



## Les dépenses privées en soins de santé en Belgique: ouvrir la boîte noire

2012/8  
18 | 04 | 2012



**20% des frais médicaux ne sont pas couverts en Belgique. La Belgique est, à ce point de vue, encore pire que les Etats-Unis. Itinera appelle le gouvernement à prendre des mesures afin de lutter contre les inégalités dans les soins de santé.**

*L'itinera Institute a présenté ce 18 avril une étude analysant la contribution du patient dans le coût des soins de santé en Belgique. Du rapport, il ressort que 24,9% des dépenses en soins de santé ne sont pas couverts par l'assurance-maladie obligatoire. 8 millions de belges disposent d'une assurance complémentaire, mais celles-ci ne couvrent que 5% du total des dépenses en soins de santé. La Belgique est le mauvaise élève de la classe : on fait pire que nos voisins, et même que les Etats-Unis. En Belgique, 20% des dépenses de santé sont supportées directement par le patient. Aux Etats-Unis, cette contribution n'atteint « que » 12,3%. Il y a de plus en plus de signes qu'une proportion croissante de personnes éprouve des difficultés à financer ses soins. Cela est particulièrement perceptible chez les personnes souffrant du cancer. Itinera appelle donc le gouvernement à prendre des mesures afin de lutter contre les inégalités dans les soins de santé.*

**24,9% des dépenses en soins de santé ne sont pas couvertes par la sécurité sociale.**

Les dépenses en soins de santé en Belgique sont sur une pente ascendante. La plus grande partie des dépenses est financée par la sécurité sociale. Mais la proportion du coût des soins de santé que le patient doit lui-même supporter est loin d'être négligeable, atteignant 24,9%. Cela représente les dépenses non-couvertes par l'assurance-maladie obligatoire, à savoir l'INAMI.

## **Les assurances complémentaires ne couvrent que 5% des dépenses totales en soins de santé**

Un nombre croissant de belges – environ 8 millions – disposent d’une assurance-maladie complémentaire, fournie par l’employeur ou prise à titre individuelle. La proportion de ces assurances complémentaires dans le total des dépenses ne se montent qu’à 5%. Cela signifie que le patient doit supporter 20% des dépenses lui-même. Cette proportion est bien supérieure à celles observées chez nos voisins. A titre de comparaison, ce chiffre n’est que de 5,7% aux Pays-Bas.

## **Les dépenses supportées par le patient sont plus élevées en Belgique qu’aux Etats-Unis.**

Environ 20% des dépenses en soins de santé sont supportées directement et entièrement par le patient, sans qu’une quelconque assurance n’intervienne. Aussi incroyable que cela puisse être, cette proportion est plus élevée qu’aux Etats-Unis, où ce chiffre « n’atteint que » 12,3%.

## **L’organisation des inégalités dans la santé**

Les patients qui font face aux coûts les plus élevés sont souvent les personnes avec les revenus les plus bas, au chômage, isolés, etc. Ce sont effectivement ces personnes pour qui une assurance complémentaire n’est pas accessible. Par ce biais, nous organisons l’inégalité dans la santé.

## **Les patients sont tirés dans les problèmes par le coût des soins de santé**

Malgré les mesures de protection pour les groupes vulnérables telles que l’introduction de la facture maximum et le statut OMNIO, la contribution du patient dans les dépenses totales reste élevée. Ces mesures n’ont permis de mutualiser solidairement seulement qu’une partie des dépenses privées. Pour un patient vulnérable, confronté à des problèmes de santé chronique, ces compensations ne représentent que 13% des dépenses à sa charge. Il y a de plus en plus de signes qu’une proportion croissante de personnes éprouve des difficultés à financer ses soins. Cette réalité se perçoit, par exemple, très concrètement chez les personnes défavorisées souffrant du cancer.

## **Des problèmes concrets découlant de la contribution importante du patient dans le coût de ses soins**

Sur base de dossiers anonymes existants, Itinera a inventorié quelques exemples concrets d'interventions médicales non-couvertes. Par exemple, le coût d'une reconstruction mammaire durable (technique DIEP flap) peut atteindre 4000€. Ce montant n'est pas remboursable, ni par l'assurance obligatoire, ni par l'assurance complémentaire. Cela signifie que seulement 1 femme sur 4 a les moyens de bénéficier d'une reconstruction mammaire après un tel évènement.

Vous trouvez davantage d'exemples concrets dans le document ci-joint : « Exemples concrets tirées d'expériences réelles ».

## **Rôle pour l'Etat**

Le 27 juin prochain, Itinera présentera un rapport de suivi avec des recommandations concrètes afin de contribuer à une meilleure organisation des soins en Belgique.

Pour des informations détaillées vous pouvez télécharger l'étude sur [www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)  
Pour plus d'information, prenez contact avec Pieter Van Herck (Senior Fellow Itinera Institute)  
**0498/751028**

Pour une croissance économique  
et une protection sociale durables