



Les dépenses nationales en soins de santé

16e édition, chiffres de 2021

1. Introduction	2
2. Méthodologie	4
3. Définitions	6
4. Tableau d'ensemble des dépenses nationales en soins de santé.....	7
4.1. Chiffres synthétiques	7
4.2. Les dépenses selon les sources de financement	10
4.3. Les dépenses selon les secteurs de soins.....	19
5. Résumé.....	23

1. Introduction

Eurostat et l'OCDE publient chaque année une compilation actualisée de statistiques et d'indicateurs mesurant le fonctionnement des régimes de soins de santé dans les pays européens et de l'OCDE¹. Il ressort de l'édition la plus récente des statistiques de l'OCDE que la part des dépenses moyennes dans le PIB des pays de l'OCDE est demeurée pratiquement stable entre 2010 et 2019 (8,6 % à 8,8 %), étant donné que la croissance des dépenses en soins de santé s'est inscrite durant cette période dans la lignée de la croissance économique générale. Afin de faire face aux besoins complémentaires en matière de soins lors de la pandémie de COVID-19 et dans un contexte de récession économique, les dépenses en soins de santé des pays de l'OCDE² ont augmenté pour passer en moyenne de 8,8 % de leur PIB en 2019 à 9,6 % en 2020 et 9,7 % en 2021. La part moyenne en Europe³ a augmenté dans une mesure comparable, à savoir de 9,4 % en 2019 à 10,4 % en 2020 et 2021.

Les dépenses en soins de santé de la Belgique s'élèvent à 55,5 milliards d'euros en 2021, ce qui représente 11,0 % de son PIB. Sur la période 2010-2021, la part des dépenses en soins de santé de la Belgique dans le PIB présente une légère tendance à la hausse pour passer de 10,2 % en 2010 à 11,0 % en 2021.

La Belgique a consacré 11,0 % de son PIB aux dépenses en soins de santé en 2021, ce qui est supérieur à la moyenne européenne (10,4 % du PIB). Au classement européen, notre pays occupe la neuvième position, juste derrière le Portugal et devant le Danemark. Nos pays voisins que sont l'Allemagne et la France occupent respectivement les première et troisième places de ce classement, avec des parts de 12,9 % et 12,3 %. Au sein de l'OCDE, seuls les États-Unis consacrent un pourcentage encore plus élevé de leur PIB aux soins de santé, à savoir 17,4 % en 2021.

Si l'on considère le montant des dépenses consacrées⁴ aux soins de santé par habitant, la Belgique (6.022 dollars US) présente en 2021 un montant supérieur à la moyenne de l'OCDE (4.714 dollars US) et se positionne ainsi à la dixième place du classement européen, juste derrière la France (6.106 dollars US) et devant l'Irlande (5.861 dollars US).

Dans presque tous les pays de l'OCDE, le secteur public représente la principale source de financement des dépenses en soins de santé. En 2021, les pouvoirs publics et la sécurité sociale (assurance maladie obligatoire) ont financé en moyenne 76,0 % des dépenses en soins de santé des pays de l'OCDE. Au cours de la période 2010-2019, les dépenses publiques affectées aux soins de santé présentent en Belgique (tout comme dans la plupart des pays de l'OCDE) une croissance assez stable, en phase avec celle de l'économie considérée dans son ensemble. La part du secteur public en Belgique dans le total des dépenses en soins de santé se situe au cours de cette période entre 75,3 % et 76,8 %. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, cette part a augmenté pour passer de 75,3 % en 2019 à 77,9 % en 2020, après quoi elle a légèrement baissé pour s'établir à 77,6 % en 2021. La moyenne européenne est passée de 78,8 % en 2019 à 80,7 % en 2020 et 2021.

En Belgique, le budget de l'État pour les soins de santé est limité par une norme légale de croissance réelle. À partir de 2004, les dépenses relatives aux prestations de soins de santé pouvaient augmenter de 4,5 % par an en termes réels « pour garantir à tous des soins de santé de qualité élevée et plus accessibles ». Cette norme de croissance de 4,5 % devait finalement être maintenue jusqu'en 2012. En 2012, le gouvernement a en effet procédé à d'importantes économies dans le secteur des soins de santé. La norme de croissance a été réinstaurée en 2013, mais ramenée à un niveau moindre par

¹ Eurostat database, Health care expenditure (SHA 2011).

² OECD, Health Statistics 2023, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. Cette édition de la Health Statistics database de l'OCDE contient des chiffres jusqu'en 2021 inclus et, dans certains cas, des estimations pour l'année 2022.

³ Les moyennes reprises dans le présent rapport pour l'OCDE sont des moyennes pondérées des 38 États membres de l'OCDE. Cette méthode permet de limiter l'impact de l'importante population des États-Unis d'Amérique sur la moyenne de l'OCDE. En revanche, les moyennes européennes dont il est rendu compte dans le présent rapport sont calculées par le biais d'une globalisation pondérée (selon le PIB en parité de pouvoir d'achat) sur le niveau des 27 États membres de l'OCDE.

⁴ Prix courants, corrigés des différences de pouvoir d'achat.

rapport à celui qui prévalait avant 2012 (2 % en 2013, 3 % en 2014 et 1,5 % à partir de 2016)⁵. L'accord de gouvernement fédéral prévoit qu'à partir de 2022 la norme de croissance soit relevée de 1,5 % à 2,5 %. Dans le cadre de son accord budgétaire d'octobre 2022, le gouvernement fédéral a décidé que la norme de croissance serait réduite une seule fois de 2,5 % à 2 % pour l'année 2024.

Les dépenses non publiques se composent des autres dépenses « out-of-pocket » des ménages, des interventions directes des entreprises et des institutions sans but lucratif ainsi que des dépenses des services complémentaires des mutualités et des assurances complémentaires soins de santé. Dans les pays de l'OCDE, ces dépenses privées représentent en moyenne 23,9 % du total des dépenses en soins de santé en 2021. La majeure partie de ces dépenses privées est supportée comme frais non remboursés (« out-of-pocket ») par les ménages, ce qui représente en moyenne 18,4 % du total des dépenses en soins de santé en 2021.

En Belgique, les dépenses privées sont financées principalement aussi par les frais non remboursés (« out-of-pocket ») du consommateur (17,9 % du total des dépenses en soins de santé en 2021) et, pour une part moins importante, par les services complémentaires des mutualités, les assurances complémentaires soins de santé et les interventions d'institutions sans but lucratif (en tout, 4,5 % du total).

Le prix des soins de santé demeure un thème d'actualité qui fait l'objet d'un intérêt soutenu de la part des médias et à propos duquel des chiffres sont régulièrement cités, comme ceux concernant les dépenses pour les soins de santé. Ce faisant, les médias renvoient au budget de la Sécurité sociale, aux données de l'INAMI, aux statistiques de l'OCDE, aux comptes nationaux, aux prévisions du Bureau du plan et à des informations provenant d'autres organismes.

Des rapports d'appui de la politique traitent aussi régulièrement d'aspects liés aux dépenses en soins de santé de la Belgique. À titre d'exemples récents, on peut citer les rapports « Belgique : Profils de santé par pays 2023 »⁶ et « Performance du système de santé belge : Rapport 2024 »⁷.

Avec la 16^e édition de ce dossier, Assuralia entend éclairer le lecteur sur le monde complexe des soins de santé en Belgique, clarifier la nature et l'importance des montants consacrés aux soins de santé et répondre à quelques questions fréquentes :

- ▶ Dans ces dépenses, quelle est la part prise en charge par les pouvoirs publics ?
- ▶ Quelle est la quote-part du patient dans le total des dépenses ?
- ▶ À quels secteurs la croissance des dépenses est-elle imputable ?

*Alex Maselis,
Ivo van Uffel*
vts@assuralia.be

⁵ En 2012 et 2015, le montant de l'objectif budgétaire global a été fixé de manière forfaitaire, ce qui revenait en fait à une croissance zéro.

⁶ Le rapport « Belgique : Profils de santé par pays 2023 » fait partie du cycle de reporting State of Health in the EU. Il a été préparé par l'OCDE et l'European Observatory on Health Systems and Policies en collaboration avec la Commission européenne. Il peut être consulté notamment via le site Web de la Commission européenne. https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_en#country-health-profiles-2021

⁷ L'étude « Performance du système de santé belge : Rapport 2024 » a été réalisée sous la direction du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en collaboration avec l'INAMI, Sciensano et le SPF Santé publique. Le rapport est disponible sur le site Web du KCE : <https://kce.fgov.be/fr/hspa-rapport-2024> (KCE Reports 376B).

2. Méthodologie

En 2002, l'OCDE proposait avec la publication de « A System of Health accounts » (SHA)⁸ une méthodologie et un instrument qui sont devenus la norme internationale pour l'établissement des comptes nationaux du secteur des soins. Cette série de comptes santé (belges) est établie depuis l'année 2003. Tant Eurostat que l'OCDE publient des données chiffrées depuis l'année d'observation 2003.

Dans le cadre de diverses communications obligatoires de statistiques, le SPF Sécurité sociale a appliqué cette méthodologie à la situation belge et collecté des données détaillées relatives aux soins de santé et aux secteurs apparentés. Pour les éditions à partir de 2011 de la présente publication, Assuralia se base sur les données chiffrées disponibles collectées par le SPF Sécurité sociale.

Ce système de comptes santé a été constitué selon trois dimensions. Ces trois dimensions abordent respectivement les trois questions d'investigation suivantes :

- ▶ Qui paie les factures ? L'État, le patient...?
- ▶ Qui dispense les soins ? Les hôpitaux, les dentistes... ?
- ▶ Quelle est la fonction ou quel est l'objectif des soins dispensés ? Soins curatifs, revalidation, prévention... ?

Dans la présente publication, les dépenses en soins de santé sont réparties selon, d'une part, les sources de financement et, d'autre part, les prestataires de soins/secteurs de soins. La ventilation qui a recours à la « classification fonctionnelle » n'est pas traitée dans son intégralité dans la présente publication. Elle est utilisée uniquement pour une ventilation plus fine des services spécifiques des hôpitaux et afin de faire une distinction entre les prestations pharmaceutiques et d'autres biens médicaux.

Afin d'obtenir une structure correcte et complète des coûts du secteur des soins de santé, il a été tenu compte non seulement des dépenses directes des secteurs de soins et des sources de financement, par exemple le coût de la prestation de soins proprement dite, mais également des frais de gestion et d'administration. L'évaluation utilisée de la consommation englobe donc aussi les amortissements et les dotations à l'exercice. Les comptes SHA de la Belgique qui sont repris dans la présente publication ne font toutefois mention d'aucune constitution unique de capital pour les soins de santé, comme les programmes d'investissement financés par les pouvoirs publics pour la construction d'hôpitaux par exemple. Les comparaisons effectuées dans la présente publication entre la Belgique et les autres pays de l'OCDE ne tiennent donc compte que des *dépenses courantes* en soins de santé et non des *dépenses totales* (qui sont la somme des *dépenses courantes* et des *dépenses d'investissement*)⁹.

⁸ La version la plus récente de la méthodologie SHA a été publiée en mars 2017 : *A System of Health Accounts 2011 : Revised Edition*. Source : <https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>. Les chiffres repris dans la présente publication sont le résultat de la collecte effectuée conformément à la version la plus récente du SHA 2011.

⁹ L'OCDE publie tous les deux ans un rapport « Health at a Glance » qui reprend chaque fois un chapitre sur les dépenses en soins de santé dans les pays de l'OCDE. Dans les rapports « Health at a Glance 2011 » et « Health at a Glance 2013 », les dépenses totales en soins de santé ont été publiées en indiquant que les statistiques belges ne concernent que les dépenses courantes. Dans les éditions suivantes du rapport « Health at a Glance » (2015, 2017, 2019, 2021, 2023), les données publiées ne concernent que les dépenses courantes par pays de l'OCDE (sauf exceptions explicitement mentionnées). Les rapports « Health at a Glance » peuvent être consultés en cliquant sur le lien suivant : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

En ce qui concerne la délimitation du domaine des soins de santé, les dépenses sont calculées dans le présent document en fonction d'une définition stricte des soins de santé. Ces dépenses couvrent celles pour les prestations de services et le matériel qui est fourni dans le cadre de soins de santé et de soins de longue durée. Il n'est pas tenu compte des dépenses non médicales ni des allocations en vue de l'octroi d'un revenu ou d'un revenu de remplacement.

Le calcul des dépenses en soins de santé est effectué sur la base de la consommation en Belgique des particuliers, des entreprises et des institutions qui se trouvent sur son territoire. Les soins de santé consommés par un Belge à l'étranger pour cause de maladie ne sont donc pas pris en considération. D'autre part, les soins dispensés sur notre territoire à des touristes étrangers n'entrent en principe pas dans le cadre du calcul.

Chaque année, la méthodologie appliquée pour la collecte et le calcul des Health Accounts subit (en fonction du cas pour l'ensemble de la période d'observation depuis 2003 ou pour des années spécifiques) quelques modifications afin de donner une idée plus précise des dépenses en soins de santé. Les chiffres de la présente édition diffèrent donc des chiffres qui ont été publiés dans les éditions précédentes. Dans la présente édition, nous présentons les chiffres mis à jour et les évolutions pour la période 2010-2021.

3. Définitions

Sources de financement Les « sources de financement » des soins de santé que la présente étude prend en considération sont les suivantes : les organismes légaux de sécurité sociale¹⁰, les autorités¹¹, les organisations corporatives (entreprises et institutions sans but lucratif au service des ménages), les assurances soins de santé complémentaires proposées par les assureurs maladie privés et les sociétés mutualistes d'assurance, les services complémentaires des mutualités, le ticket modérateur et les autres dépenses « out-of-pocket » des ménages (c'est-à-dire la consommation directe des ménages).

Secteurs de soins La présente étude fait une distinction entre les secteurs de soins suivants : hôpitaux, soins infirmiers et résidentiels, soins ambulatoires, prestations pharmaceutiques et matériel médical, promotion et prévention.

Fonctions (hôpitaux) Les prestations de soins en hôpital sont subdivisées en plusieurs groupes de services présentant une même finalité : soins résidentiels (hospitalisation), hospitalisation de jour, soins ambulatoires, imagerie médicale et biologie clinique.

¹⁰ L'Office national de sécurité sociale dont relèvent l'INAMI, Fedris, la CSPM (Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins) et la Sécurité sociale d'outre-mer.

¹¹ Autorités se composant des pouvoirs fédéraux, régionaux et subordonnés.

4. Tableau d'ensemble des dépenses nationales en soins de santé

4.1. Chiffres synthétiques

D'après les calculs du SPF Sécurité sociale, le montant total des dépenses courantes consacrées aux soins de santé en Belgique s'est élevé en 2021, pour l'ensemble des prestataires de soins et des secteurs de soins, à 55,5 milliards d'euros. À titre de comparaison, ces dépenses atteignaient 37,0 milliards d'euros en 2010.

De 2010 à 2021, les dépenses nationales en soins de santé ont augmenté de 49,8 %, ce qui correspond à une croissance moyenne de 3,7 % par an. Cette croissance n'a pas connu une évolution constante au cours de cette période. Au cours des années 2013 (+2,5 %), 2014 (+2,9 %), 2016 (3,2 %), 2017 (3,5 %) et 2019 (+2,7 %), la croissance des dépenses en soins de santé a été inférieure à la moyenne. L'année 2020 (-0,4 %) est la seule année de la période 2010-2021 au cours de laquelle les dépenses nationales en soins de santé ont diminué. La plus forte croissance a été observée l'année suivante, en 2021, à savoir une hausse de 7,8 % par rapport à 2020.

Dépenses nationales en soins de santé et PIB montants en millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PIB	363.140	375.968	386.175	392.880	403.003	416.701	430.085	445.050	460.051	478.676	459.827	502.521
Dépenses nationales en soins de santé	37.049	38.963	40.556	41.553	42.755	44.993	46.421	48.059	49.968	51.672	51.489	55.493
en % du PIB	10,2%	10,4%	10,5%	10,6%	10,6%	10,8%	10,8%	10,8%	10,9%	10,8%	11,2%	11,0%
Dépenses soins de santé en Europe en % du PIB	9,4%	9,3%	9,4%	9,4%	9,4%	9,3%	9,4%	9,3%	9,3%	9,4%	10,4%	10,4%

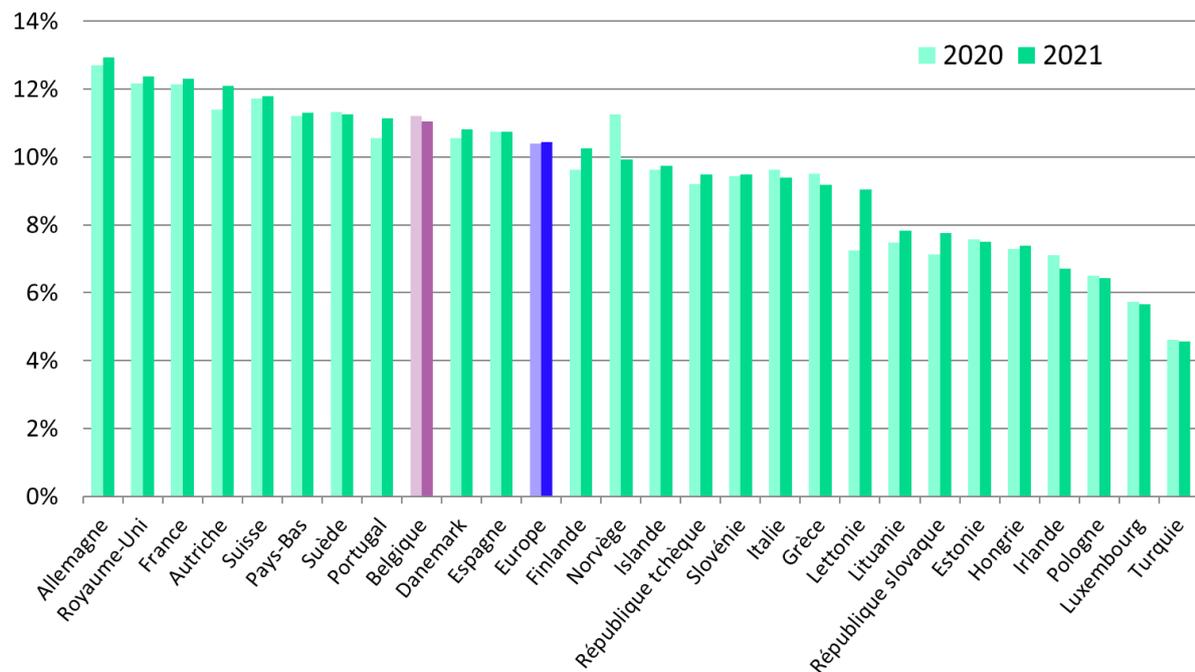
Sources : SPF Sécurité Sociale et BNB

Le produit intérieur brut (PIB) de la Belgique¹² aux prix courants s'élevait à 363,1 milliards d'euros en 2010. De ce montant, 37,0 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de santé, soit 10,2 % du PIB. Ce pourcentage a connu une légère tendance à la hausse au cours de la période 2010-2021 et s'élève à 11,0 % en 2021 pour un PIB de 502,5 milliards d'euros.

¹² Source : OCDE, dernière actualisation le 14 novembre 2023.

La part des dépenses en soins de santé en pourcentage du PIB est en Belgique toujours supérieure à la moyenne européenne durant la période 2010-2021. Cette moyenne européenne se situait entre 9,3 % et 9,4 % au cours de la période 2010-2019 et est passée à 10,4 % en 2020 et 2021 dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Au classement européen de 2021, la Belgique se situe à la neuvième place. L'Allemagne (12,9 %), le Royaume-Uni (12,4 %) et la France (12,3 %) occupent les 3 premières places.

Dépenses nationales en soins de santé en % du PIB



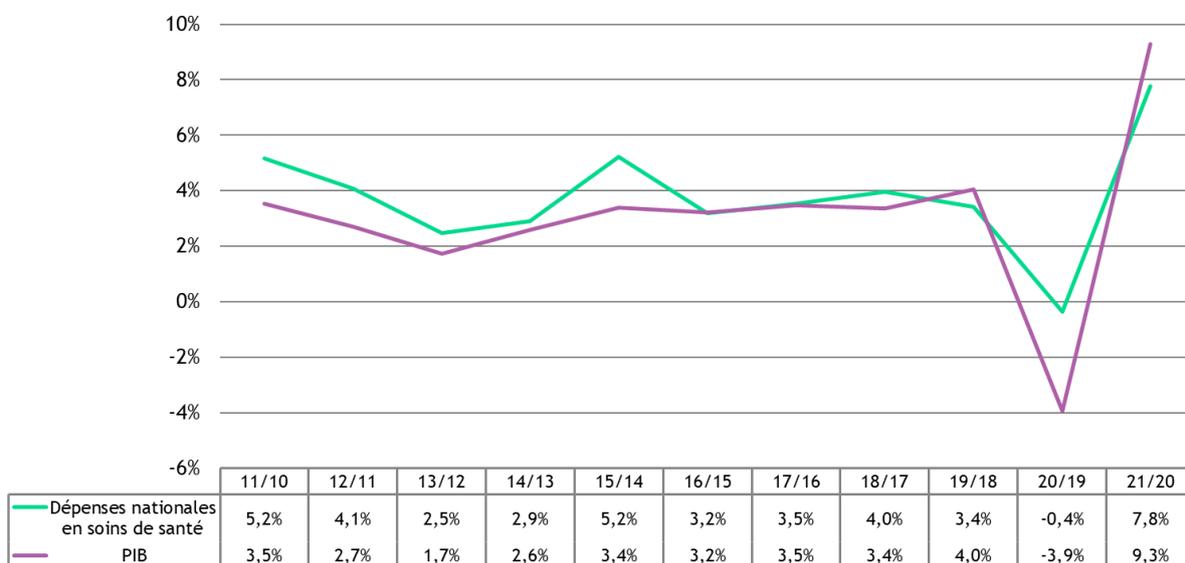
Sources : Eurostat et OCDE

L'importance de la croissance des dépenses en soins de santé apparaît clairement lorsqu'on la compare à la croissance du PIB aux prix courants.

Au cours de la période 2011-2019, il y a eu trois années au cours desquelles la croissance des dépenses belges en soins de santé a été inférieure ou quasiment égale à la croissance du PIB, à savoir 2016, 2017 et 2019. Au cours de la période 2011-2015 et en 2018, les dépenses en soins de santé ont en revanche augmenté plus rapidement que l'économie belge considérée dans son ensemble. En 2020, à savoir l'année au cours de laquelle la pandémie de Covid-19 a eu la plus forte incidence sur la société, le PIB a baissé de 3,9 % tandis que les dépenses en soins de santé sont restées relativement stables (-0,4 %). L'économie a ensuite connu une relance en 2021 avec une hausse du PIB de 9,3 %. Au cours de cette même année, les dépenses de soins de santé ont également à nouveau fortement augmenté de 7,8 %.

Durant l'ensemble de la période 2010-2021 examinée, la croissance des dépenses en soins de santé (+49,8 %) a été nettement supérieure à celle du PIB (+38,4 %). Cela correspond à une croissance annuelle moyenne de 3,7 % pour les dépenses en soins de santé, contre 3,0 % pour le PIB.

Croissance annuelle des dépenses nationales en soins de santé et du PIB à prix courant



Sources : SPF Sécurité Sociale et BNB

4.2. Les dépenses selon les sources de financement

Les dépenses de la Belgique en soins de santé peuvent être ventilées selon les trois sources de financement reprises ci-dessous :

► **secteur public :**

ensemble des dépenses directes en soins de santé par les organismes de sécurité sociale, l'autorité fédérale, les régions, les communautés et les autorités locales ;

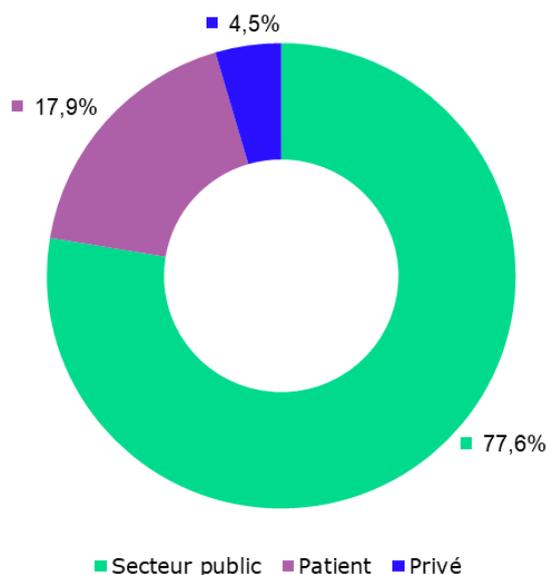
► **privé¹³ :**

les services complémentaires des mutualités, les assurances soins de santé complémentaires proposées par les sociétés mutualistes d'assurance¹⁴ et par les assureurs maladie privés, ainsi que les montants que les institutions sans but lucratif au service des ménages consacrent directement aux soins de santé ;

► **ménages/patient :**

le ticket modérateur net et les autres dépenses « out-of-pocket » (c'est-à-dire la quote-part personnelle des ménages hors indemnités d'assurances complémentaires)¹⁵.

Dépenses soins de santé 2021 : ventilées par source de financement



Source : SPF Sécurité Sociale

¹³ Des éditions précédentes de ce rapport reprenaient une rubrique dépenses en soins de santé des entreprises comme partie des sources de financement privées. Ces dépenses des entreprises englobaient, d'une part, les dépenses en soins de santé de la Caisse des soins de santé (de HR Rail) et, d'autre part, la partie financée par des dons des dépenses en soins de santé de la Croix-Rouge de Belgique. À partir de la 14e édition de ce rapport, ces dépenses sont ventilées, conformément aux adaptations apportées dans les Health Accounts de la Belgique, selon, d'une part, les dépenses de la Sécurité sociale (HR Rail) et, d'autre part, les dépenses des institutions sans but lucratif (Croix-Rouge de Belgique). Du fait de ces glissements, le présent rapport ne contient pas de rubrique dépenses en soins de santé des entreprises.

¹⁴ Sociétés mutualistes habilitées à organiser des activités d'assurance en Belgique.

¹⁵ L'estimation de la quote-part personnelle des ménages dépend des hypothèses utilisées (par exemple la mesure dans laquelle les produits non médicaux contribuent au chiffre d'affaires des pharmacies) et n'est pas réalisée de la même manière dans tous les pays. Le calcul des chiffres belges est effectué sur la base de l'estimation de la consommation finale des ménages par la Banque nationale, tandis que d'autres pays utilisent des enquêtes relatives au budget ou d'autres sources encore. Source : <https://socialsecurity.belgium.be/fr/chiffres-de-la-protection-sociale/focus-sur-les-chiffres/dépenses-de-sante-charge-des-menages-sha>

L'aperçu des dépenses de santé belges en 2021, ventilées selon les sources de financement, fait apparaître ce qui suit :

- ▶ le secteur public constitue la principale source de financement des dépenses en soins de santé. Il prend à son compte plus de trois quarts du total des dépenses courantes ;
- ▶ les patients assument directement 17,9 % des dépenses. Il s'agit de la consommation finale des ménages après déduction de l'ensemble des remboursements ou indemnités¹⁶ (par exemple ticket modérateur, suppléments et dépenses pour matériel médical non remboursé) ;
- ▶ les assurances soins de santé complémentaires des assureurs maladie privés et des sociétés mutualistes d'assurance, les services complémentaires des mutualités et les institutions sans but lucratif prennent en charge 4,5 % des dépenses. Le nombre de Belges couverts par une assurance complémentaire auprès d'une société mutualiste d'assurance ou d'un assureur privé progresse chaque année. Ce nombre a augmenté en 2021 pour s'établir à 10,3 millions¹⁷ : 6,0 millions d'assurés auprès des assureurs maladie privés et 4,3 millions de personnes qui ont souscrit une assurance facultative auprès d'une société mutualiste d'assurance¹⁸. Les institutions sans but lucratif ont financé 0,02 % des dépenses en 2021. Elles représentent donc une très petite source de financement par rapport au financement via, d'une part, les mutualités et les sociétés mutualistes d'assurance (2,2 %) et, d'autre part, les assureurs maladie privés (2,3 %).

Les résultats de la présente étude montrent également que la part du secteur public dans les dépenses en soins de santé oscille, au cours de la période 2010-2021, grosso modo entre 75 % et 78 % du total des dépenses, alors que la part privée financée par les assurances complémentaires, les mutualités, les institutions sans but lucratif et les patients (par le biais du système du ticket modérateur ou des autres dépenses « out-of-pocket ») fluctue entre 22 % et 25 %.

Dépenses ventilées selon les sources de financement (secteur public, patients et secteur privé) en millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Secteur public	28.261,8	29.693,5	31.021,8	31.587,9	32.558,5	34.379,8	35.652,6	36.889,7	38.290,6	38.886,0	40.123,3	43.069,6
<i>Sécurité sociale</i>	24.353,5	25.650,1	26.661,9	27.090,7	27.928,4	25.169,8	25.048,7	25.836,4	26.676,1	27.896,5	27.637,6	30.439,3
<i>Autorités</i>	3.908,3	4.043,4	4.359,9	4.497,3	4.630,1	9.210,0	10.603,9	11.053,3	11.614,5	10.989,6	12.485,7	12.630,2
Patients	7.306,2	7.635,7	7.890,0	8.202,8	8.352,5	8.558,9	8.573,6	8.842,7	9.243,7	10.234,8	8.955,9	9.908,9
<i>Ticket modérateur</i>	1.936,8	1.957,2	1.999,6	2.012,0	2.013,7	2.087,7	2.095,7	2.107,1	2.148,7	2.168,1	1.909,1	2.041,0
<i>Remboursement ticket modérateur</i>	-326,3	-329,7	-328,0	-331,1	-336,2	-324,3	-338,4	-337,2	-326,7	-331,8	-286,6	-274,4
<i>Autres dépenses "out-of-pocket"</i>	5.695,8	6.008,2	6.218,3	6.521,8	6.675,1	6.795,5	6.816,3	7.072,9	7.421,6	8.398,5	7.333,4	8.142,3
Privé	1.480,6	1.633,8	1.644,5	1.762,6	1.844,0	2.054,5	2.195,2	2.326,6	2.434,1	2.551,2	2.410,1	2.514,5
<i>Assurances privées</i>	834,4	879,8	907,0	955,3	1.008,0	1.087,8	1.135,9	1.181,6	1.250,0	1.322,4	1.266,9	1.299,5
<i>Mutualités</i>	639,8	746,3	729,5	799,9	828,8	958,5	1.050,9	1.137,9	1.177,0	1.220,9	1.133,3	1.202,2
<i>Institutions sans but lucratif</i>	6,3	7,7	7,9	7,4	7,1	8,2	8,4	7,0	7,1	7,9	10,0	12,8
Total	37.048,6	38.963,0	40.556,3	41.553,4	42.755,0	44.993,1	46.421,5	48.059,0	49.968,3	51.672,0	51.489,2	55.492,9

Source : SPF Sécurité Sociale

Dépenses ventilées selon les sources de financement (secteur public, patients et secteur privé) en % des dépenses totales

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Secteur public	76,3%	76,2%	76,5%	76,0%	76,2%	76,4%	76,8%	76,8%	76,6%	75,3%	77,9%	77,6%
<i>Sécurité sociale</i>	65,7%	65,8%	65,7%	65,2%	65,3%	55,9%	54,0%	53,8%	53,4%	54,0%	53,7%	54,9%
<i>Autorités</i>	10,5%	10,4%	10,8%	10,8%	10,8%	20,5%	22,8%	23,0%	23,2%	21,3%	24,2%	22,8%
Patients	19,7%	19,6%	19,5%	19,7%	19,5%	19,0%	18,5%	18,4%	18,5%	19,8%	17,4%	17,9%
<i>Ticket modérateur</i>	5,2%	5,0%	4,9%	4,8%	4,7%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	4,2%	3,7%	3,7%
<i>Remboursement ticket modérateur</i>	-0,9%	-0,8%	-0,8%	-0,8%	-0,8%	-0,7%	-0,7%	-0,7%	-0,7%	-0,6%	-0,6%	-0,5%
<i>Autres dépenses "out-of-pocket"</i>	15,4%	15,4%	15,3%	15,7%	15,6%	15,1%	14,7%	14,7%	14,9%	16,3%	14,2%	14,7%
Privé	4,0%	4,2%	4,1%	4,2%	4,3%	4,6%	4,7%	4,8%	4,9%	4,9%	4,7%	4,5%
<i>Assurances privées</i>	2,3%	2,3%	2,2%	2,3%	2,4%	2,4%	2,4%	2,5%	2,5%	2,6%	2,5%	2,3%
<i>Mutualités</i>	1,7%	1,9%	1,8%	1,9%	1,9%	2,1%	2,3%	2,4%	2,4%	2,4%	2,2%	2,2%
<i>Institutions sans but lucratif</i>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100%											

Source : SPF Sécurité Sociale

En 2020 et 2021, la part du secteur public a augmenté par rapport à 2019. Un mouvement inverse est observé pour la part du patient et pour la part des dépenses privées. Cette évolution est liée à la

¹⁶ Après correction pour le maximum à facturer.

¹⁷ Certains assurés disposent d'une double couverture, par le biais tant d'une assurance individuelle que d'une assurance collective. De ce fait, le nombre total de Belges disposant d'une assurance soins de santé complémentaire est en réalité légèrement inférieur à 10,3 millions.

¹⁸ Source : Office de contrôle des mutualités.

pandémie de Covid-19. D'une part, une interdiction de la facturation de suppléments en cas d'admission d'un patient infecté ou suspecté d'être infecté par le virus SARS-CoV-2 a été explicitement prévue dans la loi.¹⁹ D'autre part, de nombreux autres soins médicaux ont été reportés en raison de la pandémie de Covid-19, et ce, tant à l'initiative des patients qu'à l'initiative des prestataires de soins (notamment en raison de la moins grande disponibilité de l'infrastructure et du personnel de soins).

Dépenses du secteur public

C'est évidemment le secteur public qui représente le principal financier des dépenses en soins de santé. En 2021, il intervient pour 77,6 % dans le total des dépenses, contre 77,9 % en 2020 et 75,3 % en 2019.

Cela n'a rien d'étonnant, car la majeure partie des dépenses provient de l'assurance maladie obligatoire qui fait partie de la sécurité sociale fédérale, laquelle est plus large, et qui est gérée par l'Institut national d'assurance maladie et invalidité²⁰ (INAMI). Elle offre une couverture étendue des frais médicaux à pratiquement toute la population belge. En 2022 99,1 %²¹ de la population peut compter sur une couverture. Environ un pour cent de la population n'est donc pas assuré. Il s'agit de personnes qui ne remplissent pas les conditions administratives et/ou financières requises.

Les organismes de sécurité sociale couvrent donc la plus grande part de ces dépenses publiques (54,9 % des dépenses nationales en 2021). L'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés et indépendants est la branche d'assurance qui couvre l'essentiel des dépenses. Les prestations médicales de l'assurance accidents du travail et du système de couverture des maladies professionnelles relèvent également de la sécurité sociale.

Jusqu'en 2014, l'INAMI finançait aussi les frais de soins des résidents des centres de soins résidentiels. Ces frais de soins sont financés parce que le résident du centre de soins résidentiel est assuré en assurance maladie. Avec la 6^e réforme de l'État, ce budget a été transféré aux Communautés à partir de l'année 2015. Ce glissement budgétaire explique en grande partie la baisse de la part de la sécurité sociale dans les dépenses en soins de santé, qui est passée de 65,3 % en 2014 à 55,9 % en 2015. À côté des soins aux personnes âgées, un certain nombre de compétences relatives aux conventions de soins de longue durée, aux soins de santé mentale, à la politique de prévention et à l'organisation des soins de santé de première ligne ont également été transférées aux Communautés dans le cadre de la 6^e réforme de l'État.

Les dépenses du secteur public se composent donc des paiements effectués non seulement par les organismes de sécurité sociale, mais aussi par les différentes autorités. Jusqu'en 2013, les comptes SHA faisaient dans ces paiements une distinction entre les autorités fédérales et les autorités locales (régions, provinces et communes). Cette distinction n'est plus disponible depuis 2014.

Au niveau fédéral, les services de santé sont financés par les différents Services publics fédéraux (SPF). Le SPF Santé publique est compétent entre autres pour le financement des hôpitaux (exploitation), la politique en matière de soins de santé et la coordination de l'aide médicale urgente. La Défense gère un hôpital et assure les prestations de services médicaux aux militaires. La Justice prend en charge

¹⁹ Art. 97, §2, e de la Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins

²⁰ Les organismes assureurs sont responsables du paiement des interventions. Il s'agit de cinq unions nationales de mutualités agréées : l'Association nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), l'Union nationale des mutualités neutres (UMN), Solidaris - l'Union nationale des mutualités socialistes (UNMS), l'Union nationale des mutualités libérales (UNML) et l'Union nationale des mutualités libres (MLOZ). En outre, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) et la Caisse des soins de santé (CSS) de HR Rail jouent également un rôle d'organisme assureur en ce qui concerne les interventions dans le cadre de l'assurance obligatoire.

²¹ Pour mémoire : dans le cadre de ce calcul, les personnes qui ne sont pas affiliées à une mutualité (par exemple les personnes en séjour irrégulier) ne relèvent pas de la définition de « population ». Source : « La performance du système de santé belge : Rapport 2024 » du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE report 376B).

les services infirmiers des établissements pénitentiaires et l'Intérieur prend à son compte les services d'urgence et de sécurité.

Outre ces services de santé, les frais de fonctionnement des services publics fédéraux représentent également une part importante des dépenses. C'est le cas pour le SPF Santé publique et le SPF Sécurité sociale.

Les Communautés sont compétentes pour la prévention, les soins à domicile et partiellement pour les soins de santé de première ligne, les soins de santé mentale et les hôpitaux (notamment agrément, contrôle de qualité et financement des investissements dans l'infrastructure et des investissements dans des appareils médicaux lourds). Avec la 6e réforme de l'État, des compétences supplémentaires ont été transférées aux Communautés, comme la construction et le fonctionnement des institutions pour personnes âgées et la construction et la rénovation des hôpitaux. Les compétences qui étaient autrefois réparties entre les autorités fédérales et régionales dans un certain nombre de secteurs, comme les soins aux personnes handicapées, les soins aux personnes âgées et les soins de santé mentale, sont désormais totalement régionalisées.

Les provinces et les communes contribuent également dans les dépenses publiques en soins de santé pour la médecine scolaire par le biais des services psycho-socio-éducatifs (PSE), les soins préventifs, les soins à domicile et la promotion de la santé. Les dépenses des communes et des provinces pour les organisations hospitalières et de soins de santé ainsi que le financement des communes pour les déficits des hôpitaux des CPAS sont également repris dans les comptes des pouvoirs locaux.

Toutes ces autorités peuvent en outre accorder directement des subsides à différents prestataires de services de soins de santé et de soins. Les autorités régionales octroient par exemple des subsides à des institutions de soins psychiatriques.

En 2022, 2023 et 2024, les autorités ont prévu d'investir pas mal d'argent supplémentaire dans les soins de santé. Le budget de l'INAMI²² pour le remboursement des soins passera à 32,1 milliards d'euros (+6,8 %) en 2022, à 35,2 milliards d'euros (+9,5 %) en 2023 et à 37,8 milliards d'euros (+7,5 %) en 2024²³. Cette forte croissance est essentiellement due à des indexations visant à compenser l'inflation et à la norme de croissance réelle (2,5 % en 2022 et 2023, 2 % en 2024).

Dépenses de santé par source de financement

	en % des dépenses totales		évolution en %	
	2020	2021	2021/2020	2021/2010
Pouvoirs publics	77,9%	77,6%	7,3%	52,4%
Sécurité sociale	53,7%	54,9%	10,1%	25,0%
Autorités	24,2%	22,8%	1,2%	223,2%
Patients	17,4%	17,9%	10,6%	35,6%
Ticket modérateur	3,7%	3,7%	6,9%	5,4%
Remboursement ticket modérateur	-0,6%	-0,5%	-4,3%	-15,9%
Autres dépenses "out-of-pocket"	14,2%	14,7%	11,0%	43,0%
Privé	4,7%	4,5%	4,3%	69,8%
Assurances privées	2,5%	2,3%	2,6%	55,7%
Mutualités	2,2%	2,2%	6,1%	87,9%
Institutions sans but lucratif	0,0%	0,0%	28,7%	102,0%
Total	100,0%	100,0%	7,8%	49,8%

Source : SPF Sécurité Sociale

²² Vous trouverez de plus amples informations sur ce budget sur le site Internet de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/presse/un-budget-de-427-milliards-d-euros-pour-l-assurance-soins-de-sante-en-2024-1>

²³ L'historique du budget de l'assurance soins de santé et indemnités peut également être consulté sur le site Internet de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/financement-de-l-assurance/budget/historique-du-budget-de-l-assurance-soins-de-sante-et-indemnitees>

Contribution des ménages

Les contributions « out-of pocket » des ménages englobent les dépenses qui ne sont pas financées par les pouvoirs publics, la sécurité sociale ou les institutions sans but lucratif et qui ne donnent pas lieu à un remboursement de l'assureur privé ou de la mutualité dans le cadre d'une assurance complémentaire.

Nous constatons que la contribution du patient fluctue grosso modo entre 17 % et 20 % du total des dépenses au cours de la période 2010-2021. Il s'agit en l'occurrence des postes suivants :

- ▶ **le ticket modérateur officiel** : la fraction du **tarif INAMI** qui reste à la charge du patient²⁴ ;
- ▶ **les autres dépenses « out-of-pocket »** : frais médicaux qui soit excèdent les tarifs officiels de l'assurance maladie obligatoire (par exemple suppléments d'honoraires), soit n'entrent pas en considération pour un remboursement dans le cadre légal (par exemple médicaments non remboursables) et qui doivent donc être supportés par les ménages, parce qu'ils ne sont pas non plus (totalement) remboursés par l'assurance maladie complémentaire ou parce que le ménage ne dispose pas d'une assurance complémentaire à cet égard²⁵.

Bien que les contributions directes des ménages augmentent d'année en année en termes nominaux (sauf en 2020), leur hausse est moins rapide que celle du total des dépenses en soins de santé de la Belgique. Au cours de la période d'observation 2010-2021, la croissance annuelle moyenne des dépenses directes des ménages s'élève à 2,8 %, tandis que le total des dépenses affiche une croissance annuelle moyenne de 3,7 % au cours de cette même période. En raison de cet écart de croissance, la part des dépenses directes des ménages dans les dépenses de santé est inférieure de près de deux points de pourcentage en 2021 (17,9 %) à celle de 2010 (19,7 %).

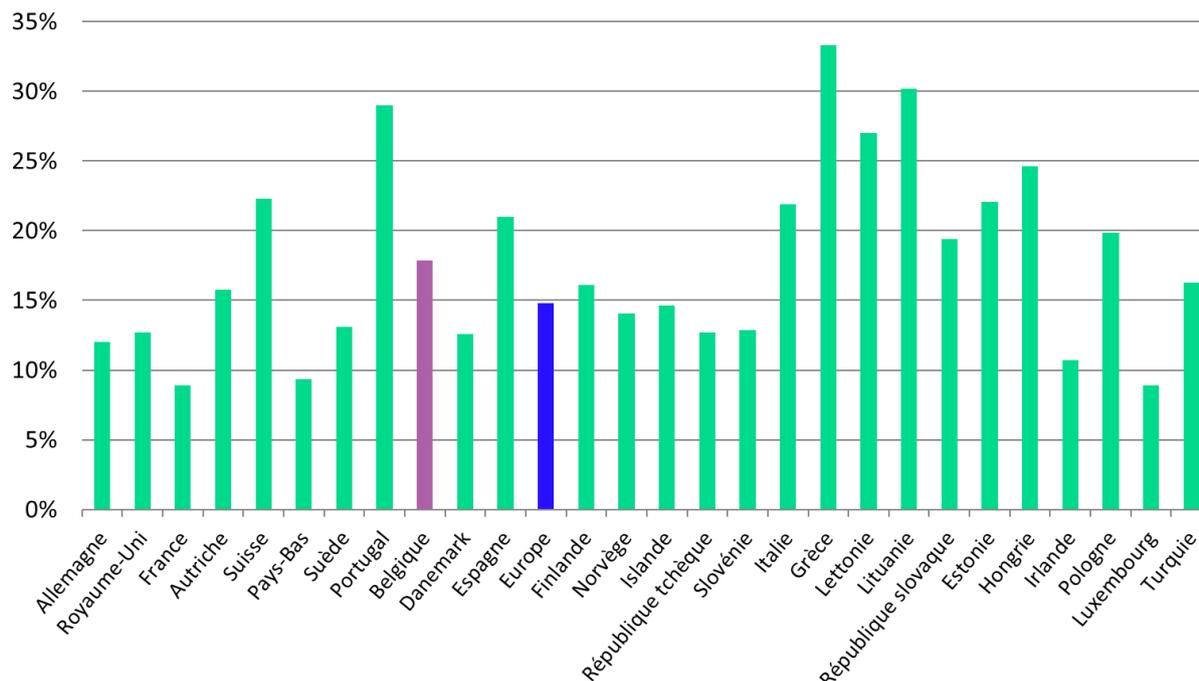
Il ressort d'une comparaison avec nos pays voisins que la part directe du patient dans les dépenses est plus élevée en Belgique (17,9 % en 2021) qu'en Allemagne (12,0 %), aux Pays-Bas (9,4 %) et en France (8,9 %). Les écarts avec les chiffres de nos pays voisins illustrent les différences dans les systèmes nationaux de soins de santé. Les assurances complémentaires proposées en Belgique par les assureurs privés et les sociétés mutualistes d'assurance consistent essentiellement en des assurances hospitalisation. Les assurances complémentaires pour les soins dentaires gagnent en popularité, mais d'une manière générale, les produits d'assurance qui garantissent le remboursement de frais de soins médicaux ambulatoires ne rencontrent encore et toujours que peu de succès en Belgique. Par conséquent, la part directe du patient belge englobe avant tout des dépenses pour des soins ambulatoires et des médicaments qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire. En France, par exemple, une partie plus importante des soins médicaux ambulatoires est prise en charge par l'assurance complémentaire. De ce fait, la part directe du patient dans le total des dépenses y est nettement moins élevée (8,9 % contre 17,9 % pour les patients belges), et la part des assureurs complémentaires français²⁶ est plus importante (12,0 % contre 4,5 % pour les assureurs complémentaires opérant en Belgique).

²⁴ Les interventions dans le cadre du maximum à facturer ont été déduites des tickets modérateurs et accroissent par conséquent la contribution des pouvoirs publics dans les dépenses.

²⁵ La grande majorité des Belges disposent d'une assurance hospitalisation, mais seule une (petite) minorité d'entre eux disposent d'une assurance soins ambulatoires ou soins dentaires

²⁶ En 2015, la part de l'assurance complémentaire facultative en France s'établissait à 13,7 %. Depuis le 1er janvier 2016, les entreprises françaises sont tenues légalement de proposer une assurance soins de santé minimale à leurs employés. En 2021, la part de cette assurance complémentaire obligatoire dans les dépenses en soins de santé s'élève à 6,3 %, alors que la part de l'assurance complémentaire facultative atteint 5,7 %.

Part du patient en % des dépenses soins de santé totales - 2021



Sources : Eurostat et OCDE

Ticket modérateur

La finalité du ticket modérateur est, comme son nom l'indique, de modérer la consommation médicale et d'inciter les patients à une certaine forme de responsabilisation financière. Afin de garder sous contrôle les dépenses publiques, des mesures sélectives d'assainissement ont été prises depuis 1993 qui ont abouti à une augmentation considérable du ticket modérateur (par exemple, pour la consultation d'un médecin ou d'un spécialiste, en cas d'hospitalisation, pour la biologie clinique et la radiologie).

Une série de mesures ont également été prises afin d'améliorer l'accessibilité des soins de santé. L'accent a été mis sur des mesures (franchise sociale et fiscale) permettant d'éviter aux catégories vulnérables de notre société de devoir payer des frais médicaux élevés. Ces mesures prévoient le remboursement du ticket modérateur dès que celui-ci excède un plafond déterminé (maximum à facturer), mais elles ne visent pas toutes les prestations médicales remboursables.

Le maximum à facturer ou MAF introduit en 2002 prévoit le remboursement d'une partie limitée du ticket modérateur : dès que les tickets modérateurs de certains soins médicaux dispensés à un ménage au cours d'une année civile excèdent un plafond déterminé, la quote-part personnelle (ticket modérateur) des membres du ménage pour les prestations dont ils bénéficient durant le reste de l'année civile est remboursée dans son intégralité²⁷.

²⁷ Le système de l'intervention majorée a ensuite été réformé en profondeur avec l'instauration du statut Omnio au 1er avril 2007. Ce nouveau statut permet à certains ménages d'avoir recours à l'intervention majorée dans les frais médicaux même s'ils n'y avaient pas droit auparavant. Pour l'octroi du statut Omnio, on ne se base en effet que sur les revenus des ménages. À partir du 1er janvier 2014, le statut Omnio a été fusionné avec le statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée).

En 2010, les remboursements du ticket modérateur dans le cadre du maximum à facturer s'élevaient à 326 millions d'euros et les tickets modérateurs (avant remboursement dans le cadre du MAF) s'élevaient à 1.937 millions d'euros. Les remboursements du ticket modérateur ont fluctué au cours de la période 2011-2019 entre 324 et 338 millions d'euros, avec une alternance de hausses et de baisses. Les tickets modérateurs augmentent en revanche chaque année de la période 2011-2019. La plus forte croissance des tickets modérateurs au cours de cette période a été observée en 2015 (+3,7 % par rapport à 2014). Cette hausse en 2015 est probablement imputable à l'harmonisation du ticket modérateur pour les consultations chez des spécialistes qui, en moyenne, a entraîné une augmentation des tarifs des services médicaux.

Entre 2019 et 2020, tant les tickets modérateurs (-11,9 %) que les remboursements dans le cadre du MAF (-13,6 %) enregistrent un recul de plus de 10 %. Une baisse similaire est observée pour les autres dépenses « out-of-pocket » qui passent de 8,4 milliards d'euros en 2019 à 7,3 milliards d'euros en 2020 (-12,7 %). Ces baisses reflètent l'impact des soins médicaux reportés pendant la pandémie de Covid-19. En 2021, les tickets modérateurs présentent à nouveau une tendance à la hausse (+6,9 %), tandis que les remboursements sont en baisse (-4,3 %). Les tickets modérateurs réellement payés - après remboursement dans le cadre du MAF - s'élèvent à 1.767 millions d'euros en 2021, soit un montant inférieur à celui de la période 2017-2019.

Évolution du ticket modérateur (en millions d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ticket modérateur annuellement à charge du patient												
Total (avant remboursement MAF)	1.936,8	1.957,2	1.999,6	2.012,0	2.013,7	2.087,7	2.095,7	2.107,1	2.148,7	2.168,1	1.909,1	2.041,0
Remboursement du ticket modérateur dans le cadre de la franchise sociale et fiscale / Maximum à facturer												
Franchise totale / MAF	326,3	329,7	328,0	331,1	336,2	324,3	338,4	337,2	326,7	331,8	286,6	274,4
Ticket modérateur réellement payé par les ayants droit												
Total (après remboursement MAF)	1.610,5	1.627,5	1.671,6	1.681,0	1.677,5	1.763,3	1.757,3	1.769,9	1.822,1	1.836,3	1.622,5	1.766,6

Source : INAMI

Les dépenses « out-of-pocket » et l'accessibilité des soins de santé

Les dépenses « out-of-pocket » représentent un aspect sensible dans le financement de la consommation de services de santé. Leur part constitue un élément essentiel dans l'accessibilité (financière) des soins de santé.

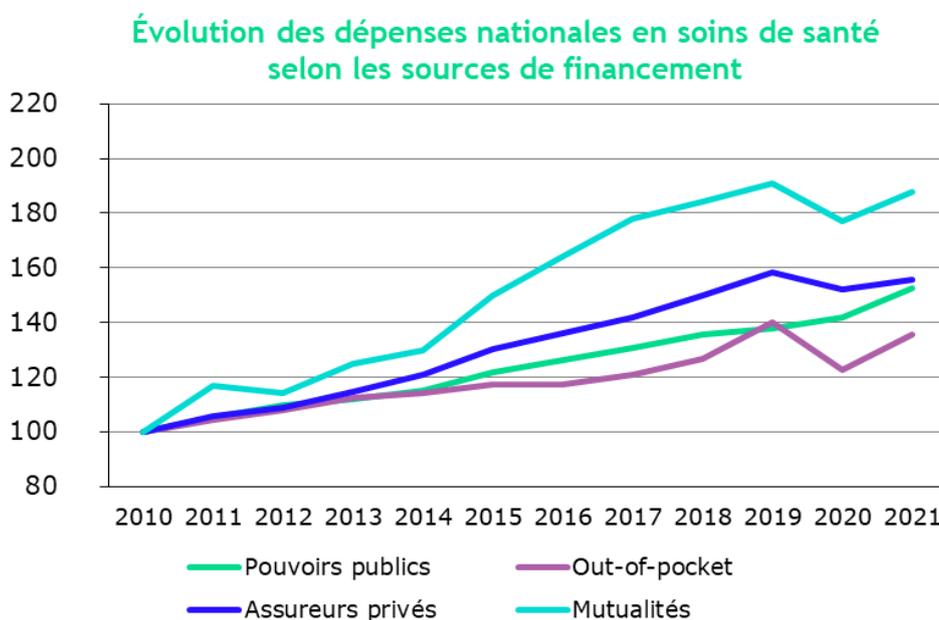
Pour certaines prestations médicales, la facture à charge du patient reste relativement élevée :

- ▶ les suppléments pour le matériel : ce sont principalement les dépenses pour les nouvelles techniques médicales particulièrement onéreuses et le matériel qui sont importantes ;
- ▶ les médicaments : par exemple, les médicaments non remboursables de la catégorie D ;
- ▶ les suppléments pour la chambre : les patients qui pour une hospitalisation demandent une chambre individuelle²⁸ paient à cette fin une indemnité supplémentaire.
- ▶ les suppléments d'honoraires : la partie des honoraires qui dépasse les tarifs officiels de l'INAMI. Depuis le 1er janvier 2013, aucun supplément d'honoraires ne peut être facturé aux patients hospitalisés dans une chambre à deux lits ou une chambre commune (hospitalisation classique) et pour la plupart des interventions dans des chambres à deux lits ou plus en hospitalisation de jour. Depuis le 27 août 2015, les suppléments d'honoraires sont également totalement interdits dans les chambres à deux lits et les chambres communes en hospitalisation de jour. Le supplément peut toutefois encore être imputé aux patients en chambre individuelle, moyennant quelques exceptions.

²⁸ Depuis le 1er janvier 2010, les suppléments pour la chambre sont interdits pour les séjours dans une chambre à deux lits ou dans une chambre commune.

Il ressort du Rapport 2024 du KCE sur la performance du système de santé belge²⁹ que 0,9 % des répondants déclarent ne pas toujours pouvoir satisfaire en 2022 leurs besoins en matière de soins médicaux pour des raisons financières. En outre, 2,5 % des répondants déclarent ne pas toujours pouvoir satisfaire leurs besoins en matière de soins dentaires pour des raisons financières. Il s'agit d'une amélioration par rapport aux pourcentages correspondants de 2016 qui s'élevaient alors à 2,2 % pour les soins médicaux et à 3,7 % pour les soins dentaires. Afin d'améliorer l'accessibilité aux soins et de prévenir et de limiter les problèmes financiers lors du recours à des soins, l'assurance maladie obligatoire prévoit régulièrement des mesures de protection comme la régulation des suppléments dans les hôpitaux et un remboursement plus élevé pour un certain nombre de prestations médicales. C'est le cas par exemple pour la reconstruction mammaire à partir de tissus propres et les médicaments antirétroviraux contre le SIDA (à partir de 2016).

La croissance des dépenses « out-of-pocket » est plus lente que celle des dépenses du secteur public entre 2010 et 2021. Entre 2010 et 2021, les dépenses directes des ménages ont augmenté de 35,6 % contre 52,4 % pour les dépenses publiques.



Source : SPF Sécurité Sociale

Contribution des services complémentaires des mutualités et de l'assurance maladie complémentaire

À côté de l'exécution de l'assurance maladie obligatoire, les mutualités offrent des services et avantages complémentaires (par exemple la location de béquilles, le transport en ambulance non urgent...) pour lesquels l'affiliation est obligatoire et une cotisation supplémentaire est payée.

²⁹ La performance du système de santé belge : Rapport 2024 du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE report 376B).

L'éventail des services et avantages complémentaires proposés par les mutualités comprend :

- ▶ le service hospitalisation avec affiliation obligatoire³⁰ qui prévoit soit une prestation journalière forfaitaire, soit un remboursement d'une partie de la différence entre les frais réels liés à une hospitalisation et les tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ;
- ▶ le service ambulance qui octroie une intervention dans les frais de transport des malades et blessés ;
- ▶ le service soins à l'étranger qui intervient dans les frais d'assistance et d'aide médicale urgente à l'étranger ;
- ▶ les services spécifiques qui accordent un remboursement des frais médicaux pour lesquels l'intervention de l'assurance obligatoire est minime voire inexistante (lunettes, lentilles de contact, orthodontie...).

En outre, une mutualité peut également proposer des assurances maladie complémentaires avec une affiliation facultative par le biais d'une société mutualiste, la société mutualiste d'assurance³¹. Une assurance maladie complémentaire peut également être souscrite auprès d'un assureur privé, soit par le consommateur de sa propre initiative soit par l'employeur au profit des travailleurs et des membres de leur famille.

Les assurances maladie complémentaires couvrent surtout le risque d'une hospitalisation. Les assureurs privés et sociétés mutualistes d'assurance proposent également dans une mesure croissante des produits remboursant les frais de soins ambulatoires et de soins dentaires.

Au total, les services complémentaires des mutualités et les assurances maladie complémentaires/facultatives souscrites tant auprès des sociétés mutualistes d'assurance qu'auprès des assureurs privés ne représentent que quelques pour cent (4,5 %) des dépenses nationales. De 2010 à 2021, ces dépenses ont augmenté de 69,7 %, soit une croissance annuelle de 4,9 % en moyenne. Cette croissance est notamment imputable à la hausse des frais d'hospitalisation, à la hausse des frais de soins à domicile (principalement financés par les mutualités) et au nombre croissant de personnes qui souscrivent une assurance maladie complémentaire.

Les dépenses des assurances maladie complémentaires souscrites auprès d'un assureur privé ont augmenté de 55,7 % entre 2010 et 2021, ce qui est inférieur à la croissance des dépenses au niveau des mutualités et des sociétés mutualistes d'assurance (+87,9 %). En 2021, environ 6,0 millions de personnes étaient assurées auprès d'un assureur maladie privé, contre 5,5 millions en 2012 et 5,4 millions en 2010. Le nombre d'assurés affiliés auprès des sociétés mutualistes d'assurance a également augmenté pour passer de 3,4 millions d'assurés en 2012³² à 4,3 millions en 2021.³³

³⁰ Le service hospitalisation proposé par les mutualités est une opération pour laquelle l'affiliation est obligatoire pour tous les membres de la mutualité en tant qu'élément de l'éventail complet de services. Ces services prévoient souvent une intervention limitée dans les frais d'hospitalisation ou visent exclusivement des situations spécifiques. Conformément à la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire, les services dont l'affiliation était facultative sont proposés depuis le 1er janvier 2012 en tant qu'assurance maladie complémentaire par des sociétés mutualistes d'assurance.

³¹ La création des sociétés mutualistes d'assurance est la conséquence de la modification de la législation relative aux assurances maladie complémentaires proposées par des entités mutualistes et pour lesquelles l'affiliation est facultative.

³² 2012 est la première année d'existence des sociétés mutualistes d'assurance.

³³ Source : Office de contrôle des mutualités.

4.3. Les dépenses selon les secteurs de soins

Ventilation des dépenses par secteur de soins en millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Secteurs de soins :	35.489,8	37.286,9	38.947,2	39.843,2	41.001,0	43.175,1	44.663,0	46.289,3	48.103,0	49.715,9	49.315,5	53.124,1
1. Hôpitaux	13.229,9	14.186,1	14.858,7	15.268,1	15.550,2	16.682,5	16.958,1	17.665,1	18.046,6	20.160,3	21.152,8	21.723,8
- in-patient (résidentiel)	10.256,8	10.980,2	11.464,1	11.746,2	11.930,7	12.742,3	12.863,5	13.192,4	13.174,1	14.832,4	15.865,5	15.921,3
- hospitalisation de jour	2.579,1	2.783,6	2.939,4	3.041,1	3.076,9	3.255,6	3.344,7	3.775,4	4.154,8	4.456,7	4.362,4	4.806,7
- out-patient (ambulatoire)	2,1	2,3	2,4	2,1	2,0	2,2	2,3	3,1	3,8	3,2	2,8	13,6
- biologie clinique et imagerie médicale	96,3	89,3	92,6	93,5	93,9	98,4	93,3	94,9	98,0	94,5	94,2	97,2
- autres	295,5	330,8	360,3	385,3	446,7	584,0	654,2	599,3	615,9	773,5	827,9	885,0
2. Soins infirmiers et résidentiels	4.364,5	4.535,7	4.870,0	5.026,6	5.324,7	6.255,2	6.700,6	7.089,4	7.566,4	6.705,6	6.019,6	6.350,6
3. Soins ambulatoires	12.291,8	12.844,2	13.580,7	13.845,9	14.432,1	14.479,4	15.264,4	15.777,5	16.596,2	16.714,0	16.045,0	18.133,3
- médecins	5.586,2	5.839,9	6.061,2	6.052,3	6.421,5	6.200,4	6.276,6	6.509,2	6.917,7	6.788,4	6.185,7	7.190,6
- dentistes	1.334,7	1.404,9	1.449,6	1.513,6	1.563,0	1.742,6	1.808,1	1.862,9	2.006,1	2.148,5	1.945,2	2.219,3
- services paramédicaux	1.002,6	1.061,7	1.117,1	1.178,7	1.229,7	1.441,6	1.499,8	1.518,8	1.584,8	1.447,9	1.323,8	1.526,6
- diagnostic médical	408,0	436,0	546,7	499,5	511,1	425,2	440,7	471,6	504,6	542,0	583,8	617,5
- soins à domicile	3.077,2	3.220,6	3.456,2	3.643,0	3.745,6	3.680,0	4.227,4	4.418,6	4.647,7	4.836,7	4.875,6	5.047,1
- autres	883,1	881,1	950,0	958,8	961,2	989,6	1.011,8	996,3	935,4	950,5	1.130,9	1.532,2
4. Soins pharmaceutiques et matériel médical	5.320,3	5.476,9	5.341,5	5.388,2	5.342,6	5.409,7	5.431,5	5.447,2	5.547,1	5.766,0	5.570,7	5.844,3
- prestations pharmaceutiques	4.869,1	5.009,2	4.863,5	4.870,6	4.817,2	4.861,1	4.863,3	4.858,1	4.948,7	5.123,0	5.008,5	5.170,5
- matériel médical et autres	451,2	467,7	478,1	517,7	525,4	548,6	568,2	589,1	598,4	643,1	562,2	673,9
5. Promotion et prévention en soins de santé	283,3	244,0	296,2	314,5	351,4	348,3	308,4	310,2	346,7	370,0	527,4	1.072,0
II. Gestion et administration	1.541,1	1.657,1	1.568,8	1.634,2	1.679,8	1.745,7	1.741,3	1.754,3	1.849,8	1.940,5	2.142,2	2.352,2
III. Ménages et autres secteurs (prestataires de soins)	17,7	18,9	40,2	76,0	74,2	72,2	17,2	15,4	15,5	15,6	31,5	16,6
DEPENSES TOTALES	37.048,6	38.963,0	40.556,3	41.553,4	42.755,0	44.993,1	46.421,5	48.059,0	49.968,3	51.672,0	51.489,2	55.492,9

Source : SPF Sécurité Sociale

Le présent chapitre reprend une ventilation des dépenses par prestataire de soins ou secteur de soins. Cette ventilation repose dans une mesure importante sur la distinction entre les soins ambulatoires et les services fournis par les hôpitaux³⁴. La ventilation selon la troisième dimension, la classification fonctionnelle, sera traitée d'une manière beaucoup plus succincte. La ventilation par « fonction » (soins curatifs, réhabilitation, soins de longue durée...) est utilisée uniquement pour une ventilation plus fine des services spécifiques des hôpitaux et afin de faire une distinction entre les prestations pharmaceutiques et d'autres biens médicaux.

En 2021, 95,8 % du total des dépenses en soins de santé sont consacrés à la prestation directe de soins médicaux. Les 4,2 % restants des dépenses sont affectés à la gestion et l'administration³⁵.

Les soins ambulatoires et les prestations en hôpital constituent les deux principaux secteurs de soins. En 2021, les soins hospitaliers restent le principal poste de dépenses avec une part de 39,1 % dans le total des dépenses de santé (contre 41,1 % en 2020). La deuxième place est occupée par les soins ambulatoires dont la part dans les dépenses représente en 2021 32,7 % (contre 31,2 % en 2020). Les soins infirmiers et les soins pharmaceutiques suivent à distance avec respectivement 11,4 % et 10,5 %. Il convient de souligner à cet égard que les dépenses pour des médicaments dans le cadre d'une hospitalisation sont attribuées dans leur intégralité au secteur de soins « hôpitaux » (via la sous-rubrique « autres ») et donc pas au secteur de soins « soins pharmaceutiques et matériel médical ».

Les dépenses totales de santé en Belgique sont supérieures de 49,8 % en 2021 à celles de 2010. Les dépenses des soins hospitaliers (+64,2 %) augmentent relativement plus rapidement. Au niveau des sous-rubriques des soins hospitaliers, nous constatons une croissance disparate des dépenses. Un constat frappant dans ce cadre est le triplement de la sous-rubrique « autres » entre 2010 et 2021 (+199,5 %). Il s'agit en grande partie des dépenses pour des médicaments prescrits lors d'hospitalisations, qui ont augmenté pour passer de 260 millions d'euros en 2010 à 778 millions d'euros en 2021. Le nombre de traitements au sein d'un hôpital à l'aide de nouveaux médicaments, qui représentent un coût de traitement élevé par patient, est en augmentation ces dernières années.

³⁴ La situation dans laquelle un spécialiste effectue une consultation dans son propre cabinet et où le patient ne séjourne pas à l'hôpital est reprise parmi les soins ambulatoires. L'hospitalisation d'un jour est en revanche attribuée au secteur hospitalier.

³⁵ Si l'estimation utilisée des dépenses en soins de santé englobe déjà les provisions pour investissements et amortissements, il n'est pas tenu compte d'une autre partie du coût de capital des soins de santé, à savoir les programmes d'investissement qui sont par exemple directement financés par les pouvoirs publics, comme la construction d'hôpitaux.

Croissance cumulative des dépenses par secteur de soins

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Secteurs de soins :	100,0%	105,1%	109,7%	112,3%	115,5%	121,7%	125,8%	130,4%	135,5%	140,1%	139,0%	149,7%
1. Hôpitaux	100,0%	107,2%	112,3%	115,4%	117,5%	126,1%	128,2%	133,5%	136,4%	152,4%	159,9%	164,2%
- in-patient (résidentiel)	100,0%	107,1%	111,8%	114,5%	116,3%	124,2%	125,4%	128,6%	128,4%	144,6%	154,7%	155,2%
- hospitalisation de jour	100,0%	107,9%	114,0%	117,9%	119,3%	126,2%	129,7%	146,4%	161,1%	172,8%	169,1%	186,4%
- out-patient (ambulatoire)	100,0%	106,2%	112,3%	96,8%	95,2%	102,3%	109,2%	145,2%	179,4%	147,5%	132,3%	634,8%
- biologie clinique et imagerie médicale	100,0%	92,7%	96,1%	97,0%	97,4%	102,1%	96,9%	98,5%	101,7%	98,1%	97,7%	100,9%
- autres	100,0%	111,9%	121,9%	130,4%	151,1%	197,6%	221,4%	202,8%	208,4%	261,7%	280,1%	299,5%
2. Soins infirmiers et résidentiels	100,0%	103,9%	111,6%	115,2%	122,0%	143,3%	153,5%	162,4%	173,4%	153,6%	137,9%	145,5%
3. Soins ambulatoires	100,0%	104,5%	110,5%	112,6%	117,4%	117,8%	124,2%	128,4%	135,0%	136,0%	130,5%	147,5%
- médecins	100,0%	104,5%	108,5%	108,3%	115,0%	111,0%	112,4%	116,5%	123,8%	121,5%	110,7%	128,7%
- dentistes	100,0%	105,3%	108,6%	113,4%	117,1%	130,6%	135,5%	139,6%	150,3%	161,0%	145,7%	166,3%
- services paramédicaux	100,0%	105,9%	111,4%	117,6%	122,7%	143,8%	149,6%	151,5%	158,1%	144,4%	132,0%	152,3%
- diagnostic médical	100,0%	106,9%	134,0%	122,4%	125,3%	104,2%	108,0%	115,6%	123,7%	132,8%	143,1%	151,4%
- soins à domicile	100,0%	104,7%	112,3%	118,4%	121,7%	119,6%	137,4%	143,6%	151,0%	157,2%	158,4%	164,0%
- autres	100,0%	99,8%	107,6%	108,6%	108,8%	112,1%	114,6%	112,8%	105,9%	107,6%	128,1%	173,5%
4. Soins pharmaceutiques et matériel médical	100,0%	102,9%	100,4%	101,3%	100,4%	101,7%	102,1%	102,4%	104,3%	108,4%	104,7%	109,8%
- prestations pharmaceutiques	100,0%	102,9%	99,9%	100,0%	98,9%	99,8%	99,9%	99,8%	101,6%	105,2%	102,9%	106,2%
- matériel médical et autres	100,0%	103,6%	105,9%	114,7%	116,4%	121,6%	125,9%	130,5%	132,6%	142,5%	124,6%	149,3%
5. Promotion et prévention en soins de santé	100,0%	86,1%	104,5%	111,0%	124,0%	123,0%	108,8%	109,5%	122,4%	130,6%	186,1%	378,4%
II. Gestion et administration	100,0%	107,5%	101,8%	106,0%	109,0%	113,3%	113,0%	113,8%	120,0%	125,9%	139,0%	152,6%
III. Ménages et autres secteurs (prestataires de soins)	100,0%	107,0%	227,0%	429,0%	419,1%	407,9%	96,8%	87,0%	87,5%	87,9%	178,0%	93,7%
DEPENSES TOTALES	100,0%	105,2%	109,5%	112,2%	115,4%	121,4%	125,3%	129,7%	134,9%	139,5%	139,0%	149,8%

Source : SPF Sécurité Sociale

Les dépenses au sein du secteur de soins « promotion et prévention » augmentent relativement vite au cours de la période 2010-2021 (+278,4 %). Ces dépenses ont surtout fortement augmenté au cours des années 2020 et 2021 dans le cadre des mesures de prévention et des campagnes de vaccinations contre le Covid-19.

Entre 2010 et 2021, les dépenses liées aux soins ambulatoires (+47,5 %) et aux soins infirmiers et résidentiels (+45,5 %) ont connu une croissance s'inscrivant dans la lignée de celle des dépenses totales (+49,8 %). Les dépenses pour le secteur de soins « soins pharmaceutiques et matériel médical » ont en revanche augmenté dans une mesure beaucoup plus limitée (+9,8 %). La part relative de ces dépenses dans le total des dépenses de santé a par conséquent reculé pour passer de 14,4 % en 2010 à 10,5 % en 2021.

L'organisation du secteur des soins de santé dans notre pays est relativement complexe, avec une répartition des compétences entre un grand nombre d'autorités et d'acteurs. Les comptes santé donnent une vue globale de ce secteur complexe. Ils présentent les parts dans les flux financiers, mais aussi les fonctions et les prestataires, et offrent la possibilité de croiser les différentes dimensions.

Les pouvoirs publics : différentes compétences, différents accents

Les dépenses via la sécurité sociale englobent non seulement les dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé, mais aussi par exemple le financement de la journée d'hospitalisation. En 2021, les hôpitaux (49,3 %), les médecins (15,3 %) et les soins pharmaceutiques et le matériel médical (10,5 %) représentent ensemble 75,2 % des dépenses en soins de santé de la sécurité sociale.

Le financement par les autorités au niveau fédéral, au niveau régional et à un niveau inférieur est principalement affecté aux soins infirmiers et résidentiels (41,4 % des dépenses en soins de santé des autorités en 2021), aux hôpitaux (22,2 %) et aux soins à domicile (18,4 %). En 2021, les autorités ont également affecté 8,4 % de leurs dépenses en soins de santé au financement du secteur de soins « prévention et promotion en soins de santé ». Grâce à ce financement public (complété par un financement de la sécurité sociale), 1,9 % du total des dépenses belges en soins de santé est consacré en 2021 aux organismes de prévention et de promotion en soins de santé. C'est moins qu'aux Pays-Bas (6,5 %) et en Allemagne (3,2 %) et environ autant qu'en France (2,0 %). Au cours de l'année pré-Covid 2019, ce pourcentage s'élevait à 0,7 % en Belgique, soit un pourcentage inférieur à celui de nos pays voisins comme les Pays-Bas (2,2 %), la France (1,1 %) et l'Allemagne (0,8 %).

Ventilation des dépenses par secteur de soins, en % des dépenses totales d'une source de financement en 2021

	autorités	sécurité sociale	patient	assureurs privés* et mutualités/sociétés mutualistes	total
I. Secteurs de soins :	94,3%	96,5%	100,0%	76,3%	95,7%
1. Hôpitaux	22,2%	49,3%	24,9%	57,6%	39,1%
2. Soins infirmiers et résidentiels	41,4%	0,0%	11,3%	0,0%	11,4%
3. Soins ambulatoires	22,1%	36,6%	37,4%	18,6%	32,7%
- médecins	2,9%	15,3%	21,7%	0,2%	13,0%
- dentistes	0,0%	3,5%	11,5%	0,0%	4,0%
- services paramédicaux	0,1%	5,0%	0,0%	0,1%	2,8%
- diagnostic médical	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	1,1%
- soins à domicile	18,4%	7,2%	1,4%	16,1%	9,1%
- autres	0,6%	3,7%	2,8%	2,2%	2,8%
4. Soins pharmaceutiques et matériel médical	0,2%	10,5%	26,3%	0,1%	10,5%
5. Promotion et prévention en soins de santé	8,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
II. Gestion et administration	5,6%	3,5%	0,0%	23,7%	4,2%
III. Ménages et autres secteurs (prestataires de soins)	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
DEPENSES TOTALES	100%	100%	100%	100%	100%

Source : SPF Sécurité Sociale

* les soins pharmaceutiques et le matériel médical remboursés par les assureurs privés sont comptabilisés dans les soins ambulatoires

Les dépenses du patient

Les soins ambulatoires constituent, avec 37,4 %, le principal poste de dépenses du patient en 2021. Quant aux soins pharmaceutiques et au matériel médical, ils représentent 26,3 % des dépenses du patient.

La manière dont les dépenses en soins de santé sont réparties reflète d'une certaine manière les priorités fixées au sein d'un secteur de soins. La proportion des dépenses des ménages pour une hospitalisation ou des soins dispensés à l'hôpital (24,9 % en 2021) est nettement moins élevée que la proportion de leurs dépenses pour des soins ambulatoires (37,4 %). Ce constat n'est pas étonnant étant donné que l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire offrent déjà une couverture étendue pour les dépenses en hospitalisation.

L'assurance maladie complémentaire privée, les services complémentaires des mutualités et les assurances maladie complémentaires des sociétés mutualistes d'assurance

Les remboursements des frais exposés pendant l'hospitalisation constituent bien entendu la majeure partie des dépenses des assureurs complémentaires (57,6 % en 2021), étant donné que la majorité des assurances maladie souscrites auprès des assureurs maladie privés et des sociétés mutualistes d'assurance sont des assurances hospitalisation.

Les indemnités versées par les assureurs privés, les mutualités et les sociétés mutualistes d'assurance pour les frais de soins ambulatoires atteignent 18,6 % du total des interventions en 2021. Il s'agit principalement des dépenses pour les soins à domicile (essentiellement financées par les mutualités), qui constituent 16,1 % du total des interventions des assureurs privés, mutualités et sociétés mutualistes d'assurance en 2021.

Les principales sources de financement par secteur de soins

En 2021, les dépenses en hospitalisation sont principalement financées par la sécurité sociale, qui prend en charge 69,1 % du financement. Pour les dépenses en soins infirmiers et résidentiels, ce sont en revanche les autorités qui constituent la principale source de financement (82,3 % du financement total en 2021). Les soins ambulatoires³⁶ sont principalement financés par la sécurité sociale (61,5 %), qui est également le principal financier en matière de soins pharmaceutiques et matériel médical (54,9 %). La prévention et la promotion de la santé est presque exclusivement financée par les autorités (99,3 %).

Ventilation des dépenses par source de financement, en % des dépenses totales d'un secteur de soins en 2021

	autorités	sécurité sociale	patient	assureurs privés* et mutualités/sociétés mutualistes	total
I. Secteurs de soins :	22,4%	55,3%	18,7%	3,6%	100,0%
1. Hôpitaux	12,9%	69,1%	11,4%	6,6%	100,0%
2. Soins infirmiers et résidentiels	82,3%	0,1%	17,7%	0,0%	100,0%
3. Soins ambulatoires	15,4%	61,5%	20,5%	2,6%	99,9%
- médecins	5,2%	64,9%	29,9%	0,1%	100,0%
- dentistes	0,3%	48,1%	51,5%	0,1%	100,0%
- services paramédicaux	0,9%	99,0%	0,0%	0,1%	100,0%
- diagnostic médical	0,0%	99,3%	0,6%	0,1%	100,0%
- soins à domicile	46,0%	43,3%	2,8%	8,0%	100,0%
- autres ³⁶	5,1%	72,5%	17,9%	3,6%	99,2% ³⁶
4. Soins pharmaceutiques et matériel médical	0,4%	54,9%	44,6%	0,1%	100,0%
5. Promotion et prévention en soins de santé	99,3%	0,7%	0,0%	0,0%	100,0%
II. Gestion et administration	30,2%	44,7%	0,0%	25,2%	100,0%
III. Ménages et autres secteurs (prestataires de soins)	92,9%	7,1%	0,0%	0,0%	100,0%
DEPENSES TOTALES	22,8%	54,9%	17,9%	4,5%	100,0%

Source : SPF Sécurité Sociale

* les soins pharmaceutiques et le matériel médical remboursés par les assureurs privés sont comptabilisés dans les soins ambulatoires

Les patients et les assureurs complémentaires ne constituent donc pour aucun secteur de soins la principale source de financement. Ils prennent en charge respectivement 17,9 % et 4,5 % du total des dépenses. En comparaison, le patient finance toutefois en 2021 une part significative des dépenses en matière de soins pharmaceutiques et matériel médical (44,6 %) et en matière de soins dentaires (51,5 %). La cible des assurances complémentaires est le financement des dépenses en hospitalisation (6,6 % du financement total en 2021) et des soins à domicile (8,0 %, essentiellement via les mutualités).

³⁶ La source de financement « institutions sans but lucratif » n'est pas reprise comme colonne dans ce tableau. Concrètement, il s'agit des dépenses de santé de la Croix-Rouge de Belgique. Ces dépenses s'élevèrent en 2021 à 0,8 % du secteur de soins « autres soins ambulatoires », soit 12,8 millions d'euros.

5. Résumé

Grâce à la méthodologie uniforme du « System of Health accounts » (SHA), qui a été développé conjointement par Eurostat, l'OCDE et l'Organisation mondiale de la santé, il est possible de mesurer avec assez de précision la consommation des soins de santé et de procéder à des comparaisons entre les différents pays européens.

Les dépenses relatives aux soins de santé en Belgique s'élevaient à 55,5 milliards d'euros en 2021, contre 37,0 milliards d'euros en 2010 (+49,8 %). La croissance moyenne annuelle des dépenses de santé s'élève à 3,7 % pour la période 2010-2021. En raison notamment de l'impact du report de soins lors de la pandémie de Covid-19, les dépenses de santé ont légèrement baissé en 2020 (-0,4 %) avant de rebondir en 2021 (+7,8 %).

La Belgique consacre une part relativement importante de son PIB aux soins de santé. En 2021, cette part s'élevait à 11,0 %, ce qui est supérieur à la moyenne européenne (10,4 %), mais inférieur à des pays voisins comme l'Allemagne (12,9 %), la France (12,3 %) et les Pays-Bas (11,3 %). Entre 2010 et 2021, les dépenses en soins de santé ont progressé de 0,8 point de pourcentage en pourcentage du PIB belge en raison du fait que ces dépenses ont augmenté plus rapidement que le PIB au cours de la même période.

En 2021, 77,6 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé belges sont financées par le secteur public, soit une proportion inférieure à la moyenne européenne (80,7 %). La part la plus importante de ces dépenses publiques provient des organismes de sécurité sociale (54,9 %) et la part restante des différentes autorités (22,8 %). Les dépenses non publiques se composent en Belgique de la quote-part personnelle du patient (17,9 % des dépenses en 2021) et des interventions des assurances maladie complémentaires, des institutions sans but lucratif et des services complémentaires des mutualités (représentant ensemble 4,5 % des dépenses en 2021). La proportion des dépenses publiques dans le total des dépenses belges fluctue depuis 2010 entre 75 % et 78 %.

En 2021, les services complémentaires des mutualités et les assurances maladie complémentaires souscrites tant auprès des sociétés mutualistes d'assurance qu'auprès des assureurs privés représentent 4,5 % des dépenses de santé. Les dépenses de santé financées par le biais de ces sources ont augmenté de 69,7 % entre 2010 et 2021, soit une croissance plus rapide que celle du total des dépenses en soins de santé de la Belgique (+49,8 %). Cette croissance plus rapide est notamment imputable à la hausse des frais liés à des hospitalisations et à des soins à domicile et au nombre croissant de personnes qui souscrivent une assurance maladie complémentaire.

