

# L'équité dans le financement des soins de santé : Synthèse

Promoteurs : Diana De Graeve<sup>♦</sup>, Erik Schokkaert<sup>ψ</sup>, Bea Cantillon<sup>▽</sup>  
Collaborateurs<sup>♥</sup> : Guy Van Camp<sup>ψ</sup>, Tom Van Ourti<sup>♦</sup>, Birgit Kerstens<sup>♦</sup>

L'équité dans les domaines de la santé, la consommation et le financement des soins médicaux est considérée au niveau national et international comme un important domaine de recherche (Banque Mondiale, 2000 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2000 ; projets européens ECUITY I, II et III<sup>1</sup>). Ainsi, nous possédons beaucoup de connaissances sur certains aspects de la problématique, ce qui n'est pas le cas pour certains autres. La recherche sur l'équité dans le domaine de la santé est relativement ancienne. Des études belges aussi bien qu'internationales montrent sans exception que la maladie et la mortalité sont concentrées dans les classes socio-économiques inférieures (entre autres : De Graeve et Duchesne, 1997 ; Van Doorslaer et al., 1997). Ceci implique aussi que les besoins de soins médicaux sont concentrés dans ces classes inférieures, ce qui rend la problématique de l'accessibilité plus pertinente. Des études sur ce qui détermine la consommation de soins médicaux montrent pourtant que l'équité dans ce domaine n'est pas vraiment problématique pour la plupart des systèmes de santé européens, pas plus qu'en Belgique (Van Doorslaer et al, 2000 ; De Graeve et Duchesne, 1997 ; Adriaenssen et De Graeve, 2000 ; Van Ourti, 2002). Il est vrai que les cotisations personnelles, par exemple, ont un impact négatif sur la consommation de soins médicaux, surtout pour les catégories salariales inférieures. Néanmoins, quand les cotisations personnelles sont limitées et/ou liées aux revenus, comme en Europe, l'impact des différences salariales disparaît en grande partie. De la même façon, l'influence des revenus des ménages sur la consommation médicale, lorsqu'on tient suffisamment compte d'autres facteurs déterminants, reste cependant positive mais tout de même relativement limitée. En général, peu d'évidences empiriques montrent, dans la consommation de soins médicaux, un manque d'équité en faveur des plus riches. Ces résultats doivent être confirmés plus avant pour ce qui concerne la qualité des soins et les divers types de soins et de maladies. De plus, ils ne sont pas assez affinés pour définir les contours de certains groupes démographiques marginaux à situation précaire. Toutefois, une première conclusion globale et prudente sera que l'ampleur de la consommation de soins médicaux est conforme à l'état de santé de l'individu.

En se basant sur cette évidence, on peut commencer à s'inquiéter de l'impact de la consommation de soins médicaux sur l'affectation des revenus des ménages. Quand la maladie est surtout concentrée chez les groupes socio-économiques inférieurs et que cette maladie donne lieu à consommation médicale, il est alors flagrant que les dépenses de soins de santé ne sont pas partagées uniformément sur la population. Autour de 40 à 50% du total des dépenses de soins de santé sont dues à 2% de la population (Socialistische Mutualiteiten, 2000). Malgré les corrections socio-

---

♦ Faculté des Sciences économiques appliquées - Université d'Anvers.

▽ Centre de Politique sociale - Université d'Anvers.

ψ Centrum voor Economische Studiën - KULeuven.

♥ Remerciements à Karel Van den Bosch, Carine Van de Voorde et Gerlinde Verbist pour leurs remarques et contributions critiques.

<sup>1</sup> cf. site internet : <http://www.eur.nl/bmg/ecuity>

économiques (cotisations personnelles réduites pour les groupes vulnérables, franchise proportionnelle au revenu), les cotisations personnelles sont liées aux dépenses de soins de santé et biaisent donc la répartition. 10% de la population, essentiellement les groupes socio-économiques inférieurs, supportent environ 50% du total des cotisations personnelles (Socialistische Mutualiteiten, 1998). Une enquête flamande a montré que les patients qui ont des difficultés à payer les hospitalisations (Adriaenssen et De Graeve, 2001) ont des frais de soins de santé annuels relativement élevés et appartiennent relativement plus aux groupes socio-économiques faibles. Il n'est pas souhaitable que les coûts élevés des soins causent des difficultés de paiement ; le maximum à facturer (MAF) a été spécialement créé pour protéger tout le monde d'une manière équitable contre l'accumulation des frais médicaux. Mais le maximum à facturer ne couvre pas tous les frais médicaux (suppléments pour les médicaments de type D, ...) et n'a pas la même valeur pour tout le monde (les indépendants). Il est, par conséquent, sensé de suivre le problème des dépenses très élevées. De plus, il y a la préoccupation plus large d'un financement de la santé publique juste et équitable où ce financement est principalement relié aux ressources et non pas à la consommation. Malgré l'importance qu'on attache au fait que les soins de santé soient abordables, chose remarquable, presque toute information factuelle sur le sujet semble manquer. Cette absence d'information complique bien évidemment la politique concernant l'accessibilité.

L'objectif de cette recherche consistait à faire une remise à plat des informations sur les paiements de soins de santé et d'en analyser la répartition sur les ménages privés à un niveau sociologique.

#### Information sur les paiements de soins de santé au niveau des ménages.

En Belgique, les ménages contribuent aussi bien directement qu'indirectement au financement du système de soins de santé. Les contributions directes sont les paiements effectués par les ménages eux-mêmes lorsqu'ils consomment des soins médicaux. Cela concerne par exemple le ticket modérateur, des suppléments ou encore des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Les contributions indirectes sont constituées aussi bien des cotisations sociales, des impôts directs que des impôts indirects.

Pour étudier les caractéristiques de la répartition de tous ces types de contributions, nous utilisons l'Enquête sur le Budget des Ménages (EBM) de l'Institut national de Statistique (INS). L'EBM a, en comparaison avec un fichier purement administratif, une valeur ajoutée pour étudier les caractéristiques de répartition de tous les composants des financements. En effet, on y trouve l'information sur l'ensemble des dépenses et sur les revenus des familles sociologiques. L'information sur les revenus nous permet de calculer les impôts directs et les cotisations sociales payés par chaque ménage. Nous pouvons calculer les impôts indirects en nous basant sur les dépenses totales. Comme l'EBM contient le panier complet des dépenses, cette banque de données contient aussi les éléments qui pourront être classés sous dépenses de soins de santé, mais qui ne sont pas remboursées par une assurance obligatoire ou complémentaire. Les autres banques de données plus administratives ne contiennent pas d'information sur ce genre de dépenses. L'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), par exemple, ne possède pas cette information, car elle ne tient pas compte de la consommation de soins de santé hors nomenclature, ni de ce que le patient paye éventuellement lui-même comme supplément à côté des tickets modérateurs officiels. De plus, l'EBM contient des informations (limitées) sur les caractéristiques socio-économiques des ménages.

Pourtant, il manque, dans l'EBM de l'INS, beaucoup d'informations importantes pour l'étude des caractéristiques de la répartition des composants du financement de la santé publique belge. Nous parcourons brièvement les problèmes les plus importants avec l'EBM et les solutions que nous avons tentées de trouver. Toutes les manipulations des données ont été détaillées dans De Graeve e.a. (2003, chapitre 5).

Un *premier problème* concerne la durée d'enregistrement. Dans les EBM les plus récentes, les ménages enregistrent durant *un mois* seulement toutes les petites dépenses (< 1900 BEF) (et donc aussi toutes les petites dépenses de soins de santé). C'est une période trop courte car c'est justement l'accumulation des dépenses de soins de santé qui pose problème. L'INS calcule des données annuelles en multipliant par 12 les données mensuelles. Ceci ne pose pas de problèmes pour les dépenses périodiques (le loyer, la consommation d'eau, par exemple) ou pour des dépenses fréquentes (l'alimentation, par exemple), mais cela devient problématique pour les soins de santé car la plupart des familles ont justement ces dépenses de manière sporadique. Nous avons nous-mêmes complété les dépenses manquantes d'un ménage (i.e. les mois où rien n'est enregistré) sur la base des dépenses du ménage le plus similaire qui s'est effectivement enregistré pour ce mois. De cette manière, nous disposons des dépenses totales (de catégories) de biens médicaux de la famille sociologique sur une base annuelle.

Un *deuxième problème* réside dans le fait que *toutes les dépenses* de soins médicaux payées par un ménage *ne sont pas à la charge de ce ménage*. La santé publique va souvent de pair avec le système de remboursement : le patient paye d'abord lui-même le soin médical mais reçoit ensuite le remboursement de sa mutuelle. De plus, le remboursement peut s'effectuer dans le cadre de la franchise sociale et fiscale (avant 2001) ou dans celui, actuel, du maximum à facturer. Il est vrai que l'EBM intègre l'information sur les remboursements par la mutuelle, mais nous ne savons pas dans quelle mesure les remboursements se rapportent aux dépenses pour lesquelles les paiements directs ont été notés. Pour cela, nous avons effectué des calculs afin que les dépenses puissent être partagées entre remboursements, tickets modérateurs et suppléments. Puis, les compensations dans le cadre des franchises fiscale et sociale et du maximum à facturer ont été simulées.

Un *troisième problème* réside dans le fait que nous ne constatons *pas la présence de revenus bruts ni de cotisations sociales* dans l'EBM. Ces données manquantes ont été complétées de deux manières. Une première méthode complémentaire a utilisé un modèle de simulation qui a permis, sur la base des revenus nets observés, de recalculer les revenus bruts et les cotisations sociales. Une deuxième méthode a utilisé un deuxième fichier qui contient les revenus nets comme les revenus bruts. Ce deuxième fichier a été accouplé à l'EBM à l'aide d'une technique de raccordement statistique. Ces techniques cherchent dans les deux fichiers des unités d'observation similaires en terme de variables.

Etant donné que chacune des méthodes complémentaires génère parfois des valeurs différentes et qu'aucun argument scientifique convainquant ne nous a permis d'en préférer ou exclure une, nous avons continué nos calculs avec les deux méthodes. Dans cette synthèse, nous avons continué à utiliser "le recalcul" et "le couplage".

*Pour finir*, les *impôts indirects payés* par les ménages ne figurent pas dans l'EBM. Mais nous y trouvons les dépenses des ménages pour les différents biens. Le modèle ASTER a été utilisé pour

simuler les impôts indirects à partir de ces dépenses. Ce modèle a été conçu sur la base de l'EBM (Decoster, A., Schokkaert, E. et Van Dongen, H., 1994).

Tous ces calculs et simulations sont effectués scrupuleusement dans l'EBM de 1997-98. L'enquête complétée contient ainsi, pour un échantillon de ménages sociologiques, une estimation de tout ce qui a été dépensé pour les soins de santé. Nous considérons ce complément de l'EBM de 1997-98 comme une contribution importante à la totalité de la recherche effectuée sur cet échantillon. Il résulte que, pour cette période, la répartition des cotisations personnelles en Belgique peut être étudiée.

Bien que nous considérions le complément de l'EBM pour l'étude de la répartition de ces cotisations personnelles comme une option judicieuse, nous ne pouvons pas dissimuler que le fichier complété a de nombreuses limites. Avec le complément, nous avons dû plusieurs fois formuler des hypothèses, négliger des détails et choisir parmi du matériel chiffré non-cohérent. Chaque choix que nous avons fait est néanmoins amplement documenté.

A côté de cela, on doit tenir compte de la composition de l'EBM. Cet échantillon est relativement restreint (2.213 familles) et concerne uniquement les personnes qui ne sont pas placées dans une institution spécialisée. Ainsi, il nous manque une part importante des personnes âgées ou des malades psychiatriques hospitalisés à long terme. De plus, l'échantillon n'est pas représentatif. Nous avons tenté de remédier à cela en pondérant l'échantillon. Il n'empêche que l'EBM est trop limitée pour présenter des informations crédibles sur certains groupes démographiques vulnérables/marginaux.

#### Caractéristiques de la répartition des différentes sources de financement des soins de santé en Belgique, dans une perspective comparative au niveau international.

Maintenant que nous disposons pour 1997-98 des différents frais de soins de santé au niveau familial, nous pouvons examiner les *caractéristiques de la répartition de ces sources de financement (équité verticale, équité horizontale et effet sur l'inégalité des revenus)*. Au niveau international, des recherches ont déjà été faites sur ce sujet. *Nous analysons la situation belge conformément à la méthodologie internationale et nous plaçons les résultats dans une perspective comparative internationale.* On peut trouver une analyse détaillée dans De Graeve e.a. (2003, chapitre 3).

Dans un premier temps, nous analysons *l'équité verticale* qui est le degré de financement des soins médicaux suivant les moyens. La plupart s'accorde sur le fait que le soin médical devrait être financé suivant les moyens financiers (Hurst, 1985, Wagstaff et al., 1999). Nous examinons ici plus concrètement la progressivité ou régressivité du financement. La progressivité signifie que les dépenses de soins de santé, en tant que proportion du revenu, augmentent avec le revenu. C'est le contraire pour la régressivité : la contribution est plus importante pour les groupes aux revenus les plus bas.

La progressivité du financement des soins de santé dépend de la progressivité des différentes sources de financement et de leur apport relatif. Le système de santé belge s'appuie sur cinq sources de financement : les impôts directs et indirects, les cotisations sociales, les cotisations d'assurances privées et les cotisations personnelles. Les sources de financement public correspondent à environ 80 % du total des dépenses, partagées en deux parts égales entre les cotisations sociales d'un côté et

les impôts directs et indirects de l'autre. Ce qui est une situation atypique en Europe occidentale où le financement public s'effectue en majorité soit par les cotisations sociales, soit par les impôts. Seule l'Italie connaît ce genre de situation où impôts et cotisations sociales sont plus ou moins à égalité. En Belgique, le financement privé correspond surtout aux cotisations personnelles (la part des cotisations d'assurances privées s'élève à moins de 4%). En comparaison avec d'autres pays, l'importance des sources de financement privé est plutôt limitée, en sachant que cette contribution est encore plus basse au Danemark, en Allemagne, au Royaume-Uni et en Suède.

Pour ce qui concerne l'équité verticale, on distingue généralement au niveau international trois types de financement. Un premier groupe de pays financent les soins de santé dans une grande mesure avec l'impôt, ce qui donne principalement un système de financement allant de "progressif" à "proportionnel" (Danemark, Finlande, Irlande, Portugal, Portugal, Royaume-Uni et Suède). Un deuxième groupe de pays couvre les Etats-Unis et la Suisse qui ont un système de financement très régressif, dû à la place importante des impôts directs. Finalement, la France, l'Allemagne et les Pays-Bas forment un troisième groupe de pays où les systèmes de sécurité sociale sont souvent régressifs à cause du fait que certains groupes sont exclus de l'assurance sociale ou encore que des limites sont apportées à l'imposition (la France étant une exception). En se basant sur les chiffres les plus récents, nous constatons que la Belgique - après le Danemark<sup>2</sup>, la France, les Etats-Unis et la Suisse - a les cotisations personnelles les plus régressives. Et pour ce qui concerne les cotisations d'assurances privées, la Belgique a même le système le plus régressif<sup>3</sup>. Il est néanmoins frappant de constater que le système belge total - i.e. la somme des sources de financement - est légèrement progressif (si on se base sur le "recalcul") voire même proportionnel (si on se base sur les données accouplées). Le système belge est plus progressif que ceux de la plupart des autres pays. Ceci implique que le financement privé régressif est compensé par un financement public progressif. Ce qui signifie qu'en Belgique, le principe du financement selon les moyens financiers est appliqué dans une mesure raisonnable.

*L'équité horizontale* est tout aussi importante que l'équité verticale. L'équité horizontale concerne la répartition des paiements effectifs pour chaque niveau de revenus, dans la mesure où les individus avec les mêmes ressources payent aussi les mêmes contributions pour les soins médicaux. Ainsi, il est tout à fait possible que les cotisations sociales soient inéquitables horizontalement, parce que les ménages avec les mêmes revenus payent des contributions différentes car ils appartiennent à d'autres régimes (régime général versus régime des indépendants). Nous pouvons dire la même chose pour les contributions directes : elles peuvent varier entre des ménages avec un même revenu suivant le statut d'assurance sociale, les choix d'assurance privée et/ou de prévention maladie. Les évidences empiriques établissent, dans les autres pays européens, que l'iniquité horizontale est relativement insignifiante comparée à l'iniquité verticale. Si nous observons les sources de financement séparément, nous trouvons, en général, plus d'inégalités horizontales dans les paiements privés. Ce qui était prévisible dans la mesure où l'état de santé, et non le revenu, détermine l'ampleur des paiements. Pour la Belgique, les résultats confirment le peu d'importance de l'iniquité horizontale. De même, les résultats chiffrés portant sur l'iniquité horizontale des paiements privés sont limités pour

---

<sup>2</sup> Ceci n'est valable que pour les chiffres du "Recalcul" dans De Graeve e.a. (2003, chapitre 3).

<sup>3</sup> Les cotisations d'assurances privées aux Etats-Unis et en Suisse sont plus progressives ou régressives suivant qu'on étudie les chiffres du "Recalcul" ou du "Couplage" dans De Graeve e.a. (2003, chapitre 3).

la Belgique. Ceci est sans doute dû à la procédure complémentaire utilisée pour passer des données mensuelles à des données annuelles en se basant sur la recherche de ménages similaires.

Pour terminer, nous nous attardons sur *l'effet redistributif* des paiements des soins de santé, c'est-à-dire sur l'inégalité des revenus avant et après paiements de ces soins. La progressivité, tout autant que la part moyenne du budget consacrée aux soins de santé, que les inégalités horizontales dans ce type de paiements et que les modifications apportées dans le classement des ménages selon les revenus à cause des frais de santé, déterminent l'ampleur de cet effet.

Les résultats concernant l'effet redistributif confirment l'analyse de la progressivité. En Belgique, nous constatons que la redistribution totale s'effectue en faveur des groupes de revenus inférieurs ("recalcul") ou est absente ("couplage"). Les cotisations personnelles se redistribuent en faveur des groupes de revenus élevés, mais cela est (plus que) compensé par le fonctionnement redistributif des sources de financements publics en faveur des revenus inférieurs.

#### Qui paye des cotisations personnelles dans le système actuel ?

Même si en 1997-98 le système actuel du maximum à facturer n'existait pas encore, nous pouvons calculer à quoi les cotisations personnelles devaient ressembler. A l'aide des estimations des cotisations personnelles par famille sociologique, nous esquissons un certain nombre de caractéristiques des ménages avec beaucoup et peu de cotisations personnelles dans le système actuel. Pour ces ménages, nous observons le revenu global du ménage et un certain nombre de composants du revenu tel que le revenu du travail, le revenu de l'activité indépendante, le revenu de substitution et le revenu de l'immobilier. A côté de ces données, nous étudions aussi les caractéristiques du ménage telles que la taille, l'âge, la région d'habitation et le niveau d'études de la personne de référence. Nous décrivons l'évolution de ces variables aussi bien dans un concept absolu que relatif. Une description détaillée des résultats se trouve dans De Graeve e.a. (2003, chapitre 4) et dans Schokkaert e.a. (2003). Quelques constatations importantes :

- Le rapport entre la hauteur des *cotisations personnelles absolues* et les revenus des ménages est positif. De même, tous les composants des revenus sont corrélés de manière positive avec les cotisations personnelles absolues. Les cotisations personnelles absolues plus élevées sont liées également de manière positive à une taille plus importante de ménage et à un niveau de formation plus élevé de la personne de référence. Il n'y a pas de rapport prononcé avec la région où le ménage habite, ni avec l'âge moyen de la famille.
- Les *cotisations personnelles exprimées en pourcentage du revenu du ménage*, se rapportent de manière négative au niveau du revenu du ménage. Quand ces cotisations personnelles relatives augmentent, l'importance des revenus de substitution dans le revenu global du ménage augmente. La part des cotisations personnelles exprimées en pourcentage du revenu est corrélée de manière positive avec l'âge moyen du ménage et de manière négative avec le niveau d'étude de la personne de référence. Il n'y a pas de rapport univoque entre les cotisations personnelles et la taille du ménage ou sa région d'habitation.

Dans la population totale, le groupe dont les cotisations personnelles exprimées en pourcentage du revenu sont élevées, constitue un groupe particulièrement vulnérable. Pour cela, les caractéristiques

de ce groupe ont été étudiées de plus près. Comme on ne peut pas décrire exactement à quoi correspondent "beaucoup" ou "peu de" cotisations personnelles, on a observé le groupe des familles dont les cotisations personnelles représentent 5% et plus du revenu. Ensuite, nous nous sommes plus intéressés au groupe dont les cotisations personnelles représentent 10% et plus du revenu. Pour le système actuel, nous pouvons constater les choses suivantes :

- En comparaison avec la population totale, les familles dont les cotisations personnelles correspondent à 5% ou plus du revenu ont un revenu plus bas que le revenu moyen et un apport élevé du revenu de substitution dans le revenu du ménage. Ces ménages ont, en moyenne, une taille plus petite, sont plus âgés et ont un niveau de formation plus bas que l'ensemble des ménages de la population totale.
- En proportion, il y a, dans chaque région, autant de ménages dont les cotisations personnelles correspondent à 5% ou plus du revenu, que dans la population totale. Relativement beaucoup de ménages du groupe dont les cotisations personnelles correspondent à 10% ou plus sont wallons et relativement peu sont flamands.
- L'apport du revenu de substitution dans le revenu total des ménages est, parmi les déciles de ces groupes de 5% et 10%, à chaque fois relativement élevé. Les autres caractéristiques des ménages ne présentent pas de modèle univoque parmi ces déciles.
- Il y a donc une nette différence entre les caractéristiques des ménages moyens de chaque groupe et celles de la population totale. Cependant, dans chaque groupe, il n'y a pas de cohérence univoque entre ces caractéristiques et l'importance de la part des cotisations personnelles dans le revenu du ménage.

Les cotisations personnelles, sur lesquelles toutes les conclusions précédentes se basent, sont un aspect seulement des dépenses privées de soins de santé. Dans le cas des familles sociologiques de l'EBM 1997-98, nous pouvons étudier aussi les cotisations qui ont été payées pour des assurances contre certains risques de santé. Ces cotisations sont réparties inégalement sur tous les ménages. Le fait d'en tenir compte ou non pourrait donc modifier les conclusions précédentes. Toutes les variables précédentes ont été étudiées à nouveau pour les cotisations personnelles additionnées des cotisations payées. Les conclusions ne diffèrent cependant pas de celles établies sur la base des cotisations personnelles uniquement.

#### Simulation de réformes possibles du système de santé : évaluation de l'effet sur les cotisations personnelles.

L'accessibilité financière aux soins de santé pour l'individu ou pour le ménage a toujours été un élément important de notre système de santé publique. Voilà pourquoi nous avons opté, dans notre pays, pour une assurance sociale obligatoire, avec des dispositions supplémentaires favorables aux groupes socio-économiques plus faibles, et que le système du maximum à facturer a été introduit, avec des plafonds maximaux pour les paiements personnels. D'un autre côté, le système lutte depuis toujours contre le problème du contrôle des dépenses. A cette fin ont été introduites des hausses du ticket modérateur et se pose la question du rééquilibrage du système. Nous examinerons maintenant ce que seront les résultats sur l'équité d'un nombre de politiques possibles en comparaison avec le

système actuel (décrit dans le paragraphe précédent) du maximum à facturer. Nous considérons quatre options : 1) la (ré)introduction de la franchise fiscale et sociale ; 2) la suppression du statut protégé en employant l'argent libéré pour diminuer les plafonds du ticket modérateur dans le cadre du maximum à facturer ; 3) l'extension du régime général à tous les assurés ; 4) la suppression des petits risques de l'assurance obligatoire.

En nous basant sur la comparaison des cotisations personnelles dans le système actuel et dans les réformes simulées, nous traçons les gagnants et les perdants possibles du passage d'un système simulé au système actuel. Les gagnants et les perdants sont indiqués en termes relatifs, i.e. la différence entre les deux systèmes, en termes de cotisations personnelles en pourcentage du revenu. Une description détaillée des résultats figure dans De Graeve e.a. (2003, chapitre 4) et dans Schokkaert e.a. (2003).

Dans une première simulation, nous nous intéressons au *système d'avant le maximum à facturer*. Dans ce précédent système, il n'y avait pas de compensation du ticket modérateur au niveau de la famille sociologique et les médicaments n'étaient pas compris dans le décompte du ticket modérateur. Les ménages qui ont, en comparaison avec la population totale, un revenu plus bas que le revenu moyen et un apport plus ou moins élevé du revenu de substitution, semblent les gagnants de l'introduction du maximum à facturer. La taille moyenne et l'âge de ces ménages sont plus élevés que la moyenne de la population totale. Nous trouvons relativement beaucoup de familles wallonnes et relativement peu de familles flamandes chez les gagnants. Pour un nombre assez important de ménages, le retour en arrière du maximum à facturer vers une franchise sociale et fiscale provoquera alors une détérioration évidente de la situation, surtout pour les groupes à risques.

Dans un deuxième scénario, nous *supprimons le statut protégé*. Cette suppression est compensée par la baisse des barèmes du ticket modérateur dans le cadre du maximum à facturer et par l'application de compensations du ticket modérateur au niveau de la famille sociologique. Les perdants de la suppression du statut protégé semblent être surtout les ménages avec un revenu bas et des revenus de substitution importants ; de plus, ces ménages sont relativement petits, âgés et ont un niveau de formation plus bas. Les gagnants de ce deuxième scénario ont également un revenu moyennement bas et un apport élevé du revenu de substitution, mais les autres caractéristiques du ménage se différencient peu de la moyenne globale. La comparaison entre les gagnants et les perdants de la suppression du statut protégé a fait apparaître que les perdants sont plus vulnérables que les ménages qui y gagnent grâce à la baisse des barèmes du ticket modérateur et au passage d'un concept de famille mutualiste à celui d'une famille sociologique. Ceci veut donc dire que le système actuel du statut protégé a bien une fonction et ne peut pas être remplacé par une extension du système du maximum à facturer.

Dans un troisième scénario, nous *supprimons la distinction entre les indépendants et les allocataires du régime général*. Dans le système simulé, tous les bénéficiaires sans (avec) statut protégé sont traités comme les bénéficiaires sans (avec) statut protégé du régime général actuel. Les gagnants de cet alignement ont un revenu plus que moyen et les caractéristiques de ces ménages sont très semblables à la moyenne générale. Du point de vue de la répartition, l'harmonisation entre régime général et régime des indépendants n'est donc pas une priorité.



Dans un dernier scénario, les *petits risques* sont *supprimés* de l'assurance obligatoire du régime général. Les plus grands perdants de cette opération sont les familles avec un revenu bas et une part relativement importante de revenu de substitution. Les pertes sont aussi corrélées négativement au niveau de formation de la personne de référence et positivement avec l'âge moyen. Il n'y a pas de rapport univoque entre, d'un côté, les pertes et, de l'autre côté, la taille du ménage ou sa région d'habitation. La diminution de la protection dans le régime général de l'assurance maladie obligatoire - en laissant chacun responsable pour les petits risques - risque donc d'avoir des effets dramatiques sur la répartition. Les groupes actuels à risques en souffriront gravement.

#### Evolution dans le temps des cotisations personnelles pour les soins de santé (1979-1997).

Nous avons, ci-dessus, analysé les caractéristiques de l'équité du système actuel et nous avons simulé les effets des politiques alternatives. Maintenant, nous pouvons encore revoir le passé : comment ont évolué dans le temps la charge financière qu'entraîne la consommation de soins de santé pour les ménages et les caractéristiques de leur répartition ? A partir de là, nous avons essayé de mettre à plat l'évolution des cotisations personnelles dans le temps, sur la base des EBM de l'INS de 1978-79, 1987-88 et 1997-98.

Comme nous l'avons expliqué dans le premier paragraphe, les données de l'EBM souffrent de quelques défauts. Les changements de méthodologie d'enquête durant cette période donnée induisent des problèmes supplémentaires. Pour 1997-98, des manipulations de données détaillées ont été effectuées afin d'apporter la meilleure solution possible au problème. Le travail nécessaire pour obtenir des résultats a été si poussé qu'il est impossible de le répéter pour les deux autres enquêtes. De Graeve e.a. (2003, chapitre 2) a effectué et documenté des adaptations, considérées comme essentielles, sur les données originelles afin de rendre l'analyse conséquente dans le temps. Il doit être clair que les approches sont ici plus brutes. A cause de cela et afin d'en garantir la conséquence, nous limiterons aussi la vision détaillée des analyses au niveau du décile et nous ne la pousserons pas jusqu'au niveau individuel. Toutefois, il est, ici aussi, important d'user de la circonspection nécessaire pour ce qui concerne les données chiffrées qui en résultent.

Les informations des EBM nous ont permis de rédiger un indicateur du bien-être des ménages, i.e. les dépenses<sup>4</sup> totales d'une famille sociologique, et de le mettre en relation avec les cotisations personnelles des soins de santé par famille sociologique, i.e. la somme des tickets modérateurs, suppléments et dépenses de biens/services de santé non couverts par l'assurance maladie obligatoire. La construction de ces deux variables est une affaire complexe et est décrite avec exactitude dans De Graeve e.a. (2003, chapitre 2)

Sur la base de données chiffrées, nous examinons tout d'abord comment a évolué dans le temps la part des cotisations personnelles dans le budget moyen. Ces informations factuelles sont importantes. Une analyse récente des soins de santé en Belgique indique qu'on a atteint la limite pour les cotisations personnelles (Peers 1999). Une telle conclusion est sans doute basée sur une vision qualitative. Aussi pouvons-nous la maintenir pour ce qui concerne le quantitatif (ou, le cas échéant, la contredire). Plus spécifiquement, nous pouvons voir quelle charge financière implique la consommation de soins médicaux pour les ménages et dans quelle mesure cette charge a augmenté

---

<sup>4</sup> Nous n'utilisons plus ici le revenu comme indicateur de bien-être parce qu'il est moins consistant pour les analyses dans le temps.

proportionnellement en 1997-98 par rapport aux 10 ou 20 ans passés. Les chiffres montrent que la part des cotisations personnelles dans le budget est passée de 2,1 à 3,4% entre 1978-1979 et 1997-98.

Deuxièmement, en analysant l'évolution des parts de budget par décile de dépenses, nous examinons si oui ou non, elle s'est déroulée de la même manière pour des groupes socio-économiques différents. Excepté pour les déciles 7 et 10, la hausse de la part moyenne du budget est comparable pour tous les déciles. Ces deux derniers déciles (avec des revenus relativement élevés) ont connu une hausse plus prononcée, sans que nous ayons pu en découvrir la cause.

Pour finir, nous analysons la répartition/inégalité des parts de cotisations personnelles dans les budgets sur les déciles de dépenses et l'évolution de cette répartition/inégalité dans le temps. Nous avons utilisé deux critères. Comme premier critère, pour mesurer l'équité verticale, nous avons calculé l'index Kakwani. Ce critère montre que les cotisations personnelles sont réparties de manière régressive sur chaque année. Ce qui signifie que la part des cotisations personnelles dans le budget augmente à mesure que les dépenses totales baissent. Exactement comme dans l'analyse détaillée de 1997, nous constatons que, pour les cotisations personnelles, le principe des paiements en fonction des moyens financiers ne fonctionne pas. Ceci est valable pour toute la période. Par contre, la régressivité des cotisations personnelles diminue tout de même dans le temps. Nous analysons également un deuxième critère : l'effet redistributif. Comme dans l'analyse détaillée de 1997, l'effet redistributif reste toujours en faveur des plus fortunés. La répartition des dépenses après paiement des soins de santé est plus inégale que si on exclue ces paiements sur toute la période. Mais cette augmentation de l'inégalité reste assez constante dans le temps. En résumé, nous pouvons donc supposer que la part moyenne des cotisations personnelles dans le budget des ménages a augmenté mais que la régressivité des cotisations personnelles a diminué entre 1978-79 et 1997-98, de telle manière que l'effet redistributif est resté assez constant dans le temps.

Pour conclure, nous tenons à insister sur le fait que nous n'avons pas cherché d'explication à la hausse de la part moyenne du budget, ni à la diminution de la régressivité. Le lecteur intéressé regrettera peut-être ces absences, mais, selon nos informations, cette étude est la première de la sorte où des informations systématiques sur les cotisations personnelles ont pu être rassemblées de manière consistante. Ensuite, nous devons aussi insister sur le fait que l'évolution dans le temps n'a aucune valeur de prédiction pour aujourd'hui. L'analyse s'arrête en 1997. Entre-temps, un nombre important de transformations a pu changer considérablement la vision du problème.

### Résumé.

La présente étude donne une image des caractéristiques de répartition des soins de santé jusqu'en 1998. Une comparaison avec d'autres pays (européens) a été effectuée, l'impact de régimes alternatifs sur les cotisations personnelles a été simulé et une comparaison limitée dans le temps a été entreprise. En voici les conclusions principales :

- Le système de financement de la santé publique belge - ce qui signifie la somme des paiements aussi bien obligatoires que volontaires, dans le cadre des soins de santé - est proportionnel ou légèrement progressif. La part moyenne du revenu dépensée pour les dépenses de soins de santé est égale pour tous les groupes de revenus. Ainsi, la Belgique

connaît un système plus progressif que la plupart des autres pays. Cependant, les cotisations personnelles des ménages (entre autre les tickets modérateurs, les suppléments et les paiements non couverts par les assurances) sont réparties de manière plus régressive en Belgique que dans la plupart des pays. Ceci est cependant compensé par un financement public progressif grâce aux cotisations sociales et à l'impôt. (Ce dernier, avec un apport d'environ 80% de l'effort financier total, est aussi bien plus important que les cotisations personnelles.)

- Les ménages pour qui les cotisations personnelles absorbent une grande partie du revenu constituent un groupe particulièrement vulnérable. En comparaison avec la population totale, les ménages pour qui les cotisations personnelles s'élèvent à 5% ou plus du revenu ont un revenu plus bas que le revenu moyen et reçoivent plus de revenus de substitution que la moyenne. Les ménages sont aussi plus petits, plus âgés et ont un niveau de formation plus bas que les autres ménages.
- La part des cotisations personnelles entre 1978-79 et 1997-98 a augmenté de 2,1 à 3,4%. En même temps, ces contributions semblent être réparties de manière moins régressive dans la dernière année que dans la première.
- Les simulations ont démontré qu'on ne peut recommander aucune politique alternative du point de vue de la répartition :
- La suppression du maximum à facturer et le retour vers l'ancien système de franchise sociale et fiscale aggraverait nettement la situation pour un nombre important de ménages, surtout les groupes à risque.
- Une deuxième simulation a démontré que le système actuel du statut protégé a une fonction très importante pour la protection des ménages avec un bas revenu et ne peut pas être simplement remplacé par l'extension du système du maximum à facturer.
- La suppression de la couverture des petits risques par l'assurance obligatoire toucherait gravement les groupes actuellement à risques et serait une lourde charge pour les groupes actuellement relativement bien protégés (surtout les ménages avec un revenu du travail bas).

#### Recommandations pour une recherche ultérieure.

Rendre les données utilisables, bien plus que les analyser, nous a demandé le plus d'efforts. Si nous avions pu utiliser les données administratives, nous aurions pu consacrer plus de temps à des analyses portant sur le contenu, avec d'ailleurs des résultats plus fiables. Il n'est pas clair pour nous de savoir si on peut, techniquement ou juridiquement, accoupler des données administratives à des données de l'EBM. A l'origine du projet, cette piste a été fouillée de manière limitée. Nous pensions que notre chance était presque nulle de réussir, pendant la durée du projet, un accouplement exact entre l'EBM d'une part et les données administratives d'autre part. Le nombre d'hypothèses et le fait que cette méthode de couplage prend énormément de temps rendront évident, espérons-le, que la recherche future, sur les caractéristiques de répartition des composants du financement des soins de

santé belge, bénéficiera d'un accouplement exact entre l'EBM et un certain nombre de données administratives.

Même avec un accouplement entre l'EBM et un nombre de fichiers administratifs, une seule étude est possible : celle de la répartition globale des cotisations personnelles dans les soins de santé. Une telle analyse globale doit être complétée par une étude précise de la situation des groupes à risques comme les plus pauvres et les malades chroniques, puisque ces groupes sont souvent sous-représentés dans les enquêtes.

Nous espérons que cette étude sera l'amorce d'une récolte d'informations plus fiables sur les cotisations personnelles dans les soins de santé. Il n'est pas exclu qu'avec de nouvelles données, certaines de nos conclusions doivent être relativisées. Toutefois, il ne faut pas relativiser l'importance de la technique des micro-simulations. Cette technique est absolument nécessaire pour avoir une image cohérente des aspects de la répartition dans les mesures politiques concrètes.

### Références

- Adriaenssen I. et De Graeve D. (2000), Socio-economische determinanten van medische consumptie. Analyse Gezondheidsenquête 1997, *Onderzoeksrapport UA*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Adriaenssen I. et De Graeve D. (2001), Wie valt er door de mazen van het net? Verkennend profiel van de patiënt met betalingsproblemen in het ziekenhuis, *Onderzoeksrapport UA*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Decoster, A., Schokkaert, E. et Van Dongen, H.(1994), Een Microsimulatiemodel voor Indirecte Belastingen in België, *Eindrapport Project PE/01/008*, Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Economische Studiën.
- De Graeve D. et Duchesne I. (1997), Equity in health and in medical care consumption in Belgium, *Rapport 341*, Antwerpen: UFSIA, Studiecentrum voor Economisch en Sociaal Onderzoek.
- De Graeve, D., Cantillon, B., Schokkaert, E., Kerstens, B., Van Camp, G., et Van Ourti, T. (2003), Billijkheid in de financiering van medische zorg, *Eindrapport DWTC-project SO/01/005*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen. Op: <http://www.ufsia.ac.be/csb/index.html>
- Hurst, (1985), Financing health services in the United States, Canada and Britain, London: King Edward's Hospital Fund.
- Peers, J. (1999), Gezondheidszorg in België. Uitdagingen en opportuniteiten, (Health care in Belgium. Challenges and opportunities) 227 p.
- Schokkaert, E., De Graeve, D., Van Camp, G., Van Ourti, T. et Van de Voorde C. (2003), Maximumfactuur en kleine risico's: verdeling van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg in België, Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Economische Studiën.
- Socialistische Mutualiteit, (1998), Strijden voor een toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle sociale zekerheid, *Schrift mutualistische verkiezingen 1998*, 46 p.
- Socialistische mutualiteiten, (2000), De Socialistische Mutualiteiten nu en morgen. Reflecties aan de vooravond van de eeuwwisseling, *Schrift congreseditie 2000*, 112 p.
- Van Doorslaer, E, A Wagstaff, H Bleichrodt, et al.(1997), Socioeconomic inequalities in health: some international comparisons, *Journal of Health Economics*, 16, 1, 93-112.
- Van Doorslaer, E, A Wagstaff, H van der Burg, et al. (2000), Equity in the delivery of health care in Europe and the US, *Journal of Health Economics*, 19, 5, 553-583.
- Van Ourti, T, (2002), Measuring horizontal inequity in health care using Belgian panel data. *Onderzoeksrapport UA*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Wagstaff, A, E Van Doorslaer, S Calonge et al. (1992), Equity in the finance of health care: some cross-country comparisons, *Journal of Health Economics*, 11, 4, 361-387.
- Wagstaff, A, E Van Doorslaer, H Van der Burg et al., (1999), Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, vol 18, 263-290
- World Bank (2000), *World Development report 2000/2001: Attacking Poverty*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization (2000), *The World Health report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: The World Health Organization.