

DKV BAROMÈTRE

- 5,3 milliards d'euros de frais ambulatoires (hors de l'hôpital), c'est ce que paient les Belges de leur poche chaque année
- Si 75% d'entre eux s'attendent à devoir payer plus pour leurs soins de santé, 7 personnes sur 10 n'entendent pourtant pas prendre les devants

Avec 18% à payer de leur poche¹, les Belges sont les champions d'Europe occidentale en matière de quote-part personnelle relative aux soins prodigués en dehors d'une hospitalisation² ; soit 5,3 milliards d'euros par an. Si 82% d'entre eux ont souscrit à une assurance hospitalisation³, dont l'image est associée à des traitements lourds et inquiétants, nous estimons que seulement 5% disposent d'une couverture complémentaire pour les frais ambulatoires et dentaires malgré l'impact non négligeable à terme sur leur budget.

De plus, les Belges se montrent optimistes quant à leur santé et à la qualité des soins de santé. Ce constat s'accompagne toutefois d'un bémol. Même si les Belges sont rassurés par le fait d'être couvert par une assurance hospitalisation, 75 % d'entre eux s'attendent toutefois à devoir y aller beaucoup plus de leur poche. Néanmoins, 7 personnes interrogées sur 10 déclarent n'avoir aucune intention de prendre une assurance supplémentaire à cet effet.

Ce sont les constats dressés par le premier Baromètre DKV qui s'est intéressé à l'attitude des Belges à l'égard des assurances complémentaires en matière de santé.

Pourquoi un baromètre DKV ?

En tant que leader du marché en assurances soins de santé, DKV s'intéresse naturellement à l'attitude des Belges à l'égard des assurances complémentaires. Dans la situation économique actuelle, le secteur des soins de santé belge fait face à trois défis majeurs :

1. L'augmentation des maladies chroniques ;
2. Le développement de nouvelles technologies ;
3. L'allongement de la durée de vie.

Ces défis suscitent bon nombre de questions. Quelle attitude les Belges adoptent-ils face à ces évolutions ? S'attendent-ils à des conséquences financières ? Comment comptent-ils réagir ? Ont-ils l'intention de souscrire des assurances complémentaires pour les soins ambulatoires et les soins dentaires afin de combler un éventuel hiatus financier ? Ce sont les questions auxquelles le premier Baromètre de DKV entend répondre.

¹ OECD Health Statistics 2017 (chiffres pour l'année 2015)

² Les traitements effectués en dehors du contexte d'une hospitalisation, tels qu'une consultation chez un médecin traitant ou un spécialiste, la kinésithérapie, etc.

³ OECD Health Statistics 2017 (chiffres pour l'année 2015) & [étude Assuralia.be](http://etude.Assuralia.be)

Quels sont les défis pour la Belgique en matière de soins de santé ?

1. L'augmentation des maladies chroniques

27,2 % de la population belge souffrent d'au moins une maladie chronique. Les maladies les plus fréquentes sont les maux de dos (dus à un mode de vie sédentaire), les allergies, l'arthrose, l'hypertension, les douleurs cervicales, la migraine et l'asthme. Ce ratio grimpe à 30 % dès de l'âge de 35 ans⁴. Pour 17,1 %⁵ de la population, ces maladies génèrent même des limitations fonctionnelles pouvant entraîner une incapacité de travail.

Les maladies chroniques nécessitent un suivi continu et spécialisé qui, souvent, se passe de manière « ambulatoire », c.-à-d. en dehors de l'hôpital (par exemple : consultation chez un médecin généraliste ou un spécialiste, kinésithérapeute, etc.). Les médicaments relèvent également de cette catégorie.

Nombre de maladies chroniques par catégorie d'âge⁶

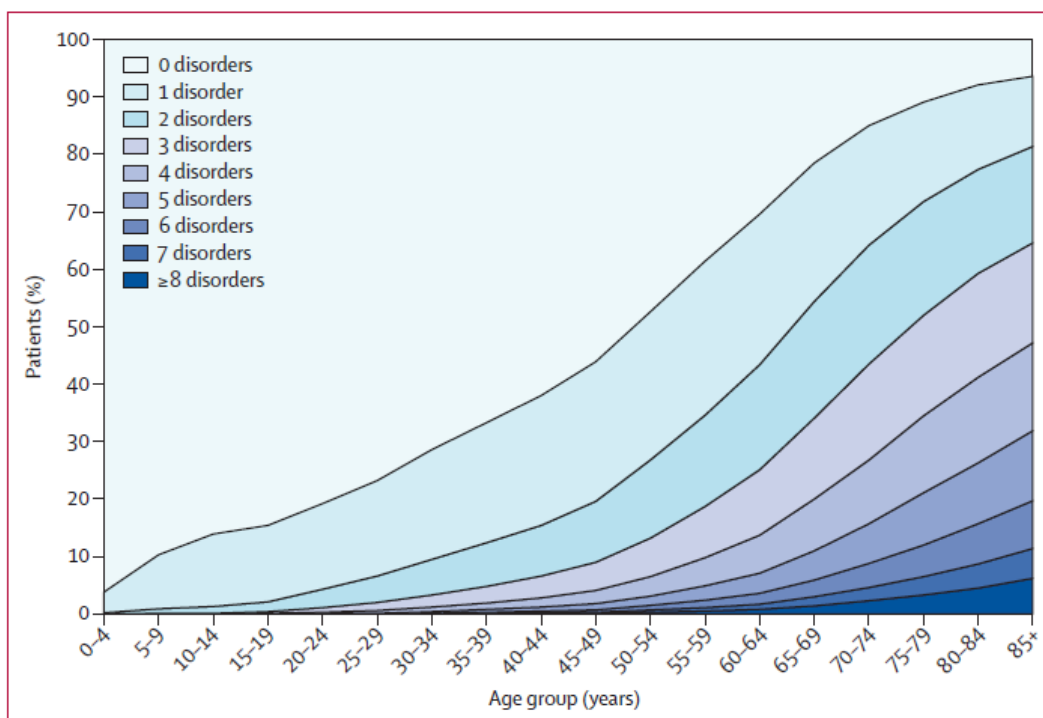


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

⁴ Paulus D., Van den Heede K., Mertens R.

Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper (Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique : élaboration d'un document de synthèse).

Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2012. KCE Reports 190A. D/2012/10.273/79.

⁵ Ibid.

⁶ Barnett K., Mercer S. W., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education, a cross-sectional study (Épidémiologie de la multimorbidité et implications pour les soins de santé, la recherche et l'enseignement de la médecine – une étude transversale). Lancet, 2012.

2. **Le développement de nouvelles technologies**

Si les traitements évoluent rapidement grâce à des technologies de pointe, le système actuel de soins de santé ne permet malheureusement pas de les rendre suffisamment abordables. Le gouvernement, l'industrie pharmaceutique, les hôpitaux, les associations de patients et les compagnies d'assurance doivent dialoguer sur cette question afin de trouver la meilleure solution pour toutes les parties concernées. Actuellement, ces traitements ne sont que peu voire pas remboursés par l'assurance maladie légale. Conséquence : les patients doivent prendre une part accrue des frais à leur charge. Un exemple :

Une personne souffrant d'une grave hernie nécessite une prothèse discale cervicale. Cette opération requiert une hospitalisation de 6 nuitées. Sans assurance complémentaire, le total de la facture (en chambre à deux lits) s'élève à 5063 €. L'assurance maladie légale ne rembourse que 2249 € ; le reste est à la charge du patient.

3. **Allongement de la durée de vie**

La population d'Europe occidentale vieillit. Le nombre d'octogénaires et plus va doubler d'ici à 2050. Ce phénomène aura pour effet d'alourdir la charge des personnes en âge de travailler. Cette pyramide d'âge inversée aura également une incidence sur le budget des soins de santé. Les soins ambulatoires seront privilégiés comme soins de première ligne. Malheureusement, ils ne sont que partiellement remboursés par l'assurance maladie légale. La quote-part prise en charge par le patient risque donc d'augmenter fortement.

Conséquence : le nombre de soins hors hôpital et le coût de ceux-ci sont en augmentation.

Les maladies chroniques, en constante évolution, génèrent de plus en plus de frais ambulatoires. De plus, les avancées technologiques en soins de santé ne sont pas toutes reconnues et engendrent des frais qui ne sont pas ou que partiellement pris en charge par l'assurance maladie légale. La pyramide des âges enfin finira par s'inverser. Ces trois phénomènes ne feront qu'accentuer la charge qui pèse déjà sur le budget du patient.

Conception de l'étude

Le bureau d'études de marché IPSOS a contacté un échantillon représentatif de 1000 personnes responsables du budget de leur ménage du 27/03/2017 au 31/03/2017 afin de leur poser un certain nombre de questions à propos de leur santé, de leur confiance dans les soins de santé actuels et futurs et sur l'importance qu'ils accordent aux assurances santé complémentaires. Il a ensuite été demandé au trendwatcher et psychosociologue Herman Konings de mettre les principaux enseignements de l'étude en perspective.

Les trois constats principaux du Baromètre DKV

CONCLUSION #1

PRÈS DE 70 % DES BELGES SE DISENT OPTIMISTES QUANT À L'AVENIR DE LEUR SANTÉ PERSONNELLE ET DE L'ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ, MAIS 75 % S'INQUIÈTENT DE L'IMPACT SUR LEUR BUDGET

Le Belge, optimiste quant à sa santé

67 % des personnes interrogées sont confiants concernant leur santé actuelle et future. Il est étonnant de constater que 82 % des 25 à 34 ans se disent optimistes quant à l'avenir de leur santé. Ce pourcentage dans la catégorie des 18 à 24 ans est élevé également, à savoir 77 %. Comment expliquer ce résultat ?

L'éclairage de Herman Konings, trendwatcher et psychosociologue

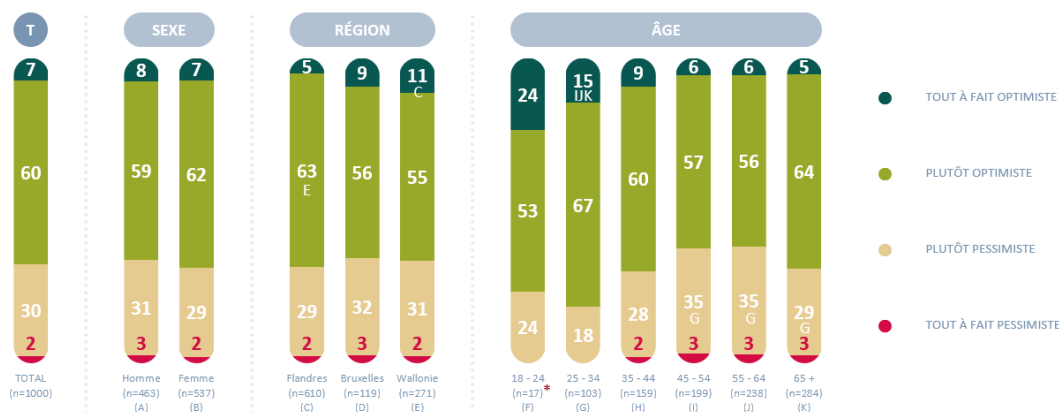
Le fait que les plus jeunes soient optimistes s'explique notamment par leur « confiance en l'avenir ». Ils ont une foi inébranlable dans l'énorme potentiel de la science et des technologies pour contrer le déclin physique et la maladie. « Cette mentalité n'est pas présente (ou beaucoup moins) parmi les générations plus âgées. »

Près de 7 répondants sur 10 se disent optimistes quant à leur santé.

Ipsos Loyalty

Cela est d'autant plus vrai pour les 25-34 ans: 15% se disent tout à fait optimistes.

OPTIMISME QUANT À SA SANTÉ PERSONNELLE



Le Belge, optimiste à propos de l'évolution de la qualité des soins de santé

68 % des Belges sont optimistes à très optimistes à propos de l'évolution de la qualité de leurs soins de santé. À cet égard, les écarts entre les différentes catégories d'âges sont minimes.

Le Belge, moins optimiste quant à l'évolution financière des soins de santé

Nous devons toutefois nuancer cet optimisme. 75 % des Belges interrogés par DKV pensent que l'intervention financière de l'État dans les soins de santé va diminuer à l'avenir. 67 % sont inquiets dont 25 % sont même très inquiets.

Il convient toutefois de noter une différence selon les régions. L'inquiétude est plus grande en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre. C'est dans les catégories d'âges à partir de 35 ans que cette crainte s'exprime le plus fortement : plus de 7 répondants sur 10 dans ces catégories se disent « plutôt inquiets » à « très inquiets » et s'attendent à un impact accru des soins de santé sur le budget du ménage.

Réaction paradoxale ?

68 % des personnes interrogées déclarent néanmoins qu'elles ne réagiront pas si les pouvoirs publics diminuent leur intervention financière dans les soins de santé. Cela semble paradoxal, mais il existe une explication psychologique simple à ce phénomène. Comme nous pensons avoir une meilleure maîtrise de notre santé que de nos finances, nous nous préoccupons moins de notre santé que de notre budget. Cette idée nous maintient dans l'illusion. Nous sommes moins enclins à souscrire des assurances complémentaires en soins de santé lorsque nous sommes en bonne santé.

L'éclairage de Herman Konings, trendwatcher et psychosociologue

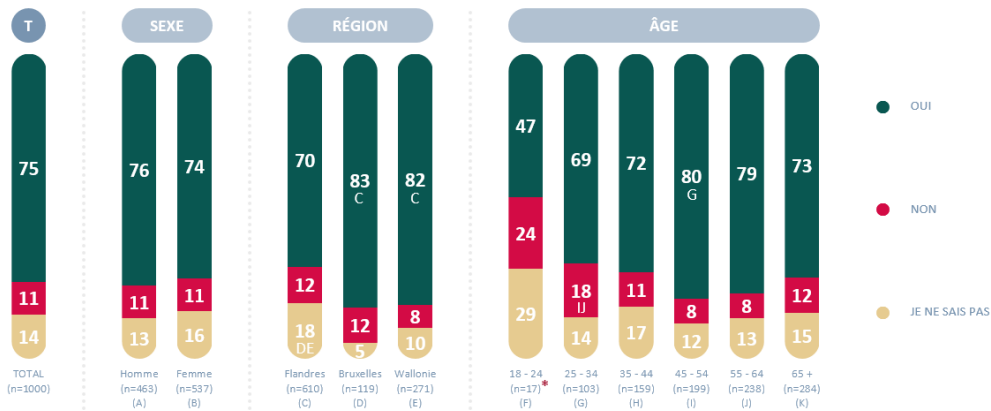
« Nous nous préoccupons davantage de nos finances que de notre santé. Et cette attitude est liée au sentiment de maîtrise. Nous sommes obnubilés par notre situation financière parce que nous pensons ne pas toujours avoir suffisamment prise sur celle-ci. La situation économique et l'augmentation du coût de la vie sont des réalités que nous devons subir, raison pour laquelle nous nous en préoccupons.

Et ce alors que nous pensons être capables d'influer sur notre santé en mangeant sainement, en faisant du sport, en buvant moins d'alcool et en ne fumant pas. Conséquence : nous nous en préoccupons moins.

En bref : parce que nous avons l'impression d'avoir la maîtrise de notre santé, nous nous en inquiétons moins, alors que le contrôle moindre dont nous disposons sur notre situation financière nous préoccupe fortement. »

3 répondants sur 4 pensent que l'état va diminuer son intervention financière dans les soins de santé. Ceux résidant en Flandre sont plus optimistes. Ipsos Loyalty

DIMINUTION DE L'INTERVENTION FINANCIÈRE DE L'ÉTAT EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ



Base: Échantillon total (n=1000)
Question: S2. Pensez-vous que l'État va diminuer son intervention financière en matière de soins de santé au fil des années ?

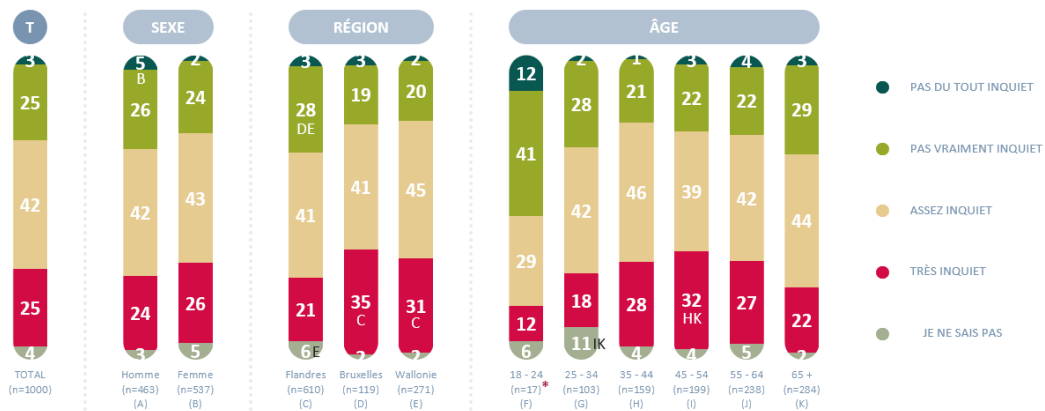
63

GAME CHANGERS



1 répondant sur 4 se dit très inquiet d'une possible diminution de l'intervention financière de l'état. Ce chiffre grimpe à Bruxelles et en Wallonie ainsi que parmi les 45-54 ans. Ipsos Loyalty

INQUIÉTUDE PAR RAPPORT À UNE POSSIBLE DIMINUTION DE L'INTERVENTION FINANCIÈRE DE L'ÉTAT



Base: Échantillon total (n=1000)
Question: S3. Dans quelle mesure êtes-vous inquiet par rapport à cette possible diminution ?

65

GAME CHANGERS



CONCLUSION #2 – LE BELGE EST DÉJÀ LE CHAMPION EUROPÉEN DE L'OUT OF POCKET (QUOTE-PART PERSONNELLE)

L'*out of pocket* désigne le montant qui reste à la charge du patient après l'intervention de l'assurance maladie légale et des éventuelles assurances complémentaires.

Combien un Belge paie-t-il de sa poche pour ses frais de santé ? Quelques exemples :

- Nathalie choisit une chambre individuelle pour accoucher de son premier enfant. Le coût moyen d'un tel séjour s'élève à environ 3 000 €. Dans ce cas, l'assurance maladie légale paie 1 300 €. Il reste donc un montant de 1700 € que Nathalie doit prendre à sa charge (*out of pocket* : 57 %).
- Noah présente un faible poids à sa naissance, raison pour laquelle il est suivi chaque mois par un pédiatre. Le coût officiel d'une consultation est de 34,09 € (certains facturent un montant supérieur). Cela représente un montant annuel de 409,08 € ; l'assurance maladie légale rembourse 265,08 € aux parents. Montant à prendre en charge par les parents : 144 € (*out of pocket* : 35 %).
- André fait un infarctus et est hospitalisé. Il opte pour une chambre individuelle. Durée de l'hospitalisation : un mois. Le montant total de la facture d'André s'élève à 24 036 €. L'assurance maladie légale intervient pour un montant de 7 225 €. Le montant qu'André doit payer de sa poche se chiffre donc à 16 811 € (*out of pocket* : 70 %).
- Philippe a eu un accident de voiture. Il a besoin de 18 séances de kinésithérapie. À raison de 22,26 € par séance (tarif officiel), ce traitement coûte 400,68 €. L'assurance maladie légale prend 294,66 € de ce montant en charge. Philippe doit donc payer 106,02 € de sa poche (*out of pocket* : 26,4 %).
- Alexia doit se faire poser un implant et une couronne. Un budget de 2 000 € au total que l'assurance maladie légale ne remboursera pas (*out of pocket* : 100 %).
- Anne, 31 ans, a besoin d'un appareil orthodontique. Cela lui coûtera la coquette somme de 2 000 € que malheureusement, on ne lui remboursera pas (*out of pocket* : 100 %).

Le Belge, champion d'Europe occidentale de l'*out of pocket*

Après l'intervention de la mutuelle et d'éventuelles assurances complémentaires, le Belge paie encore 18 % de sa poche pour ses frais en soins de santé. Il s'agit du pourcentage le plus élevé d'Europe occidentale⁷ qui représente 5,3 milliards d'euros par an pour les soins dentaires et ambulatoires. À titre de comparaison, il est de 7 % en France.

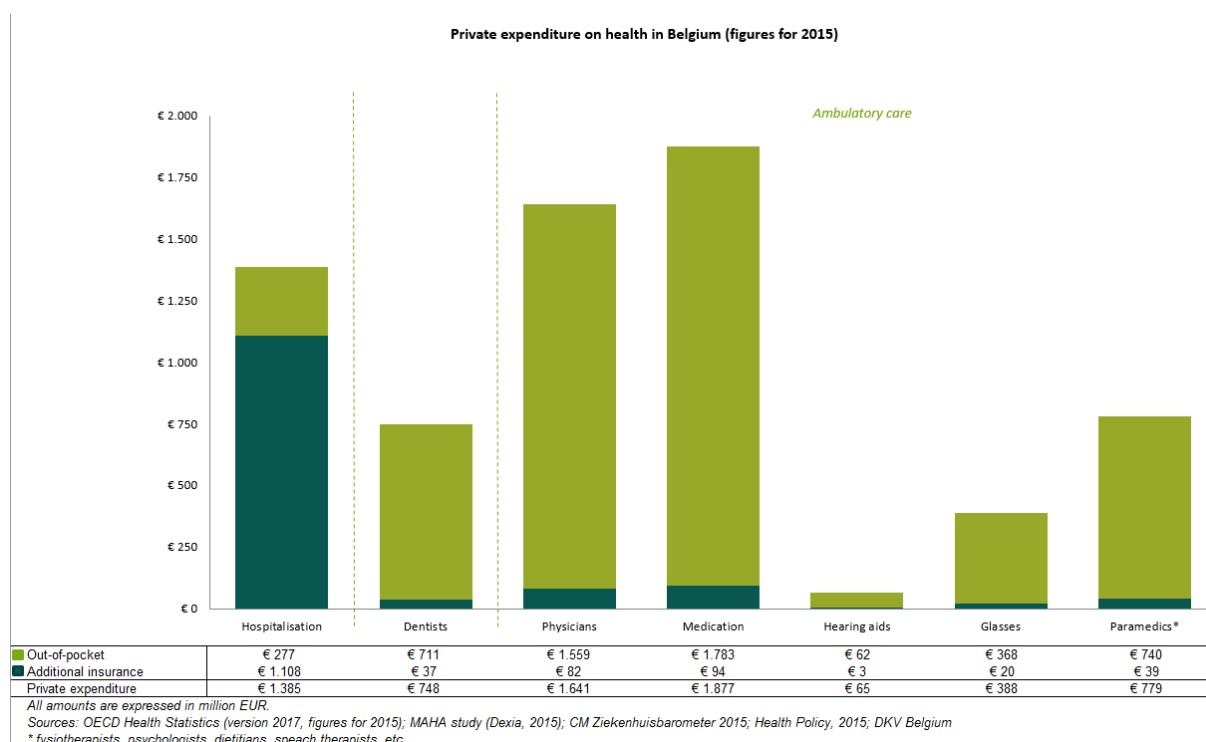
⁷ OECD Health Statistics, 2017, chiffres pour l'année 2015

Voici les montants que les Belges paient de leur poche, exprimés en chiffres absolus :

- 5,3 milliards d’euros par an pour des soins ambulatoires, dont :
 - 711 millions d’euros par an pour des soins dentaires (= 43 % du total des dépenses pour des soins dentaires) ;
 - 1,8 milliard d’euros pour des produits pharmaceutiques (= 38 % du total des dépenses pour des médicaments). Étant donné que seule une partie des Belges dispose d’une assurance complémentaire pour les soins ambulatoires, seuls 94 millions sur 1,8 milliard d’euros de dépenses privées en produits pharmaceutiques sont remboursés ;
 - 1,6 milliard d’euros pour des consultations médicales (= 24 % du total des dépenses pour des consultations médicales) ;
 - 62 millions pour des appareils auditifs (= 95 % du total des dépenses pour des appareils auditifs) ;
 - 368 millions pour des lunettes (= 95 % du total des dépenses pour des lunettes).

Le graphique ci-dessous reflète cette situation.

Répartition des dépenses en soins de santé en Belgique après intervention de l’assurance maladie légale (DKV, chiffres 2015)



Cela veut-il dire que le Belge n'est pas bien protégé ?

Il est clair que les Belges ne font pas partie des Européens les mieux protégés, surtout si on compare leur situation à celle de leurs proches voisins que sont la France, les Pays-Bas ou l'Allemagne. Même si leur système de soins de santé diffère du nôtre, leurs besoins ne sont pas si différents. Pourtant, leur population est beaucoup mieux couverte.

C'est ce qui apparaît clairement lorsque l'on compare le financement des médicaments (soins ambulatoires)⁸ en Belgique et en France.

	Belgique	France
Remboursement via l'assurance maladie légale	60,3 %	68,7 %
Remboursement via les assurances complémentaires	2,0 %	14,1 %
Frais moyens que le patient paie (<i>out of pocket</i>)	37,7 %	17,2 %

Autres chiffres :

- 62 % des Néerlandais disposent d'une assurance complémentaire couvrant les soins dentaires⁹.
- 95 % des Français ont une assurance complémentaire qui couvre non seulement les frais d'hospitalisation, mais aussi les soins dentaires et les frais ambulatoires¹⁰. Les autorités françaises octroient des aides aux personnes à faibles revenus afin qu'elles puissent elles aussi souscrire une assurance complémentaire (ACS : aide au paiement d'une assurance complémentaire santé)¹¹.
- En Allemagne, 15 des 81 millions d'habitants ont une assurance pour les soins dentaires. À ce chiffre, il faut ajouter les 9 millions de personnes qui disposent d'une assurance santé privée proposant une large couverture des soins dentaires. 30 % des Allemands ont souscrit une telle assurance élargie pour les soins dentaires¹².

⁸ OECD Health Statistics 2017 (chiffres pour l'année 2015) ; DREES, Les dépenses de santé en 2015, résultats des comptes de la santé, 2016.

⁹ En 2015, 84 % de la population néerlandaise avait une assurance complémentaire. Parmi ceux-ci, 78 % des adultes (18 ans et plus) et 55 % des enfants (moins de 18 ans) disposaient d'une couverture pour les soins dentaires. 73,4 % de la population, constituée à 20 % d'enfants, avait une assurance complémentaire pour les soins dentaires en 2015. Vektis : Zorgthermometer. Verzekerden in beeld 2015 (Baromètre des soins. Aperçu détaillé des assurés). https://www.vektis.nl/images/Verzekerden_in_beweging_april_2015.pdf (2015)

¹⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/oc2016.pdf> (2016).

¹¹ <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/aide-au-paiement-d-une-complementaire-sante/quelles-conditions-pour-beneficier-de-l-acs.php>

¹². <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2015.pdf>

Que pouvons-nous en conclure ?

Que le Belge paie beaucoup de sa poche et qu'il n'en a pas vraiment conscience. Les assurances complémentaires sont méconnues.

Il est vrai que 82 % des Belges ont une assurance hospitalisation, mais on estime à seulement 5 % ceux qui ont une assurance complémentaire pour les soins dentaires ou les soins ambulatoires. Ce type d'assurances peut pourtant réduire considérablement la part d'*out of pocket* des factures de soins de santé.

De nombreux Belges reportent leurs soins dentaires en raison du coût ; l'importance de souscrire une assurance appropriée est encore plus évidente.

L'âge idéal pour souscrire des assurances pour les soins dentaires et les frais ambulatoires se situe entre 25 et 45 ans. C'est une période au cours de laquelle on fonde une famille, on a des enfants et donc confronté à de nouveaux frais (pédiatrie, orthodontie, etc.). Mais en fin de compte, il est bon de le faire à tout âge, car si on attend que les problèmes arrivent, il est souvent trop tard pour pouvoir encore profiter pleinement de l'assurance complémentaire.

CONCLUSION #3 – LE BELGE A ADOPTÉ L'ASSURANCE HOSPITALISATION ; L'ASSURANCE POUR LES SOINS DENTAIRE OU LES SOINS AMBULATOIRES NE FAIT PAS ENCORE PARTIE DE SES PRIORITÉS

Pourquoi seuls 5 % des Belges disposent-ils d'une assurance complémentaire ? Lorsqu'on leur demande pourquoi, voici ce qu'ils répondent :

Pour l'assurance « soins dentaires » :

- 25 % déclarent n'y avoir jamais pensé ;
- 25 % déclarent ne pas en avoir besoin ;
- 10 % ne savent pas pourquoi ils n'ont pas souscrit d'assurance pour les soins dentaires.

Pour l'assurance « frais ambulatoires » :

- 34 % déclarent n'y avoir jamais pensé ;
- 16 % déclarent ne pas en avoir besoin ;
- 15 % ne savent pas pourquoi ils n'ont pas souscrit d'assurance pour les frais ambulatoires.

Pourtant, une assurance hospitalisation ne couvre pas les soins dentaires et les soins ambulatoires. Ils ne sont remboursés que s'ils sont liés à une opération ou à certaines maladies graves. Et c'est là que le bât blesse. 8 personnes interrogées sur 10 n'ont aucune crainte parce qu'elles pensent être suffisamment couvertes par l'assurance hospitalisation. En d'autres termes, ils ne savent pas exactement ce que l'assurance hospitalisation couvre réellement ou non. Cette insouciance et cette méconnaissance sont responsables du manque d'intérêt pour

les assurances complémentaires, surtout chez les jeunes. Ils sont bel et bien conscients de l'importance de bénéficier de soins de santé appropriés, mais ils ne se sentent généralement pas encore concernés.

L'éclairage de Herman Konings, trendwatcher et psychosociologue

Le regard que l'on porte sur une assurance hospitalisation n'est pas le même que celui que l'on porte sur une assurance pour les soins dentaires ou les soins ambulatoires. L'hospitalisation véhicule quelque chose qui est de l'ordre émotionnel. Un problème ou une maladie qui nécessite une opération est une source d'inquiétude. En revanche, les soins dentaires et les soins ambulatoires sont plutôt considérés comme des futilités, comme quelque chose qui ne nécessite pas vraiment que l'on s'en préoccupe. Dès lors, ils reportent facilement à plus tard la décision de contracter une assurance complémentaire. Cette tendance se constate avant tout auprès de la génération X (née entre 1966 et 1976).

CONCLUSION GÉNÉRALE – LES BELGES ONT BESOIN D'ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES POUR LES SOINS DENTAIRE ET LES SOINS AMBULATOIRES, MAIS ILS ONT TOUT SIMPLEMENT UNE MÉCONNAISSANCE DU SUJET

« La Belgique dispose d'une des meilleures médecines du monde, mais celle-ci a un coût ; un coût qui devrait encore augmenter en raison de la poussée des maladies chroniques, du développement de nouvelles technologies coûteuses et de l'allongement de la durée de vie. Cela accroît dès lors la pression sur le budget des ménages. En particulier alors que de plus en plus de traitements et de consultations ont lieu hors des murs de l'hôpital. Cette enquête nous démontre l'importance et la difficulté de conscientiser les Belges à se prémunir dès à présent, même s'ils sont en bonne santé, de frais médicaux qui pourraient, à terme, s'avérer très lourds » déclare Emmanuel de Talhouët, Administrateur délégué de DKV.