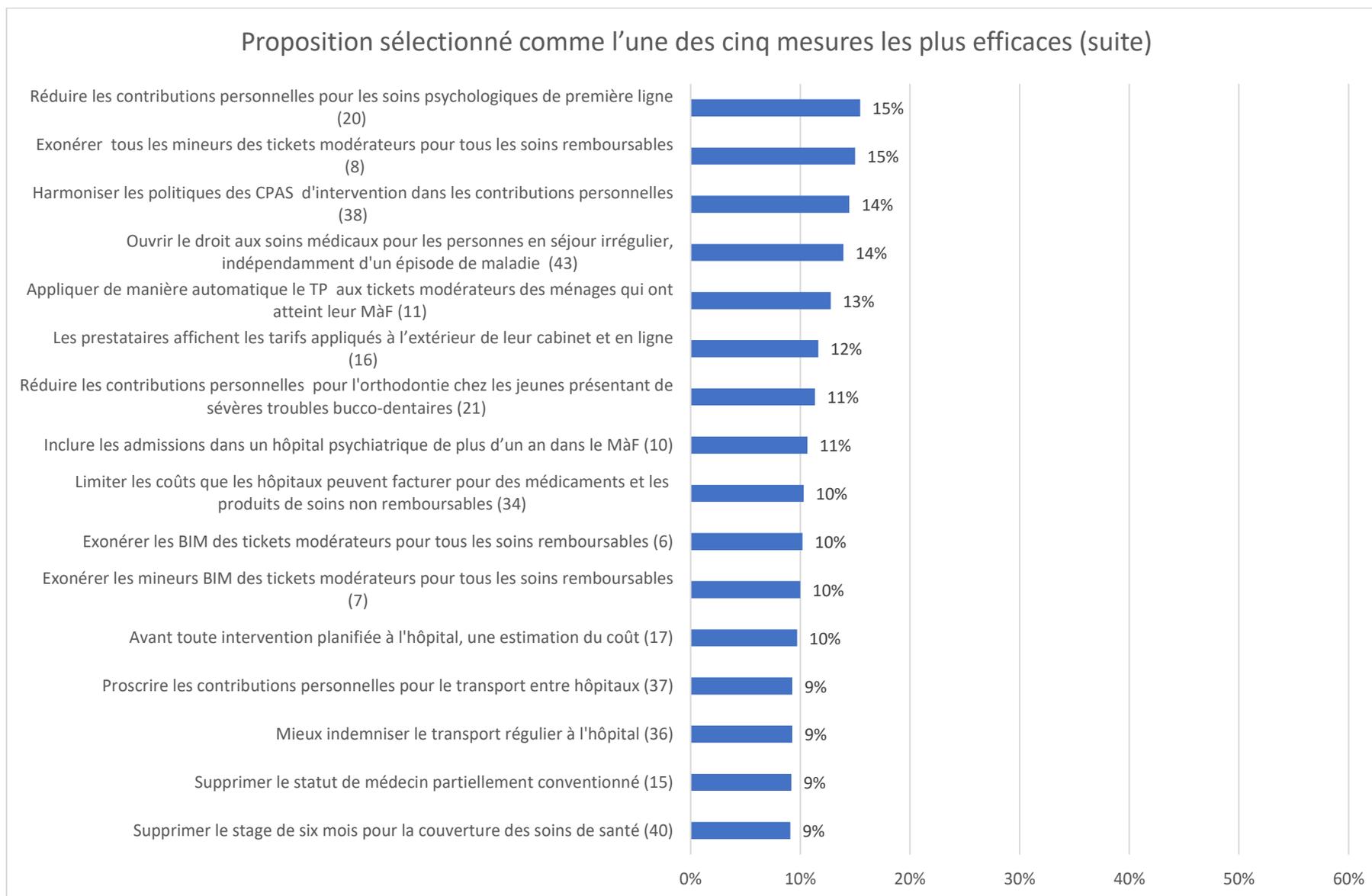


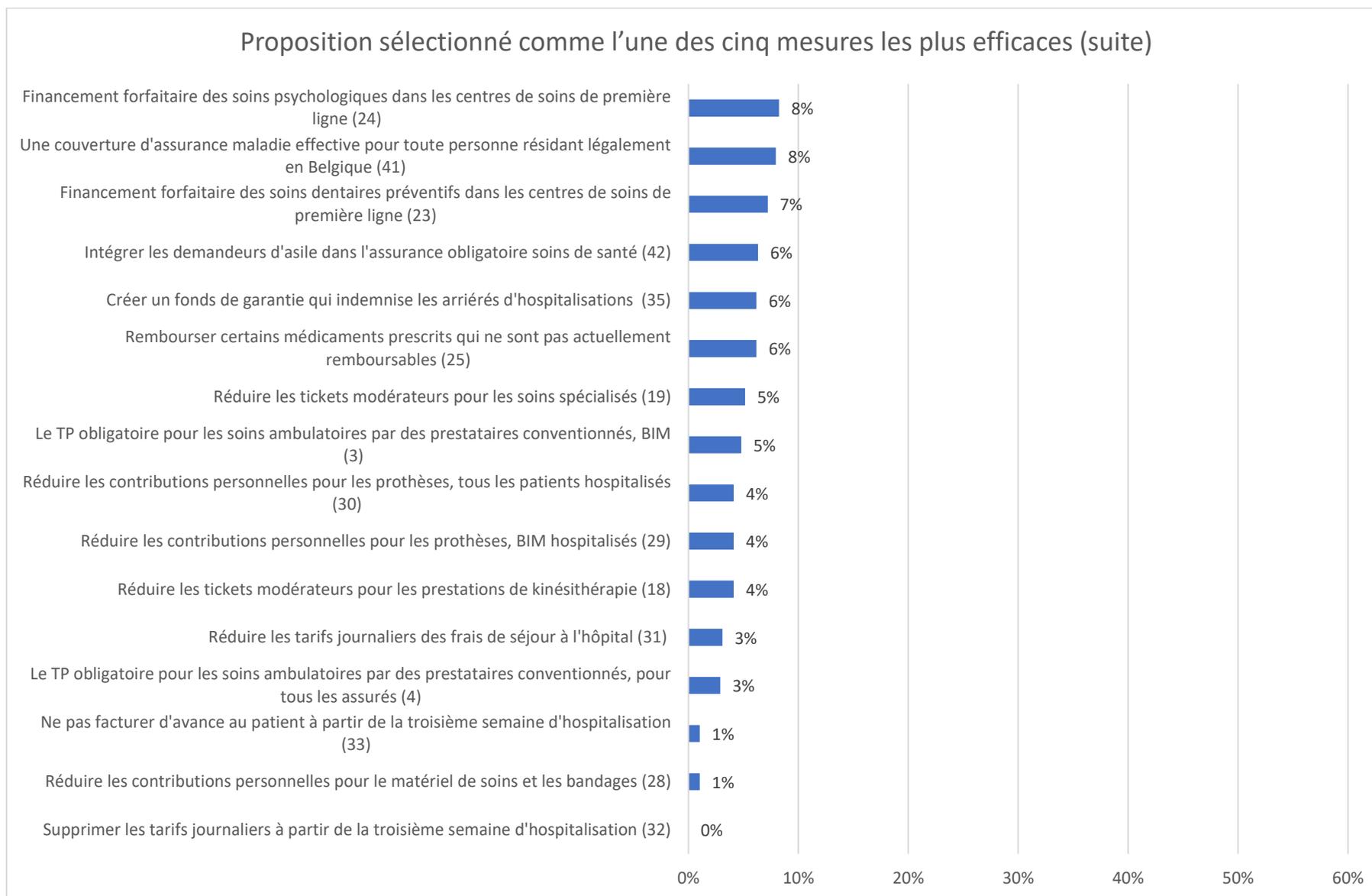
**Figure 3 : Pourcentage de répondants qui ont sélectionné la proposition comme l'une des cinq mesures les plus efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé (\*) (\*\*)**



\* Les chiffres entre parenthèses renvoient au numéro de la proposition, voir Annexe 2

\*\* BIM : bénéficiaire d'intervention majorée ; TP : tiers payant





## **Annexe 2 : Les propositions stratégiques qui ont été testées dans l'enquête**

### **1. Réforme du régime du tiers payant obligatoire**

1. Appliquer le régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires des assurés ayant droit à une intervention majorée (*variante a*).
2. Appliquer le régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires pour l'ensemble des assurés (*variante b*).
3. Appliquer le régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires dispensés par des prestataires conventionnés, pour les assurés ayant droit à l'intervention majorée (*variante c*).
4. Appliquer le régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires dispensés par des prestataires conventionnés, pour l'ensemble des assurés (*variante d*).

### **2. Réforme du régime de l'intervention majorée**

5. Maximiser l'octroi automatique de l'intervention majorée.
6. Exonérer totalement les assurés ayant droit à une intervention majorée des tickets modérateurs pour tous les soins remboursables.

### **3. Protéger les ménages des frais liés aux soins de santé des enfants**

7. Exonérer totalement les mineurs ayant droit à une intervention majorée des tickets modérateurs pour tous les soins remboursables (*variante a*).
8. Exonérer totalement tous les mineurs des tickets modérateurs pour tous les soins remboursables (*variante b*).

### **4. Réforme du maximum à facturer**

9. Réduire le plafond des tickets modérateurs à 250 euros pour les ménages aux revenus les plus faibles (ce plafond s'élève actuellement à 487,08 euros par an).
10. Inclure additionnellement les admissions dans un hôpital psychiatrique de plus d'un an dans le MAF.
11. Appliquer de manière automatique le régime du tiers payant aux tickets modérateurs des ménages qui ont atteint leur plafond.

### **5. Limitation des suppléments d'honoraires**

12. Rendre le conventionnement financièrement plus attractif pour les prestataires de soins.
13. Interdire les suppléments d'honoraires pour les soins ambulatoires aux patients ayant droit à l'intervention majorée.
14. Interdire les suppléments d'honoraires pour les prestations médico-techniques ambulatoires.

15. Supprimer le statut de médecin partiellement conventionné.

## **6. Plus de transparence pour les patients concernant les contributions personnelles**

16. Les prestataires de soins ambulatoires affichent clairement leur statut de conventionnement et tous les tarifs appliqués de manière visible à l'extérieur de leur cabinet et en ligne.
17. Avant toute intervention planifiée à l'hôpital, les patients reçoivent une estimation du coût, compte tenu de leur statut de remboursement et du type de chambre choisi.

## **7. Réduire les contributions personnelles relatives aux soins spécifiques**

### **(a) Soins ambulatoires**

18. Réduire les tickets modérateurs pour les prestations de kinésithérapie.
19. Réduire les tickets modérateurs pour les soins spécialisés.
20. Réduire les contributions personnelles (tickets modérateurs et prestations non remboursables) pour les soins psychologiques de première ligne.
21. Réduire les contributions personnelles (tickets modérateurs et le coût de l'appareil dentaire) pour l'orthodontie chez les enfants et les adolescents présentant de sévères troubles bucco-dentaires.
22. Promouvoir la création de centres multidisciplinaires de soins de première ligne financés au forfait.
23. Inclure les soins dentaires préventifs dans le financement forfaitaire des centres multidisciplinaires de soins de première ligne.
24. Inclure les soins psychologiques de première ligne dans le financement forfaitaire des centres multidisciplinaires de soins de première ligne.

### **(b) Médicaments délivrés en soins ambulatoires**

25. Rembourser certains médicaments prescrits qui ne sont pas actuellement remboursables, dont les analgésiques et certaines pommades.

### **(c) Dispositifs médicaux**

26. Réduire les contributions personnelles pour les prothèses dentaires et les implants dentaires.
27. Réduire les contributions personnelles pour les verres de lunettes, les lentilles et les appareils auditifs.
28. Réduire les contributions personnelles pour le matériel de soins et les bandages.
29. Réduire les contributions personnelles pour les implants et les prothèses externes, pour les patients hospitalisés ayant droit à l'intervention majorée (*variante a*).
30. Réduire les contributions personnelles pour les implants et les prothèses externes, pour tous les patients hospitalisés (*variante b*).

**(d) Hospitalisation**

31. Réduire les tarifs journaliers des frais de séjour à l'hôpital.
32. Supprimer les tarifs journaliers à partir de la troisième semaine d'hospitalisation.
33. Ne pas facturer d'avance au patient à partir de la troisième semaine d'hospitalisation.
34. Limiter légalement les coûts que les hôpitaux peuvent facturer pour des médicaments et les produits de soins non remboursables.
35. Créer un fonds de garantie qui indemnise les arriérés d'hospitalisations de patients insolubles.

**(e) Frais de transport**

36. Mieux indemniser le transport régulier de patients malades chroniques qui doivent se rendre fréquemment à l'hôpital.
37. Proscrire les contributions personnelles pour le transport de patients hospitalisés entre hôpitaux pour des raisons médicales.

**8. Réformer l'intervention des CPAS dans les contributions personnelles des patients assurés sociaux**

38. Encourager financièrement les CPAS à harmoniser leur politique d'intervention dans les contributions personnelles incombant aux patients assurés sociaux.

**9. Couvrir effectivement la totalité de la population en matière de soins de santé**

39. Affilier d'office à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) toute personne n'ayant pas fait la démarche d'adhésion à une mutualité.
40. Supprimer le stage de six mois pour la couverture des soins de santé.
41. Une couverture d'assurance maladie effective pour toute personne résidant légalement en Belgique en dissociant le droit aux prestations de soins de santé de la perception des cotisations d'assurance maladie et en percevant périodiquement des cotisations obligatoires liées au revenu.

**10. Meilleur accès aux soins de santé pour demandeurs d'asile et personnes en séjour irrégulier**

42. Intégrer les demandeurs d'asile dans l'assurance obligatoire soins de santé, via l'affiliation à une mutualité de leur choix.
43. Ouvrir le droit aux soins médicaux pour les personnes en séjour irrégulier à toute la famille, indépendamment d'un épisode de maladie ou d'un besoin de soins spécifique.

## Remerciements

Nous remercions les membres du Comité de pilotage pour le Plan d'action « Supprimer les inégalités dans l'accèsibilité financière aux soins de santé » pour leur apport constructif dans la priorisation des propositions, la rédaction du questionnaire et la présentation des résultats. Nous remercions tout particulièrement Carine Vandevoorde et Stefaan Demarest pour leur disponibilité permanente et pour leurs conseils. Nous remercions également Chris De Laet et Hannah De Laet pour leur aide dans le traitement statistique des résultats ; Bart Vanhercke pour son apport et son feed-back au cours de chaque phase de ce processus ; Boris Fronteddu pour son travail préparatoire ; les collaborateurs de l'INAMI pour leur lecture critique des propositions ; Stephan Devriese, pour nous avoir évité un questionnaire non conforme au RGPD ; Carl Devos et Renaud Smoes pour la mise en ligne et la gestion du questionnaire ; Élodie Kibendo pour son aide dans l'invitation des participants et Françoise Verri et Benoît Malice pour la mise en page du rapport. *Last but not least*, nous adressons nos remerciements à notre commanditaire, et à Jo De Cock en particulier.

Nous adressons également nos sincères remerciements aux 107 répondants : 48 d'entre eux ont donné leur accord pour que leur nom et leur organisation soient mentionnés dans le rapport (colophon) :

Jean-Luc Belche, Uliège ; Nicolas Bouckaert, Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) ; Lien Bruggeman, Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) ; Piet Calcoen, DKV Belgium N.V. ; Annabel Cardoen, Welzijnzorg vzw ; Sophie Ces, Mutualité Chrétienne ; Pierre Cools, Solidaris ; Laurence Dauginet, Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI/HZIV) ; Paul De Munck, Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO) ; Tom De Spiegelaere, Pharma.be ; Diane De Winter, Union Professionnelle Belge des Technologies Orthopédiques (UPBTO) ; Annick Delpine, SPP Intégration Sociale ; Bart Demyttenaere, Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) ; Harrie Dewitte, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG) – KU Leuven/Geneeskunde voor het Volk (GVHV) ; Lucas Dieleman, AXXON Physical Therapy in Belgium ; Kristien Dierckx, Vlaams Patiëntenplatform ; Pierre Drielsma, GBO ; Marijke Eyssen, KCE ; Jean-Marc Feron, Centre Académique de Médecine Générale – UCLouvain ; Muriel Gerkens, Cabinet du Vice-Premier Ministre Ecolo Georges Gilkinet ; Nelson Guerreiro, Association des travailleurs sociaux en milieu hospitalier (Hospisoc) ; Jean Hermesse, Ancien responsable d'une mutualité ; Jacques Huchon, SCOM BURTAR HUCHON ; Reinier Hueting, Kartel ASGB/GBO/MoDeS ; Marc Justaert, Conseil général INAMI/ Welzijnzorg ; Sophie Lanoy, Ligue des usagers des services de santé (La LUSS asbl) ; Freek Louckx, Universiteit Antwerpen/Vrije Universiteit Brussel ; Frieda Matthys, Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie ; Els Meerbergen, Kom op tegen Kanker ; Marit Mellaerts, Vlaams Patiëntenplatform ; Christine Miclotte, CAAMI/HZIV ; Sarah Missinne, Observatoire de la Santé et du Social – Bruxelles ; Karen Mullie, Section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques – RIZIV/INAMI ; Anne Panneels, Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB/ABVV) ; Roy Remmen, Centrum voor Huisartsgeneeskunde – Universiteit Antwerpen ; Erik Schokkaert, KU Leuven ; Pierre Seeuws, Ergotherapie Vlaanderen vzw ; Yves Smeets, Santhea ; Veerle Stroobants, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale ; Rudi Van Dam, SPF Sécurité sociale ; Carine Van de Voorde, KCE ; Herman Van Eeckhout, Pharma.be ; Martine Van Hecke, Test-Achats ; Anne Van Lancker, Decenniumdoelen ; Sabine Vasseur, Union nationale des mutualités neutres.