

LA CONCENTRATION DES DEPENSES DE SANTE EN 2010 ET 2018

[Keywords]



Une publication des **Mutualités Libres**

Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Rédaction > Wies Kestens, Güngör Karakaya, Luk Bruyneel, Murielle Lona, Agnès Leclercq

www.mloz.be

(© Mutualités Libres / Bruxelles, janvier 2021
(Numéro d'entreprise 411 766 483)

LA CONCENTRATION DES DEPENSES DE SANTE EN 2010 ET 2018

CONTENU

01	Introduction	4
	Questions de l'enquête.....	5
02	Méthodologie	6
	Conception de l'étude	6
	Population de l'étude.....	6
	Variables de l'étude.....	7
	Analyse statistique.....	10
	Limites de l'étude.....	11
03	Résultats	12
	Evolution de la concentration des dépenses à charge de l'assurance obligatoire entre 2010 et 2018.....	12
	Les facteurs explicatifs de l'évolution de la concentration des dépenses de santé.....	13
	Les dépenses propres des « grands utilisateurs », des « plus grands utilisateurs » et de l'ensemble de la population en 2018	20
04	Conclusion	25
	Evolution de la concentration des dépenses de santé entre 2010 et 2018.....	25
	Facteurs sous-jacents de la concentration des dépenses de santé en 2018	25
	Dépenses propres en 2018.....	26
05	Discussion	27
	Des dépenses évitables ?	27
	Hétérogénéité des « grands utilisateurs » et des « plus grands utilisateurs ».....	27
	Dépenses propres et le système MAF	27
	Recherches complémentaires.....	28
06	Recommandations.....	29
07	Références	31
08	Annexes	33

INTRODUCTION

En Belgique environ 10% du produit intérieur brut (PIB) est consacrée aux soins de santé en 2019, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE (9.8%), mais inférieur à la France (11.3%) et à l'Allemagne (11.3%) [1]. Le Comité d'étude sur le vieillissement calcule que la part des soins de santé dans les dépenses publiques passera de 7.9% du PIB (2019) à 10.0% du PIB en 2040, entre autres à cause du vieillissement de la population, bien que la crise actuelle du coronavirus crée une incertitude quant à ces prévisions [2]. Les soins de santé constituent donc l'un des principaux piliers de la sécurité sociale en Belgique et leur importance au sein des dépenses publiques va vraisemblablement augmenter dans les années à venir. Il est dès lors important d'analyser régulièrement ces dépenses, d'autant plus que les dépenses de la Belgique en soins de santé par habitant sont relativement importantes par rapport à la moyenne des autres pays de l'UE : €3,679 contre €2,572 [1].

En 2013, nous analysons une première fois la concentration des dépenses de santé des membres des Mutualités Libres en 2010 [3]. A l'époque, nous constatons une très forte concentration des dépenses chez une petite partie des membres. Entre 2010 et 2018, les dépenses totales de soins de santé à charge de l'assurance obligatoire des Mutualités Libres sont passées de €3.6 milliards à €4.6 milliards. En même temps, nous constatons également une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, qui sont responsables d'une grande partie des dépenses de santé [4]. Dans cette étude, nous analysons donc l'évolution de la concentration des dépenses de santé des membres des Mutualités Libres entre 2010 et 2018.

Les recherches montrent que, parmi les 1%, 5% et 10% de personnes ayant les dépenses de santé les plus élevées, on trouve relativement plus de personnes âgées, de personnes décédées, de personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, de femmes, de minorités ethniques et de personnes avec un statut socio-économique inférieur [5]–[8]. Nous examinons dès lors le profil socio-démographique de notre population et les 1%, 5% et 10% de personnes ayant les dépenses de santé les plus élevées, ainsi que l'évolution de ce profil entre 2010 et 2018.

Les dépenses dans le cadre d'une hospitalisation représentent une grande partie des dépenses des « grands utilisateurs », tout comme les dépenses en médicaments et en soins ambulatoires [9]–[11]. Nous examinons la part des principaux postes de dépenses, à savoir les hospitalisations, les dépenses en médicaments, les forfaits pour les séjours en centres de soins résidentiels et les honoraires des médecins en 2010 et 2018.

L'Enquête de Santé 2018 montre que 9.1% des ménages doivent reporter des soins en raison d'obstacles financiers [12]. En plus, 24% des dépenses de santé en Belgique restent à la charge du patient ou des assurances facultatives [1]. Des dépenses de santé élevées (à charge de l'assurance obligatoire) s'accompagnent de dépenses personnelles élevées [10]. Nous examinons dès lors les dépenses propres, à savoir le ticket modérateur et les suppléments qui restent à charge du patient, et spécifiquement pour les personnes avec les dépenses de santé les plus élevées.

Questions de l'enquête

Nous formulons nos questions de recherche comme suit :

- Comment la concentration des dépenses de santé à charge de l'assurance obligatoire parmi les membres des Mutualités Libres a-t-elle évolué entre 2010 et 2018 ?
- Quels éléments permettent d'expliquer l'évolution (éventuelle) de la concentration des dépenses de santé entre 2010 et 2018 ?
- A combien s'élèvent les dépenses (ticket modérateur et suppléments) que le patient doit supporter lui-même pour ses soins de santé en 2018 ?

Conception de l'étude

Nous réalisons une étude longitudinale rétrospective.

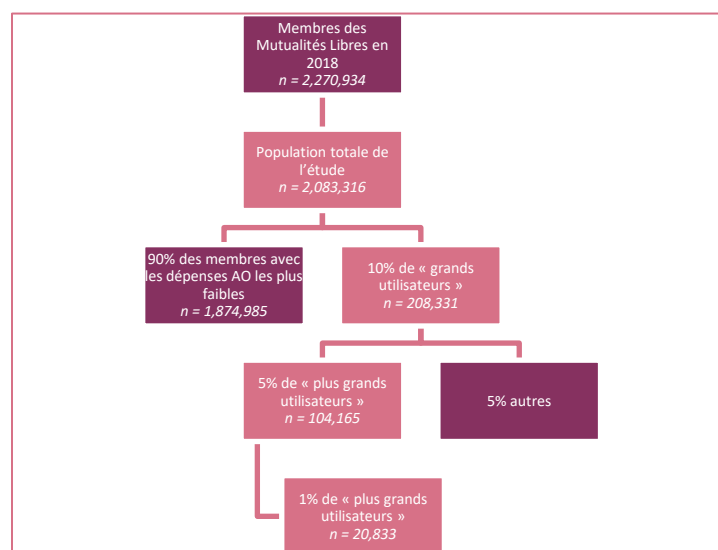
Population de l'étude

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont les données administratives relatives aux membres des Mutualités Libres en 2010 et 2018. Il s'agit ici des données de population, c'est-à-dire une série de données générales telles que l'année de naissance, le sexe, le droit ou non aux différents montants forfaitaires, etc.

La population de notre étude se compose des personnes qui étaient affiliées de façon continue aux Mutualités Libres entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2010 et/ou entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018, y compris les personnes décédées et les bébés nés en cours d'année. Sont donc exclus les assurés qui ont changé d'organisme assureur ou qui ne se sont affiliés qu'en cours d'année (à l'exception des nouveau-nés). Les membres qui ont une convention internationale ou qui résident à l'étranger sont également exclus. **Au total, la population se compose de 2,083,316 membres en 2018 et de 1,962,526 membres en 2010 [3].** Entre 2010 et 2018, le nombre de membres satisfaisant nos critères de sélection a donc augmenté de 6.2%.

Nous avons constitué trois groupes de utilisateurs de soins sur la base de leur niveau de dépenses de soins de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire : les 1% de « plus grands utilisateurs », les 5% de « plus grands utilisateurs » et les 10% de « grands utilisateurs » appartiennent aux groupes qui consomment le plus de soins de santé en 2018, respectivement 1%, 5% et 10%. La population de notre étude est donc la suivante :

Figure 1 : Population de l'étude



Pour la population de 2010, nous utilisons l'analyse précédente de la concentration des dépenses de santé [3] et nous renvoyons également à cette étude pour de plus amples informations sur la population de l'étude en 2010.

Dans l'Annexe 1, nous comparons la population d'étude des Mutualités Libres en 2018 à la population belge pour un certain nombre de caractéristiques : groupes d'âge, sexe, statut BIM et lieu de résidence (région). Par rapport à la population belge, nous constatons que la population des Mutualités Libres comprend, en pourcentage, moins de personnes avec le statut Intervention Majorée et est surreprésentée à Bruxelles.

Variables de l'étude

Les dépenses

Les données administratives contiennent des données sur les dépenses de soins de santé. Pour cette étude, nous utilisons toutes les prestations médicales réalisées entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018 qui ont été remboursées par l'assurance maladie. Les données administratives ont été complétées ou corrigées, le cas échéant, comme par exemple pour le prix de la journée d'entretien à 100%. Ce point est détaillé dans l'étude précédente [3], [4].

En plus des dépenses à charge de l'assurance obligatoire, désormais désignées comme dépenses AO, le membre paiera éventuellement de sa poche le ticket modérateur et les suppléments pour les soins de santé. Les informations sur les suppléments ne sont complètes que pour les prestations dans le cadre d'une hospitalisation, et donc pas pour les suppléments pour les prestations ambulatoires, comme par exemple les consultations chez le dentiste ou le médecin généraliste. Il manque également des informations sur les prestations qui ne sont pas remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Dans nos analyses, nous regroupons les dépenses AO selon les principaux postes de dépenses :

- Dépenses dans le cadre d'une hospitalisation avec au moins une nuitée. Ceci comprend donc également les dépenses en médicaments et les honoraires des médecins s'ils sont réalisés dans le cadre d'une hospitalisation ;
- Dépenses relatives aux médicaments délivrés en officine publique ou en ambulatoire à l'hôpital ;
- Dépenses d'honoraires de médecins en milieu ambulatoire : pour la biologie clinique, l'imagerie médicale, les consultations, visites et avis, les prestations spéciales, la chirurgie, la gynécologie et la surveillance ;
- Forfaits centre de soins résidentiels : l'assurance maladie prévoit une intervention pour une partie des frais de soins des résidents des maisons de repos (MRPA, MRS et CSJ). Pour chaque type de maison de repos, l'INAMI calcule un forfait spécifique. La mutualité des résidents paie les forfaits à la maison de repos. Le montant du forfait dépend du degré de dépendance de tous les résidents et des caractéristiques du personnel soignant employé dans la maison de repos¹.

Nous regroupons également les suppléments et le ticket modérateur selon les principaux postes de dépenses :

¹ INAMI - Soins en MRPA, MRS et CSJ

- Dépenses dans le cadre d'une hospitalisation avec au moins une nuitée ;
- Dépenses relatives aux médicaments délivrés en officine publique ou en ambulatoire à l'hôpital ;
- Dépenses d'honoraires de médecins en milieu ambulatoire : pour la biologie clinique, l'imagerie médicale, les consultations, visites et avis, les prestations spéciales, la chirurgie, la gynécologie et la surveillance ;
- Frais de logement : les suppléments payés par le membre pour un séjour dans un centre de soins résidentiels.

Enfin, nous considérons également les dépenses AO qui sont destinées au remboursement du ticket modérateur au membre dans le cadre du Maximum à Facturer (MAF²). A partir d'une certaine limite de dépenses en tickets modérateurs, déterminée en fonction de la qualité du ménage (notamment sur la base du revenu du ménage), tous les autres tickets modérateurs de cette année civile sont entièrement à charge de l'assurance obligatoire. Ce système, appelé « Maximum à Facturer », protège les ménages des dépenses de santé trop élevées :

- Nous identifions les personnes avec un remboursement MAF sur la base des codes nomenclature suivants : 781616, 781631, 781653, 781675, 781690, 781712, 781734, 781756, 781771, 781793, 781815, 781874, 781896, 781911, 781933, 781955;

Variables pour expliquer l'évolution des dépenses

Nous utilisons un certain nombre de caractéristiques pour étudier notre population, en nous basant sur les choix méthodologiques de l'étude précédente [3] :

- L'âge de l'individu au 31 décembre de l'année en question
- Le sexe de l'individu au 31 décembre de l'année en question
- Le droit à l'intervention majorée (BIM) de l'individu au 31 décembre de l'année en question
 - Les bénéficiaires BIM sont des personnes vulnérables qui reçoivent un remboursement plus élevé de leurs dépenses en soins de santé et médicaments. Ce droit est octroyé sur la base d'un statut social ou de certaines interventions³. Ce statut peut être utilisé comme indicateur (une approche) de la situation socio-économique de l'assuré. Nous distinguons les assurés qui ont droit à l'intervention majorée de ceux qui n'y ont pas droit.
- Le décès de l'individu pendant l'année en question
 - La date du décès est utilisée pour estimer le nombre de mois pendant lesquels une personne aurait pu engager des dépenses.

² INAMI - Le Maximum à Facturer (MAF) maintient les frais médicaux dans les limites.

³ INAMI - Intervention majorée : meilleur remboursement de frais médicaux
<https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majorée-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx>

- Afin de mieux comprendre les dépenses, tant à charge de l'assurance maladie que propres, des personnes décédées, pour la Figure 5, l'Annexe 4 et l'Annexe 5, la dernière année de vie des personnes décédées est étudiée, qui couvre donc vraisemblablement plusieurs années civiles (2017 et 2018). En 2018, 15,536 personnes sont décédées, dont 15,401 ne vivaient pas à l'étranger ou n'avaient pas changé de mutualité pendant les 12 derniers mois de leur vie. Pour ce groupe, nous disposons donc de données complètes sur leur dernière année de vie, et nous considérons donc uniquement ces personnes pour la Figure 5, l'Annexe 4 et l'Annexe 5.
- Le séjour de l'individu dans un centre de soins résidentiels pendant l'année 2018
 - Toute personne qui passe au moins une nuit dans un centre de soins résidentiels et pour laquelle une dépense a été enregistrée à cet effet.
- Avoir au moins une période d'incapacité de travail en 2018
 - Toute personne qui passe au moins par une période d'incapacité de travail en 2018 est observée ici. Nous ne faisons pas de distinction entre les périodes d'incapacité de travail primaire et les périodes d'invalidité (incapacité de travail secondaire).
 - Pour cet indicateur, seule la population active (19-64 ans) est observée.
- Le revenu du quartier (secteur statistique) où vit l'individu (pas dans l'étude précédente)
 - Statbel donne annuellement le revenu fiscal moyen et médian par secteur statistique, ainsi que le nombre total de ménages qui y résident⁴. Sur la base du revenu médian par secteur statistique, nous avons subdivisé la population en 3 groupes de revenus. Nous utilisons le revenu médian par secteur statistique car il n'est pas influencé par des valeurs fortement aberrantes (outliers). Pour 90,118 individus, il n'était pas possible de déterminer ce groupe de revenus parce que les informations pertinentes font défaut dans les données de Statbel ou dans nos données.
 - 20% les plus pauvres : l'individu vit dans l'un des quartiers (secteurs statistiques) où vivent 20% des ménages avec le revenu le plus faible.
 - 20% les plus riches : l'individu vit dans l'un des quartiers (secteurs statistiques) où vivent les 20% de ménages avec le revenu le plus élevé.
 - 60% moyens : l'individu vit dans l'un des quartiers (secteurs statistiques) où vivent 60% des ménages dont le revenu ne fait pas partie des 20% les plus faibles ou des 20% les plus élevés.
- 23 maladies chroniques

⁴ Statbel - Revenus fiscaux 2018 : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>

- Nous ne disposons pas du diagnostic médical des affections dont souffrent ces personnes. Nous avons toutefois pu définir des proxys de diagnostic (23 au total, en considérant également le cancer comme une maladie chronique) basés, d'une part, sur un critère d'utilisation de médicaments spécifiques pendant un certain temps (minimum 90 jours de traitement par an, ou 120 jours pour une dépression et d'autres troubles de l'humeur) et, d'autre part, sur la facturation de certains codes nomenclature de l'INAMI ou hospitalisations spécifiques (pour 4 maladies chroniques : insuffisance rénale, santé mentale, cancer et transplantation d'organes). Cette méthodologie est décrite en détail dans l'étude précédente [3], [4].

Analyse statistique

Nous examinons l'évolution de la concentration des dépenses de santé en comparant, de manière visuelle et descriptive, le cumul des dépenses AO en 2010 et 2018.

Les variables de l'étude sont utilisées pour expliquer les changements (éventuels) dans la concentration des dépenses de santé entre 2010 et 2018. Tout d'abord, nous comparons les principaux postes de dépenses en 2010 et 2018 afin de déterminer quel poste a connu la plus forte augmentation. Ensuite, nous effectuons une analyse descriptive sur le profil des populations en 2010 et 2018, en comparant nos conclusions pour 2018 avec les résultats de l'étude précédente. Pour chacune des caractéristiques étudiées, nous fournissons une brève description.

De plus, par analogie avec l'étude de 2013, nous établissons un modèle linéaire multiple basé sur la méthode des moindres carrés (MMC) pour analyser la relation entre les dépenses mensuelles pour les soins de santé et le profil de la population (Annexe 6). Les membres qui sont nés ou décédés au cours de l'année ont eu des dépenses en soins de santé pendant une période inférieure à 12 mois. Si nous travaillons avec des données annuelles, plus la proportion d'individus qui décèdent en début d'année (ou qui naissent en fin d'année) est importante, plus la distorsion est importante. Pour éviter de fausser nos résultats, les dépenses de santé remboursées sont donc mesurées sur une base mensuelle et, pour les personnes décédées, nous ne tenons compte que des mois pendant lesquels elles étaient encore en vie. Pour autant que tous les autres éléments restent inchangés, chaque coefficient représente l'impact (en euros) de la variable pertinente du modèle sur les dépenses mensuelles remboursées pour les soins de santé. Une interprétation n'a de sens que si l'observation est statistiquement significative⁵.

Nous répondons à notre troisième question de recherche en 3 étapes. Nous analysons d'abord la répartition des dépenses propres, composées du ticket modérateur et des suppléments, ainsi que des remboursements MAF. Ensuite, nous étudions la répartition du ticket modérateur et des suppléments à travers les différents postes de dépenses. Enfin, nous analysons les dépenses propres à l'aide des variables de l'étude.

⁵ Nous utilisons $p < 0,05$ comme limite de la signification statistique. Une valeur p indique la probabilité que l'association que l'on observe le soit sous l'hypothèse nulle. L'hypothèse nulle suppose qu'il n'y a pas d'association statistiquement significative, dans ce cas entre la durée de la consultation et nos différentes variables explicatives. Plus la valeur p est faible, plus il est improbable qu'une telle association statistiquement significative ne soit pas présente. Dans le cas de $p = 0,05$, nous admettons une probabilité de 5% que les associations trouvées soient faussement significatives. C'est la norme dans la recherche (biomédicale).

Limites de l'étude

Si le membre ne demande pas de remboursement pour les soins de santé, pour autant que le remboursement ne soit pas automatique ou que le système de tiers payant ne soit pas appliqué, ces prestations ne figurent pas dans nos données. Nous n'avons pas non plus d'informations sur les soins de santé pour lesquels il n'y a pas de remboursement au sein des dépenses AO.

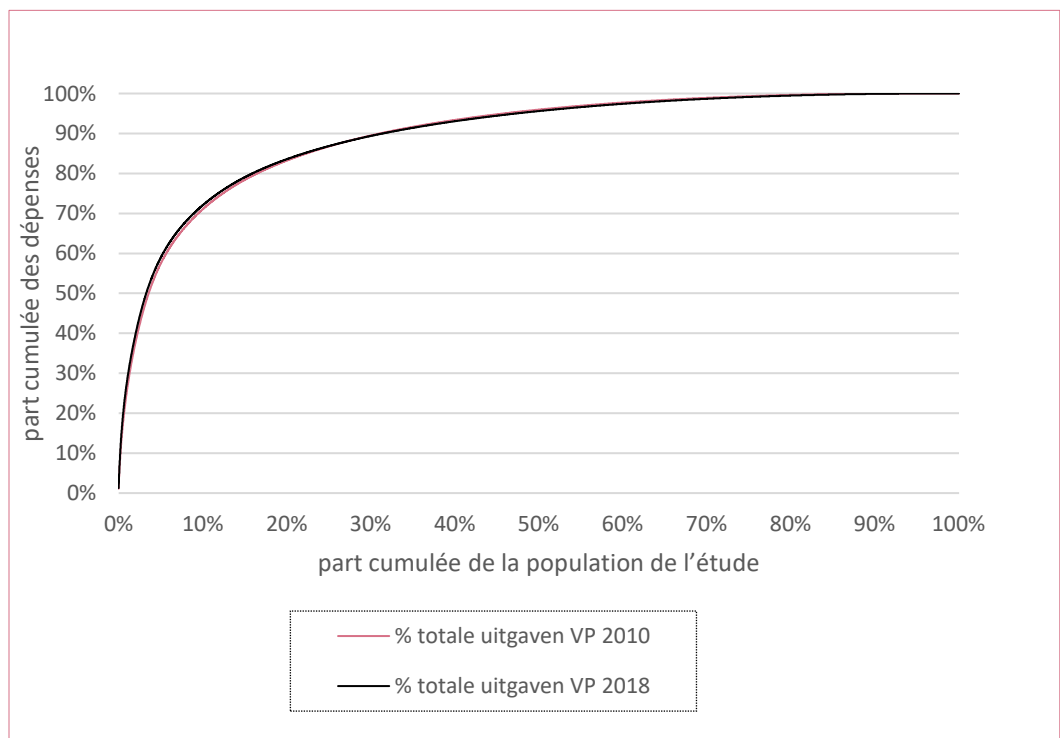
Comme déjà mentionné, une partie des informations sur les suppléments payés pour les prestations ambulatoires (en dehors de l'hôpital) ne figure pas non plus dans les données. Les résultats indiqués pour les suppléments sont donc une sous-estimation de la réalité.

En ce qui concerne les hospitalisations, qui représentent une part importante des dépenses de santé, tant pour le patient que pour l'assurance obligatoire, nous ne disposons d'aucune information sur la raison ou la cause de l'hospitalisation.

Evolution de la concentration des dépenses à charge de l'assurance obligatoire entre 2010 et 2018

La Figure 2 montre le cumul des dépenses AO en 2010 et 2018. Si chaque membre avait les mêmes dépenses de santé pour l'assurance obligatoire, le cumul serait diagonal. Nous constatons cependant qu'en 2010 et 2018, les dépenses de santé sont inégalement réparties : une petite partie de la population de l'étude est responsable d'une grande partie des dépenses AO. La concentration des dépenses de santé n'a pas beaucoup changé entre 2010 et 2018 : les deux courbes se chevauchent presque complètement.

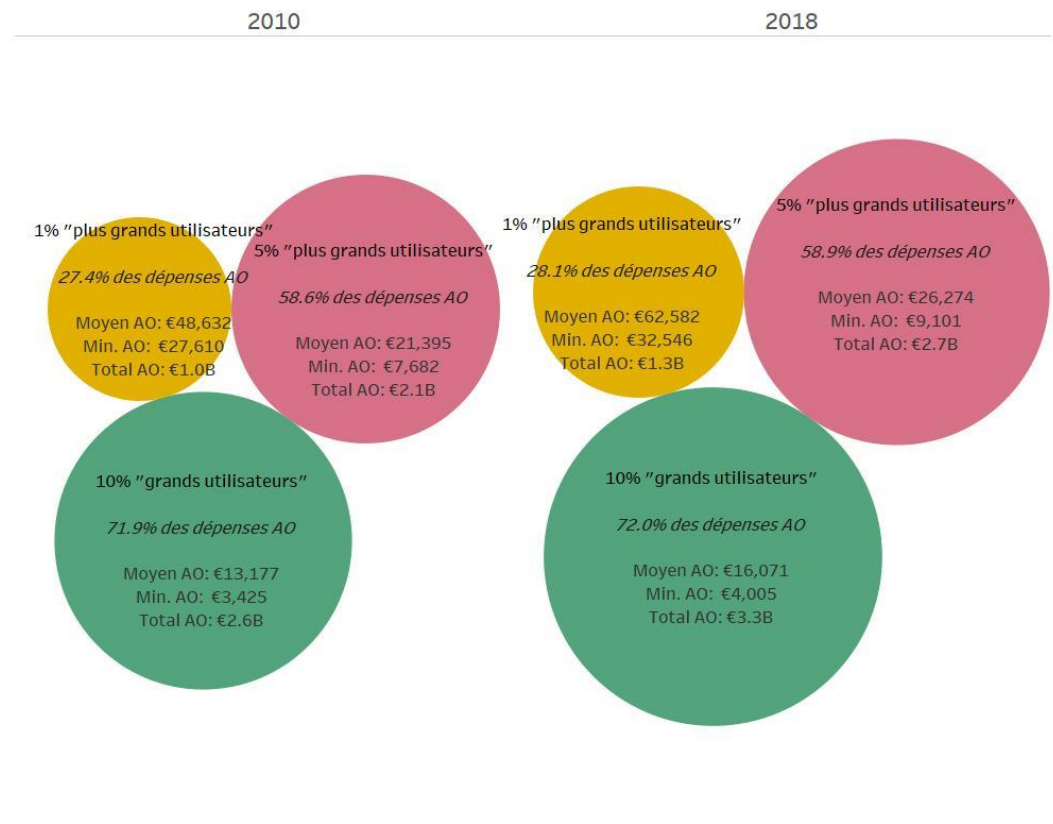
Figure 2 : Concentration des dépenses de santé en 2010 et 2018



La Figure 3 compare les dépenses AO des 1%, 5% et 10% de personnes avec les dépenses les plus élevées en 2010 et 2018, et confirme les conclusions de la Figure 2 : les 10% de « grands utilisateurs » et les 1% et 5% de « plus grands utilisateurs » représentent une part importante des dépenses AO.

L'augmentation entre 2010 et 2018 des dépenses AO moyennes parmi les 1% de « plus grands utilisateurs » (+29%) est plus élevée que l'augmentation des dépenses moyennes de santé pour l'ensemble de la population (de 1,850 à 2,230 euros, +21%). Nous voyons dès lors une augmentation de la concentration des dépenses de santé chez les 1% de « plus grands utilisateurs » de 27.4% à 28.1% des dépenses AO.

Figure 3 : Les 3 groupes des « grands utilisateurs » et « plus grands utilisateurs » avec la part des dépenses AO et les dépenses AO totales (en milliards) en 2010 et 2018



La Figure 2 montre également qu'une grande partie de la population n'a que très peu de dépenses AO : 50% de la population représente moins de 5% des dépenses AO totales. En 2010, 8.8% de la population n'avait aucun remboursement pour des soins de santé [3], mais en 2018, ce chiffre n'était plus que de 5.7%. Une étude récente des Mutualités Libres examine ce groupe de non-utilisateurs : *la personne la plus susceptible de ne pas recourir aux soins de santé serait un individu de sexe masculin, jeune, isolé, indépendant, vivant à Bruxelles et avec de faibles revenus* [13].

Les facteurs explicatifs de l'évolution de la concentration des dépenses de santé

Nous avons déjà vu que la concentration des dépenses de santé reste stable, sauf pour les 1% (et 5%) de « plus grands utilisateurs », où nous pouvons observer davantage de concentration. Dans cette partie, nous cherchons des explications à ces deux observations. A cet égard, nous examinons d'abord l'évolution des principaux postes de dépenses entre 2010 et 2018 avant de considérer l'évolution du profil de la population.

Evolution des principaux postes de dépenses entre 2010 et 2018

La Figure 4 montre qu'en 2018, tout comme en 2010, les dépenses pour hospitalisations, médicaments et honoraires de médecins étaient les principaux postes de dépenses de l'assurance obligatoire, ce qui est cohérent par rapport aux conclusions de la littérature [6], [8].

La plus forte augmentation des dépenses est observée pour les forfaits pour les centres de soins résidentiels (+31%), bien que le pourcentage de la population séjournant dans

ce type de centre reste stable (0,1%, Tableau 2). Ceci semble cohérent avec la croissance des dépenses pour soins de longue dans d'autres pays de l'Union européenne [1].

Entre 2010 et 2018, l'importance des hospitalisations (avec nuitée) dans les dépenses AO totales a légèrement diminué : la durée moyenne de séjour par hospitalisation diminue légèrement, même si le nombre moyen d'hospitalisations reste stable (Figure 4, Tableau 1). Les dépenses moyennes en hospitalisations ont donc augmenté moins rapidement que les dépenses totales moyennes. Les dernières années on observe une conversion des hospitalisations classiques (avec au moins une nuitée) vers des hospitalisations de jour [14]. Le Tableau 1 montre que le nombre moyen d'hospitalisations et la durée de séjour moyenne lors d'une hospitalisation sont beaucoup plus élevés pour les groupes de « grands utilisateurs » que pour l'ensemble de la population de l'étude et qu'aucun changement majeur ne s'est produit depuis 2010. Dans d'autres pays également, les dépenses dans le cadre d'une hospitalisation sont souvent le poste de dépenses le plus important chez les « plus grands utilisateurs » [6].

La concentration accrue des dépenses de santé parmi les 1% de « plus grands utilisateurs » s'explique donc principalement par une forte augmentation des dépenses moyennes en médicaments entre 2010 et 2018, respectivement de +101% et +57%. Nos données montrent que 44.2% des dépenses AO en médicaments chez les 1% de « plus grands utilisateurs » en 2018 sont consacrées aux médicaments antitumoraux (code ATC L01X : autres cytostatiques), qui sont utilisés pour traiter le cancer⁶. Près de 1 sur 5 (19%) des 1% de « plus grands utilisateurs » a utilisé ces médicaments en 2018 (dépenses moyennes AO : €28,497). En 2010, 14% des 1% de « plus grands utilisateurs » ont utilisé ces médicaments, mais les dépenses AO moyennes pour ces médicaments étaient près de 3 fois moins élevées (€10,867). Par la suite, nous verrons que la prévalence des personnes atteintes de cancer a fortement augmenté parmi les « plus grands utilisateurs » depuis 2010 (Figure 5). Les dépenses en médicaments antitumoraux ont fortement augmenté entre 2010 et 2018. Cette évolution s'observe également au niveau national et s'explique entre autres par la forte augmentation du volume et le grand nombre de nouveaux médicaments innovants coûteux dans ce groupe [15].

⁶ Etant donné que pour beaucoup de ces médicaments sous L01X, un contrat a été conclu, dans lequel des compensations confidentielles ont été convenues avec les sociétés pharmaceutiques, les dépenses AO effectives sont plus faibles [15].

Figure 4 : Principaux postes de dépenses au sein des dépenses AO, montrant les dépenses AO moyennes (en €) et la part dans les dépenses AO (en%), 2010 et 2018

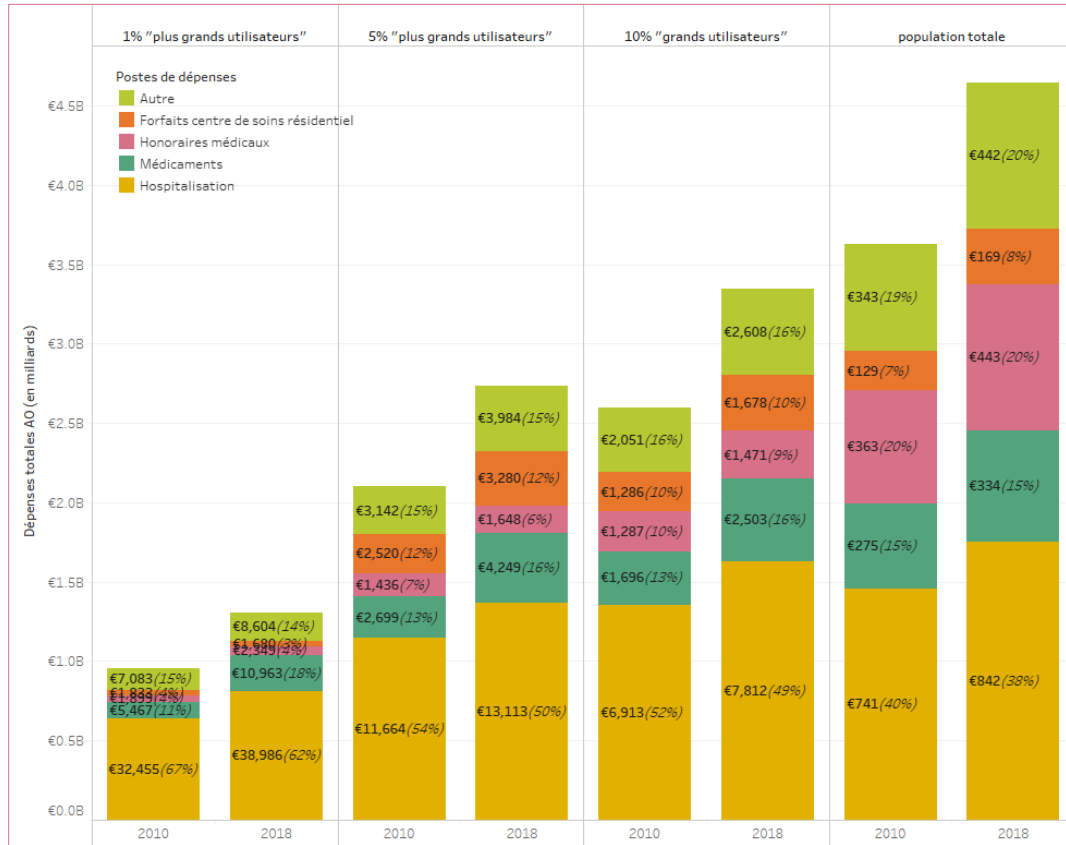


Tableau 1 : Aperçu du nombre moyen d'hospitalisations et de la durée moyenne du séjour pendant une hospitalisation, 2018

	Nombre moyen d'hospitalisations		Durée moyenne de séjour (jours)	
	2010	2018	2010	2018
1% « plus grands utilisateurs »	2.6	2.5	26.6	27.4
5% « plus grands utilisateurs »	1.4	1.4	15.9	15.9
10% « grands utilisateurs »	1.1	1.1	11.8	11.4
Population totale	0.1	0.1	9.6	9.1

Evolution du profil de la population entre 2010 et 2018

Les principales caractéristiques sociales et économiques des sous-populations en 2010 et 2018 sont présentées dans le Tableau 2. Sur la base de ce tableau nous constatons, parmi les « grands utilisateurs » et les « plus grands utilisateurs » relativement plus de personnes avec les profils suivants, comparé à la population totale:

- des personnes âgées
- des personnes avec le statut BIM
- des personnes décédées
- des personnes séjournant dans un centre de soins résidentiels
- des personnes avec des périodes d'incapacité de travail (non testé dans le modèle)
- des personnes avec une ou plusieurs maladies chroniques

Pour les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres, la différence n'est pas significative.

Le Tableau 2 montre que le profil de l'ensemble de la population ne change pas beaucoup entre 2010 et 2018 : il y a uniquement une hausse flagrante de la part de personnes avec une ou plusieurs maladies chroniques et de personnes avec une période d'incapacité de travail. Parmi les 1% et 5% de « plus grands utilisateurs », il y a une augmentation importante de la proportion des <65 ans et de la proportion de personnes avec une ou plusieurs maladies chroniques et une diminution de la proportion de femmes, de la proportion de personnes décédées et de la proportion de personnes résidant dans un centre de soins résidentiels. L'augmentation de la part des personnes avec plusieurs maladies chroniques est plus marquée chez les 1% de « plus grands utilisateurs » que dans la population totale.

Chaque catégorie est brièvement discutée ci-dessous. Les résultats du modèle linéaire multiple (Annexe 6) appuient les conclusions. Le cas échéant, les types de dépenses AO (principalement les dépenses pour hospitalisations) sont examinés plus en détail.

Tableau 2 : Profil des « grands utilisateurs », des « plus grands utilisateurs » et de l'ensemble de la population (2010 et 2018) et part des dépenses AO (2010 et 2018)

		1% "plus grands utilisateurs"		5% "plus grands utilisateurs"		10% "grands utilisateurs"		population totale		Part des dépenses AO (population totale)	
		2010	2018	2010	2018	2010	2018	2010	2018	2010	2018
Sexe	Homme	47%	50%	53%	44%	58%	42%	50%	49%	44%	49%
	Femme	53%	50%	47%	56%	42%	58%	50%	51%	56%	51%
Âge	<1-18 ans	5%	7%	5%	5%	6%	6%	24%	24%	9%	4%
	19-64 ans	37%	42%	38%	38%	47%	47%	61%	61%	46%	48%
	65+ ans	58%	52%	59%	57%	47%	47%	15%	15%	45%	48%
Intervention majorée	Oui	41%	40%	34%	33%	28%	28%	12%	13%	29%	30%
	Non	59%	60%	66%	67%	72%	72%	88%	87%	71%	70%
Revenus	20% les plus pauvres		29%		26%		25%		21%		29%
	60% moyens		51%		53%		53%		53%		51%
	20% les plus riches		15%		15%		17%		21%		16%
	Inconnu		5%		5%		5%		4%		5%
Décès	Dans l'année*	15%	12%	10%	9%	6%	6%	1%	1%	7%	6%
	dans l'année + 1**	14%	12%	9%	9%	5%	5%	1%	1%	7%	7%
Centre de soins résidentiels		21%	16%	22%	23%	12%	13%	1%	1%	13%	16%
Incapacité de travail***	Oui	44%	53%	38%	46%	32%	39%	8%	11%	28%	28%
	Non	56%	47%	62%	54%	68%	61%	92%	89%	72%	72%
Maladie chronique	Pas de MC	12%	9%	19%	16%	32%	29%	76%	74%	33%	26%
	MC	88%	91%	81%	84%	68%	71%	24%	26%	67%	74%
Nombre de maladies chroniques (MC)	Pas de MC	12%	9%	19%	16%	32%	29%	76%	74%	33%	26%
	1 MC	29%	23%	32%	31%	29%	30%	15%	16%	29%	23%
	2 MC	28%	29%	27%	28%	23%	24%	6%	6%	22%	29%
	3 MC	19%	22%	15%	16%	11%	12%	2%	2%	12%	13%
	4 MC	8%	12%	5%	6%	4%	4%	0%	1%	4%	7%
	5+ MC	3%	6%	2%	2%	1%	1%	0%	0%	1%	2%

*: en 2010 ou 2018
 **: en 2011 ou 2019
 ***: seulement la population active (19-64 ans) est considérée ici

Age et sexe

Pour l'ensemble de la population de l'étude, nous constatons que les femmes et les hommes ont une part proportionnelle des dépenses AO et que les personnes âgées (65+) ont une part disproportionnée des dépenses AO. Nous voyons toutefois relativement beaucoup de femmes et de personnes de plus de 65 ans parmi les « grands utilisateurs », ce qui peut s'expliquer par les accouchements et une espérance de vie plus élevée. Les résultats de la régression (Annexe 6) confirment ces constatations : les dépenses AO mensuelles sont les plus élevées pour les nouveau-nés, les 65-90 ans et

les femmes âgées de 25 à 34 ans en 2018. Après la première année de vie, les dépenses AO mensuelles augmentent de manière cohérente avec l'âge.

Depuis 2010, le rapport entre les catégories d'âge dans la population totale et les « grands utilisateurs » est resté en grande partie identique ; ce n'est que pour les 1% et 5% de « plus grands utilisateurs » que l'on constate que la part des personnes âgées de 65 ans et plus diminue et que la part des <1-18 ans augmente. Une grande partie des enfants (<1-18 ans) appartenant au 1% des « plus grands utilisateurs » a une maladie chronique (Annexe 2), principalement une maladie mentale (35.4%), psychose (11.5%) et /ou dépression (9.8%).

Intervention majorée (BIM)

Les personnes avec le statut BIM se voient rembourser une plus grande partie de leurs dépenses de santé et ce droit peut être accordé sur la base d'un handicap physique ou d'une dépendance (chez les personnes âgées). Par conséquent, ces personnes représentent une grande partie disproportionnée des dépenses AO. Aucune évolution n'est perceptible entre 2010 et 2018.

Groupes de revenus

Le Tableau 2 montre que parmi les « grands utilisateurs » et les « plus grands utilisateurs », il y a relativement plus de personnes issues des quartiers les plus pauvres (secteurs statistiques) que dans l'ensemble de la population et que ces personnes ont donc une grande partie disproportionnée des dépenses AO totales. Les personnes à plus faible revenu sont en moins bonne santé et ont un niveau d'utilisation des soins plus faible (à l'exception des soins d'urgence) pour les mêmes besoins de soins que celles avec un revenu plus élevé [16], [17].

Nous ne pouvons pas comparer ces résultats avec ceux de 2010.

Centre de soins résidentiels

Les personnes séjournant dans un centre de soins résidentiels représentent une part disproportionnée des dépenses AO (Tableau 2), principalement en raison de dépenses élevées relatives aux forfaits dans les centres de soins résidentiels (Figure 4).

Une explication partielle de la baisse de la proportion parmi les 1% de « plus grands utilisateurs » est que plus de personnes de moins de 65 ans appartiennent à ce groupe qu'en 2010, ce qu'aide à expliquer la baisse observée des dépenses AO moyennes relatives à des forfaits de centres de soins résidentiels pour les 1% de « plus grands utilisateurs » (Figure 4).

Décès

Le taux de mortalité est beaucoup plus élevé chez les « grands utilisateurs » et les « plus grands utilisateurs », et les personnes décédées représentent une grande partie disproportionnée des dépenses AO (Tableau 2). Les résultats de la régression (Annexe 6) confirment ces observations : les dépenses AO mensuelles pour une personne qui décède en 2018 sont nettement plus élevées que pour une personne qui n'est pas décédée.

La majorité des personnes décédées appartient dès lors aux groupes des « grands utilisateurs » et/ou des « plus grands utilisateurs », a 80 ans ou plus et souffre d'une

maladie chronique (Annexe 3). Les dépenses AO élevées de la personne décédée au cours des derniers mois de sa vie sont principalement dues à des dépenses dans le cadre d'une hospitalisation : la majorité des personnes décédées est admise à l'hôpital au cours des derniers mois de vie (Annexe 4). Dans d'autres pays également, le taux de mortalité des « plus grands utilisateurs » est très élevé par rapport à l'ensemble de la population [6], [8], [18].

Entre 2010 et 2018, nous voyons une diminution de la proportion des « plus grands utilisateurs » qui décèdent, ce qui s'explique probablement en partie par le fait qu'il y a plus de <65 ans parmi les « plus grands utilisateurs » en 2018.

Incapacité de travail

Environ 10% de la population active a été confrontée à des périodes d'incapacité de travail en 2018. Parmi les « plus grands utilisateurs », ce pourcentage atteint 40-50%. Dans une étude récente, nous montrions déjà que les personnes ont des dépenses AO élevées pendant les périodes d'incapacité de travail primaire et d'invalidité, principalement en raison de dépenses élevées en hospitalisations [19].

Par rapport à 2010, nous constatons une forte augmentation du nombre de personnes avec des périodes d'incapacité de travail. Ceci est cohérent avec l'évolution au sein de la Belgique [20].

Maladies chroniques

Environ un quart de la population de membres souffre d'une affection chronique, alors que ce chiffre atteint 70-90% chez les « grands utilisateurs » et les « plus grands utilisateurs » (Tableau 2). Les 26% de personnes avec une maladie chronique représentent une grande partie disproportionnée des dépenses AO (74%). Une grande partie des « grands utilisateurs » et des « plus grands utilisateurs » souffre de plusieurs maladies chroniques.

Une explication partielle des dépenses AO élevées des malades chroniques est donnée dans une étude précédente : ils sont 3 à 4 fois plus susceptibles de se retrouver à l'hôpital que les personnes sans affection chronique et y séjournent donc en moyenne 3 fois plus longtemps [4]. De plus, l'utilisation (chronique) de médicaments a naturellement un impact sur les dépenses.

Par rapport à 2010, la proportion de personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques parmi les « grands utilisateurs », les « plus grands utilisateurs » et dans l'ensemble de la population est en augmentation. La Figure 4 montre la prévalence et l'évolution des maladies chroniques identifiées. Cette figure et les résultats de l'analyse de régression (Annexe 6) nous apprennent que :

Pour l'ensemble de la population de l'étude

- Chacune des maladies chroniques, sauf l'hépatite B/C (non significative), entraîne des dépenses AO mensuelles nettement plus élevées.
- L'hypertension, la dépression et le diabète (avec ou sans insuline) sont les maladies chroniques les plus courantes en 2010 et 2018. Les dépenses AO mensuelles pour ces 3 maladies chroniques restent limitées par rapport à certaines autres maladies chroniques.

- Pour chacune des affections les plus courantes, autres que la cardiopathie, nous observons une augmentation de la prévalence entre 2010 et 2018. Dans l'étude précédente, nous avons examiné ces évolutions plus en détail [4].

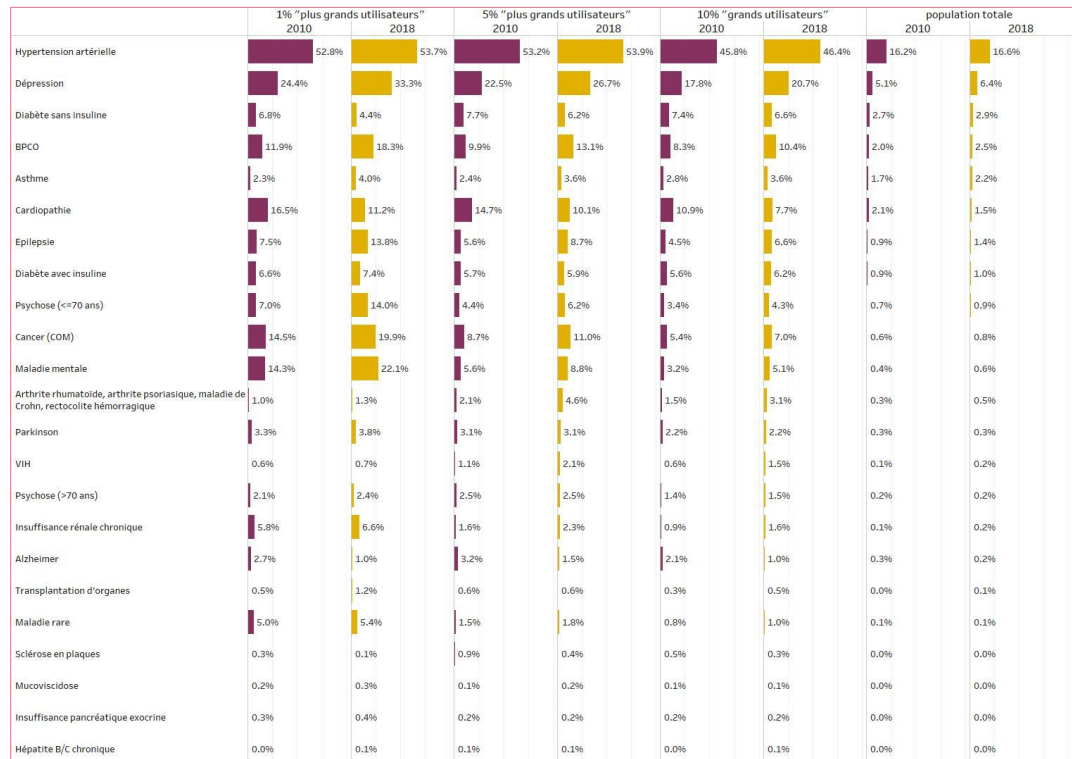
Pour les 10% de « grands utilisateurs »

- En 2018, la moitié des 10% de « grands utilisateurs » souffre d'hypertension, 1 sur 5 de dépression, environ 1 sur 8 de diabète (avec ou sans insuline) et 1 sur 10 de BPCO (poumon du fumeur). La plupart des personnes dans ce groupe avec l'hypertension ont aussi des autres maladies chroniques [3].
- Nous voyons une forte augmentation de la prévalence de la dépression (+16.3%) et de BPCO (+25.3%) entre 2010 et 2018 et une légère diminution du diabète entre 2010 et 2018.

Pour les 1% et 5% de « plus grands utilisateurs »

- En plus des affections déjà mentionnées ci-dessus, les maladies mentales, le cancer et les psychoses avant 70 ans sont également fréquents chez les « plus grands utilisateurs ». Aux Pays-Bas également, une grande partie du 1% des « plus grands utilisateurs » est confrontée à des problèmes de santé mentale, des maladies cardiovasculaires, BPCO, du diabète et de la dépression [8].
- Entre 2010 et 2018, nous observons une forte augmentation du nombre de personnes souffrant de dépression, de poumon du fumeur, de cancer et de maladie mentale parmi les 1% de « plus grands utilisateurs ».
- Les dépenses AO mensuelles sont les plus élevées, si tous les autres facteurs restent constants, pour les personnes atteintes d'une maladie rare (€4,043 de dépenses mensuelles AO), d'une maladie mentale (€2,606), d'une insuffisance rénale chronique (€1,731) ou d'un cancer (€1,560). Ces affections sont plus fréquentes chez les 1% de « plus grands utilisateurs » que dans l'ensemble de la population de l'étude.

Figure 5 : Prévalence de maladies chroniques en 2010 et 2018



Les dépenses propres des « grands utilisateurs », des « plus grands utilisateurs » et de l'ensemble de la population en 2018

Après avoir vu dans la partie précédente que certains profils (maladies chroniques, décès, séjour en centre de soins résidentiels) entraînent des dépenses AO très élevées, nous examinons ici le lien entre les dépenses AO et les dépenses propres qui sont encore à charge du membre. Nous traitons ici la troisième question de recherche, à savoir « à combien s'élèvent les dépenses (ticket modérateur et suppléments) que le patient doit supporter lui-même pour ses soins de santé en 2018 ? ».

Nous discutons d'abord des dépenses propres selon les groupes « grands utilisateurs », « plus grands utilisateurs » et l'entièreté de la population, en comparant également les postes de dépenses du ticket modérateur et des suppléments, et ensuite les dépenses propres selon le profil de la population.

Vue sur les dépenses propres

La Figure 6 fournit des informations pour les « plus grands utilisateurs », les « grands utilisateurs » et l'ensemble de la population sur la distribution du ticket modérateur, des suppléments⁷ et des remboursements dans le cadre du Maximum à Facturer (MAF). La Figure 7 montre les postes des dépenses les plus importantes du ticket modérateur et des suppléments. Le rapport entre les postes des dépenses du ticket modérateur est fort semblable à celui des dépenses AO pour les « grands utilisateurs » et les « plus grands utilisateurs ».

⁷ Pour rappel, les informations sur les suppléments ne sont complètes que pour les prestations dans le cadre d'une hospitalisation, et donc pas pour les suppléments pour les prestations ambulatoires, comme par exemple les consultations chez le dentiste. Les résultats indiqués pour les suppléments sont donc une sous-estimation de la réalité.

Nous constatons que des dépenses AO élevées concordent souvent avec des dépenses propres élevées : les « grands utilisateurs » ou « plus grands utilisateurs » ont en moyenne des dépenses propres (ticket modérateur et suppléments) beaucoup plus élevées que l'ensemble de la population (Figure 6). Nous voyons par exemple que la moitié des 10% 'grands utilisateurs' paie au moins 538 euros de ticket modérateur, tandis que parmi la population totale seule 1 sur 4 paie au moins 204 euros.

La Figure 7 montre qu'une grande partie des dépenses propres des « grands utilisateurs » et des « plus grands utilisateurs » est destinée aux dépenses dans le cadre d'une hospitalisation⁸. Ces suppléments concernent en grande partie des suppléments de chambre et des honoraires, qui ne peuvent être facturés que pour des chambres individuelles [21]. A côté des suppléments dans le cadre d'une hospitalisation, une part importante des suppléments est consacrée aux frais de logement des personnes dans un centre de soins résidentiels (8-21%)⁹.

Les dépenses aux suppléments sont distribuées très inégalement : la moitié de la population n'a pas de dépenses pour suppléments (pendant une hospitalisation) tandis que 25% des 10% « grands utilisateurs » débourse au moins €919. Cette distribution inégale se montre aussi par les différences importantes entre des dépenses pour suppléments moyennes et médianes .

Les remboursements MAF s'observent surtout chez les 1% et 5% « plus grands utilisateurs » (Figure 6). Les remboursements MAF sont une protection importante contre les dépenses de santé élevées : sans les remboursements MAF, leur ticket modérateur moyen serait beaucoup plus important. Nos données montrent qu'une grande partie des « grands utilisateurs » atteint le plafond des dépenses en ticket modérateur pour entrer dans le cadre du système du Maximum à Facturer : 9% au sein de la population totale à 42% chez les 10% de « grands utilisateurs » et 80% parmi les 1% de « plus grands utilisateurs ».

⁸ Pour rappel, les informations sur les suppléments ne sont complètes que pour les prestations dans le cadre d'une hospitalisation

⁹ Les frais de logement dans les centres de soins résidentiels couvrent non seulement les frais médicaux, mais aussi, par exemple, les frais de coiffeur, un abonnement aux réseaux câblés, les frais de téléphone, le nettoyage des vêtements personnels et le service en chambre (en dehors de raisons médicales).

Figure 6 : Répartition du ticket modérateur, des suppléments et du remboursement MAF, 2018

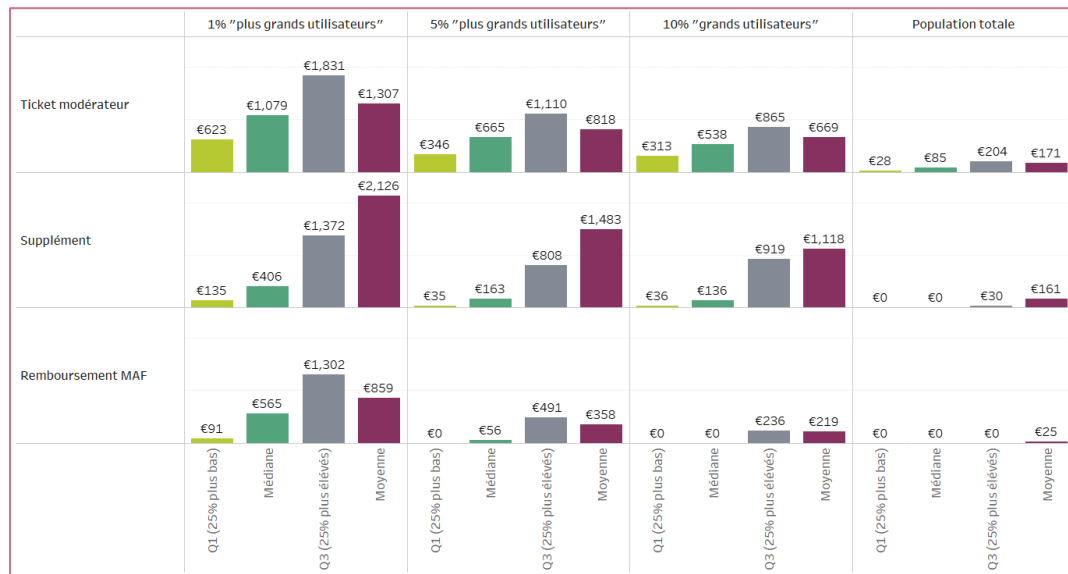
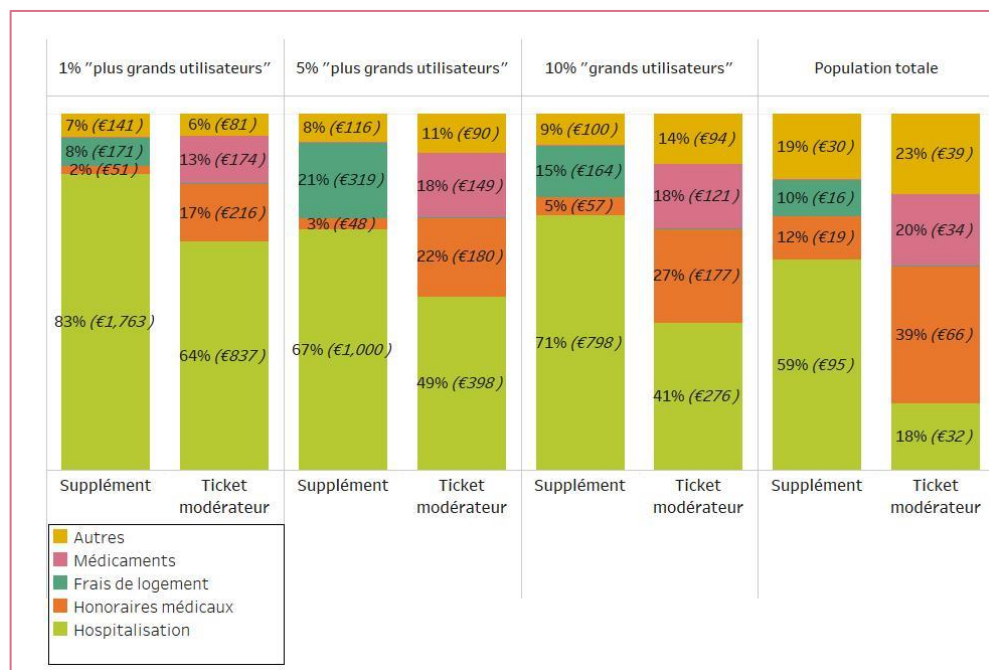


Figure 7 : Distribution des dépenses moyennes en tickets modérateurs et suppléments, 2018



Dépenses propres selon le profil de la population

La Figure 8 montre le ticket modérateur moyen, les suppléments moyens et le remboursement MAF moyen, selon le profil de la population. La somme de tous ces montants montre donc ce qu'une personne devrait payer en moyenne de sa poche si le système MAF n'existait pas. La Figure 8 indique également la part de la population qui a bénéficié d'un remboursement MAF en 2018. Enfin, elle montre également la part des dépenses propres par rapport aux dépenses totales de santé. Nous apprenons donc ceci :

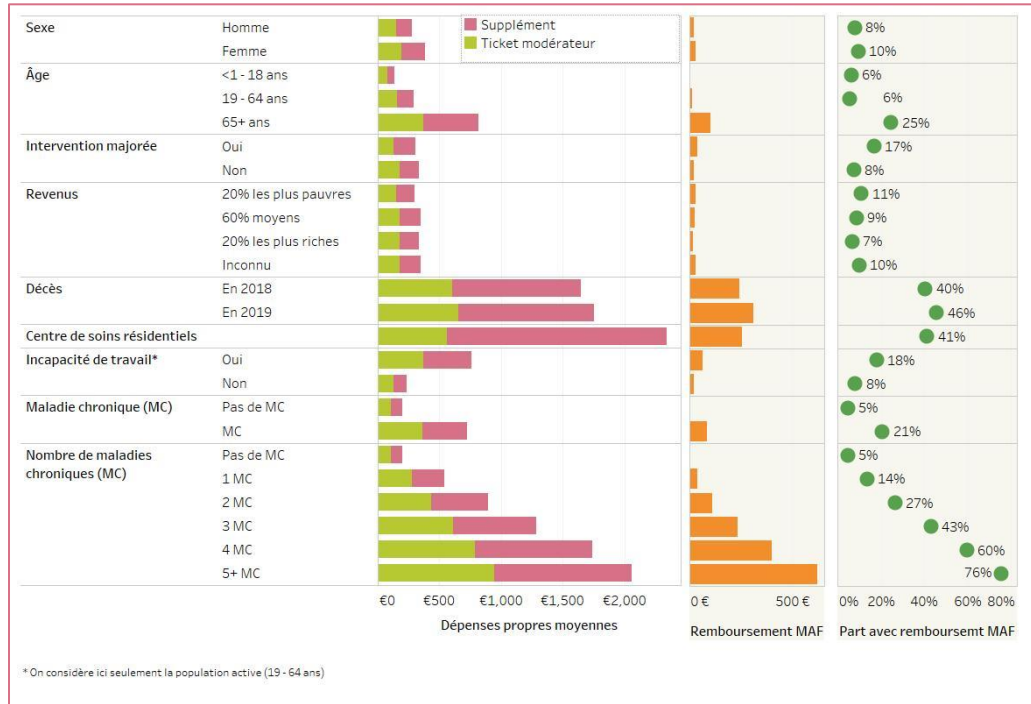
- Les personnes décédées, de plus de 65 ans, atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, avec des périodes d'incapacité de travail, et/ou les

personnes qui passent au moins une nuit dans un centre de soins résidentiels sont celles qui paient, en moyenne, le plus pour leurs soins de santé.

- Ceci correspond à la part plus élevée des dépenses AO pour ces groupes (Tableau 2).
- La proportion de remboursements MAF et les remboursements MAF moyens sont relativement élevés dans ces groupes.
- **Les dépenses propres moyennes des personnes atteintes d'une maladie chronique sont 3 fois plus élevées que celles des personnes n'en souffrant pas.** Nous avons déjà vu que les malades chroniques se retrouvent à l'hôpital 3 à 4 fois plus souvent que les personnes sans maladie chronique, ce qui peut expliquer en partie les suppléments élevés.
 - Les personnes souffrant d'un cancer (2,686 euros), d'une maladie rare (2,272 euros) ou d'une insuffisance pancréatique exocrine (1,742 euros) ont, en moyenne, les dépenses propres les plus élevées en 2018 (Annexe 5).
- **La moyenne élevée des dépenses propres des personnes qui décèdent s'explique en grande partie par le fait qu'elles séjournent souvent à l'hôpital dans les mois précédant leur décès.**
 - Nos données montrent que moins de 1 personne décédée sur 7 (13.1%) a utilisé le forfait pour les patients palliatifs à domicile, qui couvre certains médicaments, matériel de soins et dispositifs médicaux (tels que des matelas et lits spéciaux)¹⁰.
- **Les personnes avec le statut BIM paient en moyenne moins de leur poche que les personnes sans ce statut, ce qui est logique puisqu'elles bénéficient d'un remboursement plus élevé de leurs soins de santé et paient donc un ticket modérateur moins élevé.**

¹⁰ INAMI - Forfait palliatif et statut palliatif : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/palliatif/Pages/soins-palliatifs.aspx>

Figure 8 : Ticket modérateur, suppléments, remboursements MAF et la part avec un remboursement MAF selon le profil de la population de l'étude, 2018



CONCLUSION

Cette étude a tenté de décrire l'évolution de la concentration des dépenses de santé entre 2010 et 2018 et d'identifier les facteurs sous-jacents qui contribuent à expliquer cette évolution, ainsi que la part des dépenses propres dans les dépenses totales de soins de santé.

Evolution de la concentration des dépenses de santé entre 2010 et 2018

La concentration des dépenses de santé de l'ensemble de la population a à peine changé entre 2010 et 2018. Le profil des populations en 2010 et 2018 est dès lors très similaire : nous notons uniquement une augmentation de la part de personnes atteintes d'une maladie chronique, mais l'hypertension et la dépression restent les affections les plus fréquentes tant en 2010 qu'en 2018.

Pour les 1% de « plus grands utilisateurs », on observe une concentration accrue des dépenses. Par rapport à 2010, parmi les « plus grands utilisateurs », on constate une diminution du nombre de personnes qui décèdent et une augmentation de la prévalence des personnes avec une ou plusieurs maladies chroniques. On observe également un glissement vers des groupes d'âges plus jeunes chez les 1% de « plus grands utilisateurs ».

Comme en 2010, les dépenses en hospitalisation sont le poste de dépenses le plus important parmi les « plus grands utilisateurs », bien que leur importance diminue. La concentration accrue des dépenses chez les « plus grands utilisateurs » s'explique alors principalement par une **forte augmentation des dépenses AO moyennes en médicaments entre 2010 et 2018, surtout en raison d'une forte augmentation des dépenses en médicaments antitumoraux.**

Facteurs sous-jacents de la concentration des dépenses de santé en 2018

Il y a une très forte concentration des dépenses de santé en 2018 : les 5% de « plus grands utilisateurs » sont responsables de plus de la moitié des dépenses de santé totales de l'assurance obligatoire, tandis que les 50% de membres avec les dépenses les plus faibles sont responsables de moins de 5%.

Par rapport à l'ensemble de la population, on trouve parmi les 1% et 5% de « plus grands utilisateurs » relativement :

- **Plus de personnes âgées** : environ 6 sur 10 ont 65 ans ou plus. Les dépenses AO mensuelles augmentent avec l'âge après un premier pic chez les jeunes enfants.
- **Plus de personnes qui décèdent** : environ 1 des « plus grands utilisateurs » sur 10 décède en 2018. Les dépenses AO mensuelles sont très élevées pour les personnes qui décèdent, ce qui s'explique en grande partie par les dépenses élevées en hospitalisations dans les derniers mois de la vie.
- Plus de personnes qui séjournent au moins une partie de l'année dans un **centre de soins résidentiels** : environ 1 des « plus grands utilisateurs » sur 5 séjourne

dans un centre de soins résidentiels. Le séjour dans un centre de soins résidentiels entraîne des dépenses AO mensuelles très élevées.

- Plus de personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres de Belgique et moins de personnes vivant dans les quartiers les plus riches de Belgique
- Plus de personnes avec au moins une période d'incapacité de travail
- **Plus de personnes atteintes d'une maladie chronique** : plus de 8 personnes sur 10 souffrent d'une maladie chronique. Parmi les 1% de « plus grands utilisateurs », dont la moitié souffre d'hypertension et 1 sur 3 de dépression, nous voyons que près de 1 sur 5 est également confronté à une maladie mentale, un cancer et/ou à une BPCO (poumon du fumeur). Une grande partie des dépenses (41%) pour les maladies chroniques ont lieu dans le cadre d'une hospitalisation. On note surtout la forte prévalence de cancers, BPCO (poumon du fumeur) et maladies mentales chez les « plus grands utilisateurs », des maladies qui entraînent des dépenses AO mensuelles élevées.
- **Plus de personnes avec le droit à l'intervention majorée** : 1 sur 3 a droit à l'intervention majorée. Les dépenses AO mensuelles sont plus élevées pour les personnes avec le statut BIM.
- **Plus de séjours à l'hôpital** : les dépenses dans le cadre d'une hospitalisation déterminent la moitié des dépenses AO parmi les « plus grands utilisateurs ».

Dépenses propres en 2018

Des dépenses de santé élevées à charge de l'assurance obligatoire vont souvent de pair avec des dépenses personnelles plus élevées : **les dépenses personnelles moyennes des « grands utilisateurs » et des « plus grands utilisateurs » sont sensiblement plus élevées que celles de l'ensemble de la population de l'étude.**

Près de 60% des dépenses propres des « grands utilisateurs » et des « plus grands utilisateurs » sont consacrées aux tickets modérateurs ou aux suppléments dans le cadre d'une hospitalisation. Du fait que les informations sur les suppléments en ambulatoire font souvent défaut, les résultats sont ici plutôt indicatifs. Les dépenses propres, en accord avec les dépenses plus élevées à charge de l'assurance obligatoire, sont particulièrement élevées pour :

- **Les personnes qui décèdent**, pour lesquelles des suppléments particulièrement élevés sont notés lors d'hospitalisations
- **Les personnes qui séjournent au moins une nuit dans un centre de soins résidentiels**, pour lesquelles des suppléments particulièrement élevés sont facturés pour des frais de logement dans le centre de soins résidentiels
- **Les personnes atteintes d'une maladie chronique**, qui ont en moyenne des dépenses 3 fois plus élevées que les personnes sans maladie chronique. Ce sont surtout les cancers, maladies rares ou insuffisances pancréatiques exocrines qui entraînent des dépenses personnelles élevées. Une grande partie des dépenses propres pour des maladies chroniques survient pendant des séjours à l'hôpital.

DISCUSSION

Des dépenses évitables ?

Des études montrent qu'environ 10-13% des dépenses de santé chez les « plus grands utilisateurs » sont évitables [6], [22], et que l'on retrouve dès lors les dépenses de santé évitables principalement chez les « plus grands utilisateurs ». Les dépenses devraient surtout être évitables pour les personnes gravement malades et/ou gravement dépendantes et pour les patients souffrant de sérieux problèmes de santé mentale [22]. Par rapport à d'autres pays européens, la Belgique compte également un nombre encore relativement élevé d'admissions évitables pour asthme et BPCO [17].

Le Centre fédéral d'Expertise évalue chaque année les performances du système de soins de santé belge et l'OCDE analyse également chaque année le système de soins de santé belge [17]. Un certain nombre d'éléments sont ainsi mis en évidence, sur lesquels les autorités pourraient se concentrer pour améliorer l'efficacité des soins de santé, bien qu'ils ne soient pas spécifiquement axés sur les « grands utilisateurs » :

- Le volume de médicaments biosimilaires et génériques est faible par rapport à d'autres pays européens [17], [23].
- Trop de femmes âgées de 41 à 49 ans se font dépister pour le cancer du sein alors que le dépistage n'est recommandé qu'à partir de 50 ans [23].
- L'imagerie médicale (rayons X, scan CT) est trop souvent utilisée pour des douleurs dorsales non spécifiques [23].

Hétérogénéité des « grands utilisateurs » et des « plus grands utilisateurs ».

Bien que les « plus grands utilisateurs » comportent clairement plus de personnes âgées, de personnes décédées, de personnes séjournant dans un centre de soins résidentiels, nous constatons également que les « plus grands utilisateurs » constituent un groupe hétérogène : la grande majorité d'entre eux ne décède pas en 2018-2019, ne séjourne pas dans un centre de soins résidentiels et près de la moitié a moins de 65 ans. Il est naturellement impossible de proposer des mesures uniformes pour l'ensemble de ce groupe. Une solution potentielle serait de subdiviser les patients en segments plus homogènes [7], [9].

Dépenses propres et le système MAF

En Belgique, 15,1% des ménages déclarent que les dépenses de santé sont difficiles à supporter et 9,1% des ménages ont dès lors dû reporter des soins de santé [12]. Nos analyses montrent que des dépenses élevées en soins de santé sont souvent associées à des dépenses propres élevées. **Le Maximum à Facturer protège des dépenses élevées en tickets modérateurs, mais pas des dépenses potentielles élevées pour des suppléments.** Le Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) indique donc que *« le MAF est un instrument efficace pour limiter la part prise par le ticket modérateur dans le revenu du ménage, mais que les suppléments ont un impact négatif sur cet effet protecteur »* [16].

Recherches complémentaires

Nous avons comparé la concentration des dépenses de santé en 2010 avec celle de 2018. Dans une prochaine étude, nous pourrions examiner plus en détail la persistance des dépenses de santé élevées [9].

De plus, nous avons vu que les personnes décédées ont des dépenses de santé AO très élevées dans les derniers mois de leur vie et que ceci s'explique principalement par des dépenses d'hospitalisation élevées. Une analyse plus approfondie portant spécifiquement sur les dépenses de santé lors de soins de fin de vie (*end of life care*) semble indiquée.

RECOMMANDATIONS

- En ce qui concerne le monitoring de la concentration des dépenses de santé
 - En tant que cogestionnaires du système de santé, il relève de la responsabilité des Mutualités Libres de faire un suivi régulier de l'évolution des dépenses en soins de santé, surtout compte tenu de leur importance dans les dépenses totales des autorités, mais aussi des prévisions relatives à l'augmentation des coûts en raison du vieillissement de la population et des maladies chroniques. Ce monitoring nous aide à améliorer le système de santé et à en garantir l'accessibilité pour tous.
 - Cette étude montre que personnes peuvent faire face à des dépenses de santé personnelles élevées. Afin de mieux comprendre les dépenses propres de la population, et en particulier des groupes cibles spécifiques, les informations sur les suppléments en ambulatoire devraient être enregistrées, tout comme les dépenses relatives aux prestations non remboursables. Ceci nous aidera à nous concentrer sur les domaines et groupes cibles dont la couverture des soins de santé peut encore être améliorée.
 - Des informations transparentes sur les prix et sur l'offre et la qualité des soins doivent être disponibles et compréhensibles pour les patients lors des hospitalisations et pour les prestations ambulatoires.
- En ce qui concerne la maîtrise de l'augmentation des dépenses
 - La forte augmentation du coût des médicaments antitumoraux entre 2010 et 2018 nous montre l'importance de la maîtrise des dépenses en matière de médicaments, et ce sans compromettre l'accessibilité pour le patient. Les éléments qui peuvent contribuer à garder la croissance des dépenses sous contrôle comprennent notamment la mise en place d'un « horizon scanning » et l'attribution d'un budget maximum pour certains groupes de médicaments ou pathologies. Une plus grande attention doit également être accordée à la transparence en matière de structure des prix des médicaments et concernant la part des fonds publics dans la recherche de nouveaux médicaments.
 - Les patients atteints de maladies chroniques graves et/ou rares dont les dépenses annuelles moyennes dans l'assurance obligatoire sont relativement élevées doivent être suivis de plus près. Pour ce groupe de patients, les Mutualités Libres insistent sur le recours à des centres de référence.
 - Depuis 2010, la prévalence des malades chroniques a augmenté et nous nous attendons à une nouvelle augmentation à l'avenir. Cette étude montre que les malades chroniques font souvent face à des dépenses propres élevées pour les soins de santé. Afin d'enrayer cette tendance, nous devons investir dans la prévention et améliorer les conditions de vie (éducation, alimentation, promouvoir l'activité physique, conditions de vie et de travail saines...) suite aux constats suivants :
 - le budget consacré à la prévention ne représente que 2,2 % des dépenses totales de santé, alors que la moyenne européenne est de 3 %.
 - certaines maladies chroniques telles que l'hypertension, les maladies cardiaques, le diabète ou la dépression résultent d'une mauvaise alimentation, du manque d'exercice, du stress, du tabagisme et d'une consommation excessive d'alcool.
- En ce qui concerne l'accessibilité des soins

- L'interdiction du régime du tiers-payant doit être levée pour les groupes financièrement plus faibles. Le patient doit être suffisamment informé de ses droits en la matière.
- L'ouverture du droit aux filets de sécurité sociale doit être simplifiée et harmonisée.
- Il faut encore investir davantage en matière d'attestations électroniques des soins de santé.

REFERENCES

- [1] OECD, *Health at a Glance: Europe 2020*. 2020.
- [2] S. voor de Vergrijzing, “Jaarlijks rapport,” 2020.
- [3] G. Karakaya, V. Vanrillaer, and R. Van Tielen, “Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg Een analyse van de terugbetalingen,” *Onafhankelijke Ziekenfonds*, 2013.
- [4] G. Karakaya, M. Lona, and L. Bruyneel, “Studie over de chronische aandoeningen in België,” *Onafhankelijke Ziekenfonds*, 2020.
- [5] M. A. C. Tanke *et al.*, “A challenge to all. A primer on inter-country differences of high-need, high-cost patients,” *PLoS One*, vol. 14, no. 6, pp. 1–11, 2019.
- [6] J. J. G. Wammes, P. J. Van Der Wees, M. A. C. Tanke, G. P. Westert, and P. P. T. Jeurissen, “Systematic review of high-cost patients’ characteristics and healthcare utilisation,” *BMJ Open*, vol. 8, no. 9, 2018.
- [7] K. E. Joynt, J. F. Figueroa, N. Beaulieu, R. C. Wild, E. J. Orav, and A. K. Jha, “Segmenting high-cost Medicare patients into potentially actionable cohorts,” *Healthcare*, vol. 5, no. 1–2, pp. 62–67, 2017.
- [8] J. J. G. Wammes, M. Tanke, W. Jonkers, G. P. Westert, P. Van Der Wees, and P. P. T. Jeurissen, “Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: A cross-sectional claims database study,” *BMJ Open*, vol. 7, no. 11, pp. 1–11, 2017.
- [9] W. P. Wodchis, P. C. Austin, and D. a H. Mbchb, “High users of health care - longitudinal cost study,” *Cmaj*, vol. 188, no. 3, pp. 182–188, 2016.
- [10] S. L. Hayes *et al.*, “High-Need, High-Cost Patients: Who Are They and How Do They Use Health Care? A Population-Based Comparison of Demographics, Health Care Use, and Expenditures,” *Issue Brief (Commonw. Fund)*, vol. 26, no. August, pp. 1–14, 2016.
- [11] S. H. Zuvekas and J. W. Cohen, “Prescription drugs and the changing concentration of health care expenditures,” *Health Aff.*, vol. 26, no. 1, pp. 249–257, 2007.
- [12] S. Demarest, R. Charafeddine, S. Drieskens, and F. Berete, “Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen,” *Brussel, België: Sciensano*, p. 36, 2018.
- [13] G. Karakaya, “De niet-gebruikers van gezondheidszorg,” *Onafhankelijke Ziekenfonds*, pp. 1–15, 2019.
- [14] GezondBelgië, “Evolutie van het aantal verblijven/contacten.” [Online]. Available: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/zorgactiviteit-binnen-de-algemene-ziekenhuizen/ziekenhuisverblijf/evolutie-van-het-aantal-verblijven-contacten>. [Accessed: 23-Feb-2021].
- [15] RIZIV-INAMI, “Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses,” vol. 2015, no. gegevens 2019, p. 200, 2015.
- [16] V. de V. C. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, “De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid,” 2020.

- [17] OECD, “State of Health in the EU: Belgium Country Health Profile 2019,” 2019.
- [18] M. D. Aldridge and A. S. Kelley, “The myth regarding the high cost of end-of-life care,” *Am. J. Public Health*, vol. 105, no. 12, pp. 2411–2415, 2015.
- [19] G. Karakaya, “Het begin van de invaliditeit,” *Onafhankelijke Ziekenfonds*, 2019.
- [20] RIZIV-INAMI, “Statistieken over de invaliditeit van werknemers en werklozen in 2017.” [Online]. Available: <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2017/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx>.
- [21] A. F. De Wolf, K. Ackaert, T. Di Zinno, M. Dolphens, and M. Lona, “Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt : een stand van zaken,” 2020.
- [22] D. Khullar, Y. Zhang, and R. Kaushal, “Potentially Preventable Spending Among High-Cost Medicare Patients: Implications for Healthcare Delivery,” *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 35, no. 10, pp. 2845–2852, 2020.
- [23] C. Devos *et al.*, *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2019*, KCE Report. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2019.

Annexe 1 : Comparaison entre la population belge et la population des membres des Mutualités Libres

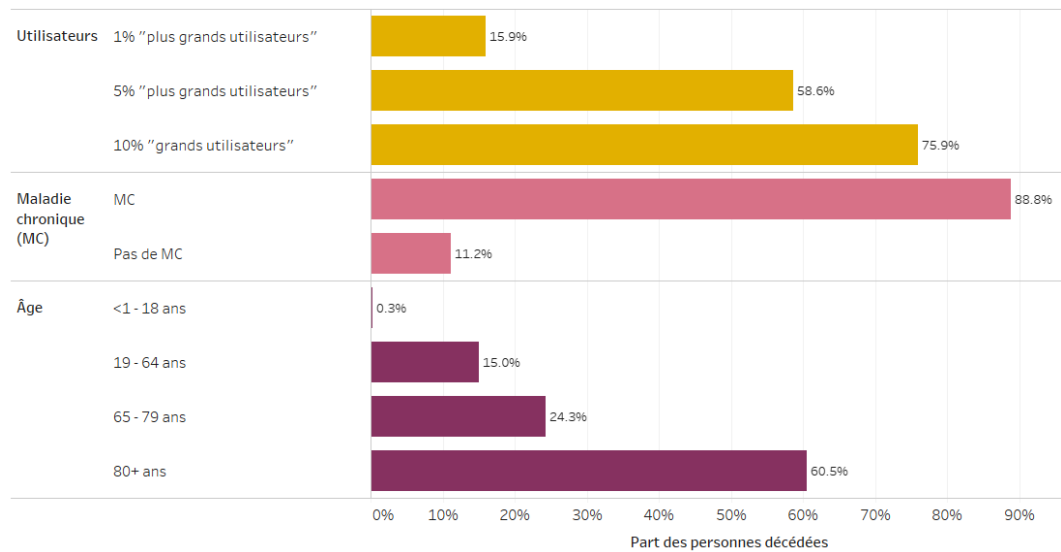
		<1-18 ans	19-64 ans	65 ans et +	Total
Mutualités Libres	Femme	49%	50%	56%	51%
	Homme	51%	50%	44%	49%
Belgique	Femme	49%	50%	55%	51%
	Homme	51%	50%	45%	49%
Mutualités Libres	Pas BIM	86%	89%	79%	87%
	BIM	14%	11%	21%	13%
Belgique	Pas BIM	79%	85%	75%	81%
	BIM	21%	15%	25%	19%
Mutualités Libres	Bruxelles	20%	20%	19%	20%
	Flandre	45%	44%	39%	43%
	Wallonie	34%	36%	42%	37%
Belgique	Bruxelles	11%	11%	7%	10%
	Flandre	56%	58%	61%	58%
	Wallonie	32%	31%	31%	32%

Annexe 2 : Profil des enfants (<1-18 ans)

Catégorie	1% « plus grands utilisateurs »	Population complète
Maladie chronique	59,8%	3,7%
Maladie mentale (qui est tellement grave qu'elle nécessite une hospitalisation)	35,4%	0,2%
Psychose (<=70 ans)	11,5%	0,2%
Dépression	9,8%	0,2%
Asthme	8,7%	2,3%
Epilepsie	6,8%	0,2%
Cancer (COM)	4,3%	<0,1%
Maladie grave	3,9%	<0,1%
BPCO*	3,6%	0,5%
Hypertension artérielle	2,7%	0,1%
Mucoviscidose	1,1%	<0,1%
Diabète avec insuline	1,0%	0,1%
Insuffisance rénale chronique	1,0%	<0,1%
Transplantation d'organes	0,7%	<0,1%
Diabète sans insuline	0,4%	<0,1%
Arthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique	0,4%	<0,1%
Parkinson	0,1%	<0,1%
Cardiopathie	0,1%	<0,1%
Insuffisance pancréatique exocrine	0,1%	<0,1%
Décès	1,5%	<0,1%

* les médicaments pris pour la BPCO correspondent en partie à ceux pris pour l'asthme, ce qui peut expliquer que la BPCO (poumon du fumeur) soit également diagnostiquée chez de jeunes enfants.

Annexe 3 : Profil des personnes décédées qui n'étaient pas membres des Mutualités Libres pendant les 12 derniers mois de leur vie et qui ne résidaient pas à l'étranger



Annexe 4 : Part des personnes avec une hospitalisation et des dépenses AO dans le cadre/hors du cadre d'une hospitalisation pendant les derniers mois de vie 2017-2018, Mutualités Libres



Annexe 5 : Dépenses personnelles moyennes pour maladies chroniques

	Ticket modérateur moyen (€)	Supplément moyen (€)	Part personnelle moyenne (€)
Hypertension artérielle	373	387	760
Dépression	426	443	869
Diabète sans insuline	328	241	569
BPCO	528	525	1,053
Asthme	304	203	507
Cardiopathie	588	771	1,359
Epilepsie	516	571	1,087
Diabète avec insuline	453	435	888
Psychose (<=70 ans)	474	308	783
Cancer (COM)	883	1.803	2.686
Maladie mentale	831	614	1.445
Arthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique	488	319	807
Parkinson	676	905	1.581
Insuffisance rénale chronique	672	695	1.368
Psychose (>70 ans)	595	1.379	1.974
VIH	257	173	430
Alzheimer	517	840	1.357
Maladie rare	902	1.370	2.272
Transplantation d'organes	720	783	1.503
Sclérose en plaques	496	335	831
Insuffisance pancréatique exocrine	785	957	1.742
Mucoviscidose	742	460	1.202
Hépatite B et C chronique	320	320	641

Annexe 6 : Les résultats de la régression linéaire (variable endogène : dépenses mensuelles remboursées pour soins de santé en 2018, en €)

Variable	Coefficients estimés	Cohérent avec l'hétéroscédasticité			Coefficients estimés standardisés
		Standard error	t Value	Pr > t	
Intervention majorée	110	1,96457	56,22	<,0001	0,05
Décès en 2018	2.793	35,06147	79,66	<,0001	0,29
Homme - 0-1 an	172	6,58042	26,16	<,0001	0,02
Homme - 1-4 ans	52	2,02006	25,63	<,0001	0,01
Homme - 5-9 ans	49	1,48739	32,91	<,0001	0,01
Homme - 10-14 ans	42	1,53597	27,41	<,0001	0,01
Homme - 15-19 ans	36	1,57446	22,97	<,0001	0,01
Homme - 20-24 ans	25	1,59765	15,90	<,0001	0,01
Homme - 25-29 ans	29	1,59857	17,89	<,0001	0,01
Homme - 30-34 ans	31	1,52848	19,98	<,0001	0,01
Homme - 35-39 ans	35	1,92677	18,12	<,0001	0,01
Homme - 40-44 ans	36	1,58940	22,82	<,0001	0,01
Homme - 45-49 ans	49	2,13998	22,80	<,0001	0,01
Homme - 50-54 ans	53	2,25269	23,57	<,0001	0,01
Homme - 55-59 ans	64	2,77693	22,88	<,0001	0,01
Homme - 60-64 ans	88	3,69337	23,84	<,0001	0,02
Homme - 65-69 ans	132	5,29524	25,01	<,0001	0,02
Homme - 70-74 ans	152	6,09137	24,94	<,0001	0,02
Homme - 75-79 ans	209	9,08663	23,01	<,0001	0,03
Homme - 80-84 ans	223	10,46363	21,34	<,0001	0,3
Homme - 85-89 ans	279	13,2008	21,2	<,001	0,3
Homme - 90-94 ans	328	21,4702	15,2	<,001	0,2
Femme - 0-1 an	141	6,38020	22,13	<,0001	0,01
Femme - 1-4 ans	42	1,80656	23,30	<,0001	0,01
Femme - 5-9 ans	34	1,05750	32,35	<,0001	0,01
Femme - 10-14 ans	38	1,10116	34,84	<,0001	0,01
Femme - 15-19 ans	44	1,41832	31,13	<,0001	0,01
Femme - 20-24 ans	38	1,27723	30,14	<,0001	0,01
Femme - 25-29 ans	71	1,33114	53,02	<,0001	0,02
Femme - 30-34 ans	91	1,36557	66,45	<,0001	0,02
Femme - 35-39 ans	71	1,49613	47,70	<,0001	0,02
Femme - 40-44 ans	61	1,75597	34,66	<,0001	0,01
Femme - 45-49 ans	55	1,74411	31,65	<,0001	0,01
Femme - 50-54 ans	51	2,04329	25,05	<,0001	0,01
Femme - 55-59 ans	58	2,46442	23,65	<,0001	0,01
Femme - 60-64 ans	68	3,02946	22,61	<,0001	0,01
Femme - 65-69 ans	96	4,05199	23,76	<,0001	0,02
Femme - 70-74 ans	128	4,84754	26,49	<,0001	0,02
Femme - 75-79 ans	187	6,64242	28,23	<,0001	0,03
Femme - 80-84 ans	271	7,25497	37,41	<,0001	0,04
Femme - 85-89 ans	412	8,54970	48,16	<,0001	0,05
Femme - 90-94 ans	555	13,58008	40,85	<,0001	0,05
Femme 95 ans et plus	541	23,87518	22,66	<,0001	0,03
Cardiopathie	283	9,00248	31,45	<,0001	0,04
Hypertension artérielle	78	2,20582	35,47	<,0001	0,04
Alzheimer	227	19,41451	11,68	<,0001	0,01
Arthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique	529	8,35039	63,34	<,0001	0,05
Asthme	54	3,72974	14,55	<,0001	0,01
BPCO	318	6,82239	46,66	<,0001	0,06

Diabète (avec ou sans insuline)	71	3,69579	19,26	<,0001	0,02
Epilepsie	444	10,36270	42,81	<,0001	0,06
Hépatite B ou C	61	142,81005	0,43	0,6704 ^{NS}	0,00
Mucoviscidose	1.459	180,39117	8,09	<,0001	0,02
Insuffisance pancréatique exocrine	384	58,89442	6,52	<,0001	0,01
Parkinson	505	19,34321	26,12	<,0001	0,03
Psychose (>70 ans)	677	25,48277	26,57	<,0001	0,04
Psychose (<=70 ans)	337	13,33618	25,29	<,0001	0,04
Sclérose en plaques	870	37,97857	22,92	<,0001	0,02
Transplantation d'organes	1.142	77,23668	14,78	<,0001	0,03
VIH	848	21,84492	38,82	<,0001	0,04
Cancer (COM)	1.560	20,89268	74,67	<,0001	0,17
Dépression	144	3,20116	44,83	<,0001	0,04
Insuffisance rénale chronique	1.731	45,82608	37,76	<,0001	0,10
Maladie grave	4.043	129,98683	31,10	<,0001	0,15
Maladie mentale	2.606	29,12845	89,45	<,0001	0,23
Nombre d'observations utilisées	2.083.316				
R ² adapté	0,3956				

NS : non significatif



Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles

T 02 778 92 11

Nos publications sur www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, janvier 2021

(Numéro d'entreprise 411 766 483)

Les Mutualités Libres regroupent :

