
Proposition de la Commission sur les objectifs de soins de santé (COSS) : augmentation sélective du ticket modérateur

Date : 06-05-2026

Les membres de la commission ont contribué à cet avis à titre personnel et non au nom de leur organisation.

Table des matières

1	INTRODUCTION	4
1.1	Contexte	4
1.2	Méthodologie de travail	4
1.3	Champ d'application (<i>scope</i>)	4
1.3.1	Objectif en matière de soins de santé 5 : meilleure accessibilité des soins	4
1.3.2	Mesures de protection au sein du système d'assurance maladie	5
1.3.3	Influence du comportement	5
1.4	Structure de la note	6
2	LE ROLE DES TICKETS MODERATEURS DANS LE FINANCEMENT ET L'INFLUENCE DES COMPORTEMENTS EN MATIERE DE SOINS DE SANTE	7
2.1	Point de départ	7
2.2	Implications pour le financement des soins de santé	8
2.3	Arguments d'efficacité pour tickets modérateurs	9
2.3.1	Interaction entre le risque moral et les problèmes d'information	10
2.3.2	Mise en œuvre pratique du VBID	10
2.3.3	Sous-consommation et politique de stimulation	11
2.3.4	Surconsommation et augmentation des tickets modérateurs	11
2.4	Effets de répartition et protection des groupes vulnérables	12
3	RESULTATS ISSUS DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE	14
3.1	Réactions aux prix dans l'utilisation des soins : différences entre groupes et types de soins	14
3.1.1	RAND Health Insurance Experiment	14
3.1.2	Sensibilité du recours aux soins aux prix : différences entre groupes de population et types de soins	15
3.2	Effets croisés des variations de prix entre les différents types de soins	18
4	IMPORTANCE ET EVOLUTION DU TICKET MODERATEUR	20
5	ACCESSIBILITE FINANCIERE EN BELGIQUE	27
6	LA VALEUR DES SOINS	35
6.1	Définition et opérationnalisation	35
6.2	Identification de la surconsommation	35
6.2.1	Performance du système de santé	36
6.2.2	Choosing Wisely	37

6.2.3	Variation de pratique	38
6.2.4	Facteurs institutionnels	38
7	PISTES POSSIBLES POUR UNE AUGMENTATION DU TICKET MODÉRATEUR.....	39
7.1	Principes régissant l'augmentation du ticket modérateur	39
7.2	Propositions d'ajustement du ticket modérateur	40
7.2.1	Méthode	40
7.2.2	Propositions.....	41
8	CONCLUSION	50

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

En décembre 2025, le ministre Frank Vandenbroucke a sollicité un avis de la Commission sur les objectifs de soins de santé (COSS) concernant une augmentation envisagée du ticket modérateur pour les prestations médicales. Cette demande s'inscrit dans le cadre de l'accord sur le budget 2026, dans lequel le gouvernement a décidé, en décembre 2025, d'augmenter les tickets modérateurs d'un montant annuel de 125 millions d'euros. Les moyens ainsi dégagés seront affectés au financement de nouvelles ou d'initiatives stratégiques existantes dans le domaine des soins de santé.

1.2 METHODOLOGIE DE TRAVAIL

La demande du ministre a été examinée au sein du groupe de travail Accessibilité de la Commission COSS. Ce groupe de travail se compose de membres de la COSS ainsi que d'un expert du domaine :

- Membres de la Commission COSS : Erik Schokkaert (président Commission COSS), Nicolas Bouckaert (KCE), Sofie Callens (AFMPS), Elise Derroitte (MC), Samira Ouraghi (SPF Santé publique), Nicolas Rossignol (MC), Carine Van de Voorde (KCE – présidente groupe de travail accessibilité)
- Membres externes^a : Raf Van Gestel (KU Leuven)

Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises au cours du trajet, aussi bien physiquement que par voie numérique. Entre les réunions, des notes préparatoires ont été partagées. Sur la base de ces discussions, un texte provisoire a été élaboré et soumis à la Commission COSS pour discussion et validation. Les remarques et suggestions formulées lors de la réunion ont été intégrées dans cette version finale de l'avis, approuvée par la Commission COSS. Un membre consultatif, le représentant de Solidaritas, a estimé qu'il n'était pas opportun que la Commission accepte cette mission spécifique et s'est également distancié des propositions particulières. La réaction de Solidaritas est mise à disposition sous forme de note complémentaire.

1.3 CHAMP D'APPLICATION (SCOPE)

1.3.1 Objectif en matière de soins de santé 5 : meilleure accessibilité des soins

Le groupe de travail Accessibilité a été créé au sein de la Commission COSS dans le cadre de l'objectif de soins de santé (OSS) 5, intitulé "meilleure accessibilité des soins". L'avis de la Commission COSS d'avril 2025 décrit l'ensemble des tâches de ce groupe de travail.¹

Dans ce même avis, la teneur exacte et la portée de cet objectif sont également précisées. L'accessibilité des soins comporte en effet plusieurs dimensions, telles que l'accessibilité financière, ainsi que la disponibilité géographique et temporelle des services de soins. L'accessibilité

^a Le groupe de travail remercie Wouter Spruyt (INAMI) pour le soutien apporté.

administrative et la littératie en santé sont également importantes pour garantir que l'information parvienne effectivement à la population.

La présente note répond à une demande directe du ministre, laquelle repose sur une augmentation des tickets modérateurs de 125 millions d'euros. Nous considérons cette décision comme acquise et n'en discutons pas l'opportunité. L'utilisation concrète des moyens libérés ne faisait pas non plus partie de la mission confiée au groupe de travail. Nous examinons toutefois plus en détail les arguments possibles afin de façonner cette augmentation des tickets modérateurs de la manière socialement la plus acceptable.

Nous nous concentrons exclusivement sur l'**accessibilité financière**. L'accessibilité financière est essentielle au bon fonctionnement d'un système de soins. Des coûts élevés des soins peuvent entraîner des dépenses catastrophiques pour les ménages ou conduire au report de soins nécessaires. À niveau de besoin en soins comparable, les groupes socio-économiquement vulnérables utilisent moins certains soins, comme les soins spécialisés et dentaires, tout en ayant davantage recours aux services d'urgence. Cela souligne la nécessité d'un accès égal à des soins de qualité pour l'ensemble de la population.²

La présente note se concentre spécifiquement sur le **ticket modérateur** et sur les adaptations possibles de celui-ci. Les autres formes de contributions personnelles, telles que les suppléments ou les soins non remboursés, ne relèvent pas du champ de cet avis et ne sont pas abordées dans le présent document.

1.3.2 Mesures de protection au sein du système d'assurance maladie

En 2023, les contributions personnelles représentaient 21,5 % des dépenses totales en matière de santé. La part des contributions personnelles en 2023 était sensiblement plus élevée dans le système de santé belge que dans les pays voisins.³ Parallèlement, le système belge d'assurance maladie comporte diverses mesures visant à abaisser les seuils financiers et à prévenir ou à limiter les difficultés d'accès aux soins.

La protection sociale repose en grande partie sur le statut intervention majorée et le maximum à facturer, qui présentent certaines limites. La proposition d'examiner la création d'un nouveau statut de « patient protégé », telle que mentionnée dans l'avis d'avril 2025, n'a pas pu être suivie dans la présente note en raison de contraintes de temps. L'analyse du groupe de travail s'appuie dès lors sur les dispositifs existants de protection financière.

Le présent avis s'adresse exclusivement aux personnes relevant de l'assurance maladie obligatoire et des régimes de tickets modérateurs y afférents. Les personnes qui ne font pas appel à l'assurance maladie obligatoire, telles que certains migrants non inscrits, sont exclues du champ de la présente analyse.

1.3.3 Influence du comportement

Le recours au ticket modérateur est souvent présenté comme un moyen d'influencer le comportement de recours aux soins et de lutter contre la surconsommation. De tels incitants financiers du côté de la demande comportent toutefois des risques importants pour l'accessibilité des soins. L'impact des tickets modérateurs varie selon les catégories de patients : en particulier les personnes en situation socio-économique défavorisée, les patients atteints de maladies chroniques et les personnes ayant

des besoins en soins importants, lesquelles disposent de ressources financières plus limitées. Une augmentation des tickets modérateurs peut amener les patients à différer ou à renoncer à des soins pourtant nécessaires. À plus long terme, cela risque d'entraîner une dégradation de l'état de santé et, paradoxalement, une hausse des coûts pour le système de soins, notamment en raison d'un nombre accru de complications ou d'hospitalisations. De cette manière, le recours aux tickets modérateurs comme instrument visant à influencer le comportement des patients peut exercer une pression sur l'accessibilité financière et effective des soins.

Dès lors, si les décideurs politiques entendent influencer les comportements en vue d'un recours aux soins plus efficient et plus approprié, il ne suffit pas d'intervenir (uniquement) du côté du patient. L'influence du comportement des dispensateurs de soins est tout aussi essentielle, ceux-ci jouant un rôle central dans les choix opérés en matière de diagnostic, de traitement et de suivi. Des incitants financiers du côté de l'offre peuvent, à cet égard, constituer un instrument puissant et plus ciblé, par exemple au moyen d'honoraires adaptés, d'indemnités forfaitaires ou d'une responsabilité budgétaire. De tels mécanismes peuvent encourager les dispensateurs de soins à fournir des soins fondés sur des preuves (*evidence-based*), à limiter tant les sur-traitements que les sous-traitements, et à maximiser la valeur des soins, sans porter atteinte directe à l'accessibilité pour les patients.

Outre les incitants financiers tant du côté de la demande que de l'offre, l'organisation des soins joue également un rôle crucial dans l'influence des comportements et dans la garantie de l'accessibilité. La manière dont les soins sont organisés – par exemple la coordination entre les soins de première et de deuxième ligne, le recours à des équipes multidisciplinaires, ainsi que la planification des rendez-vous et des délais d'attente – influence directement le recours aux soins par les patients. Une organisation efficiente des soins permet de limiter le sur- et le sous-traitement, de réduire les obstacles pour les groupes vulnérables et de renforcer l'efficacité des incitants financiers. Afin d'assurer l'efficacité optimale de mesures stratégiques telles que les ajustements des tickets modérateurs, il est dès lors essentiel qu'elles soient intégrées dans une structure de soins bien organisée et accessible. Les propositions relatives à l'organisation de la première ligne et à la coordination entre la première, la deuxième et la troisième ligne seront abordées dans l'avis de la Commission COSS de juin 2026.

1.4 STRUCTURE DE LA NOTE

Le chapitre 2 propose un cadre de référence concernant le rôle des tickets modérateurs dans le financement et le pilotage des soins de santé, en accordant une attention particulière aux arguments d'efficience et aux effets redistributifs, y compris la protection des groupes vulnérables. Le chapitre 3 examine les résultats issus de la littérature empirique, tels que les réactions aux prix en matière de recours aux soins et les effets croisés entre les différents types de soins. Les chapitres 4 et 5 abordent respectivement l'ampleur et l'évolution du ticket modérateur, ainsi que l'accessibilité financière en Belgique. Le chapitre 6 traite du concept de « *low-value care* » et examine la manière dont celui-ci peut être pris en compte dans le cadre d'éventuelles adaptations du ticket modérateur. Le chapitre 7 présente des pistes possibles pour une augmentation du ticket modérateur, en intégrant les analyses précédentes et la revue de la littérature afin de les traduire en options stratégiques concrètes. Le chapitre 8 contient les conclusions de la présente note.

2 LE ROLE DES TICKETS MODERATEURS DANS LE FINANCEMENT ET L'INFLUENCE DES COMPORTEMENTS EN MATIERE DE SOINS DE SANTE

Le cadre théorique exposé dans ce chapitre a pour objectif de définir les **mécanismes possibles** par lesquels les tickets modérateurs peuvent influencer le recours aux soins, les coûts et les effets redistributifs. Il offre un **cadre de référence analytique** pour réfléchir aux incitants, aux réactions comportementales et aux choix stratégiques, mais ne constitue pas une description directe de la réalité empirique.

Les effets réels des tickets modérateurs dépendent de facteurs contextuels tels que l'organisation du système de soins, les caractéristiques des patients et des dispensateurs de soins, ainsi que les conditions sociales et institutionnelles existantes. Pour cette raison, les enseignements théoriques doivent être considérés comme des hypothèses ou des cadres de réflexion, qui seront confrontés, dans les chapitres suivants, à l'analyse empirique et au contexte belge.

2.1 POINT DE DEPART

Dans un cadre théorique où les patients et les dispensateurs de soins disposent d'une information parfaite sur l'état de santé et les bénéfices des différentes options thérapeutiques, où les comportements ne sont pas influencés par l'assurance (absence de *risque moral*) et où il n'existe pas de coûts administratifs, une assurance couvrant l'ensemble des soins, financée par des primes proportionnées au risque, constitue la solution optimale. Dans ce cas, il n'existe aucune justification économique aux contributions personnelles des patients.⁴ Les tickets modérateurs ne sont défendables que lorsqu'une ou plusieurs de ces conditions ne sont pas remplies.

En présence de coûts administratifs, la littérature identifie la franchise fixe comme le mécanisme le *moins susceptible* de perturber les comportements.^{5,6} Cet aspect n'est cependant pas traité dans cette note.

CADRE DU TEXTE 1 : EXPLICATIONS CONCEPTS

Risque moral

- Dans le cadre de l'assurance maladie, le *risque moral ex post* implique que les assurés recourent à des soins plus nombreux ou plus rapidement, du fait que les coûts sont partiellement pris en charge par l'assurance. Cela peut conduire à une consommation de soins inutile et à une augmentation des coûts des soins de santé. Dans le cas du *risque moral ex ante*, les individus ont tendance à adopter des comportements plus risqués parce qu'ils sont assurés. L'attention portée à la prévention est moindre, et ils prennent des décisions qu'ils n'auraient probablement pas prises en l'absence d'assurance.

Prime actuariellement équitable

- Une prime actuariellement équitable en assurance maladie est une prime qui correspond exactement au recours aux soins attendu et au risque individuel de l'assuré. Chacun paie ainsi une prime proportionnelle à son propre risque de santé.

Franchise

- En assurance maladie, une franchise (*deductible*) correspond au montant que l'assuré doit payer lui-même pour ses frais de santé avant que l'assurance n'intervienne.

Élasticité-prix (demande)

- La mesure dans laquelle les consommateurs adaptent leur recours aux soins en réponse à une variation à la hausse ou à la baisse du prix. Lorsque l'élasticité-prix est élevée, la demande de soins diminue fortement à la suite d'une augmentation du prix.

2.2 IMPLICATIONS POUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

Une application directe de ce principe impliquerait que le budget des soins de santé soit, en principe, financé de préférence par des cotisations plus élevées (primes), et non par une augmentation des tickets modérateurs – y compris lorsqu'il s'agit de financer de nouvelles initiatives stratégiques.

Pour la Belgique, cette conclusion ne peut toutefois pas être tirée d'emblée. Même si l'on suppose que les patients et les dispensateurs sont parfaitement informés et tiennent compte des implications budgétaires pour le système collectif, il existe des raisons spécifiques de ne pas financer une partie des dépenses de soins de santé via des cotisations :

- Dans le système belge d'assurance maladie sociale, les dépenses de soins de santé sont déjà partiellement financées par des moyens généraux (impôts). Les décisions relatives aux dépenses de soins de santé font partie intégrante de la politique budgétaire globale.
- La contribution individuelle des citoyens au financement des soins de santé est dès lors peu transparente et peut s'écarter fortement du concept de prime actuariellement équitable. En outre, les primes actuariellement équitables qui différencient les assurés sur la base de caractéristiques observables des patients ne sont pas acceptées pour des raisons d'équité.
- D'un point de vue strictement économique, une augmentation des tickets modérateurs peut être préférable lorsque les coûts sociétaux qui en découlent (y compris les effets sur le marché du travail) sont inférieurs aux coûts liés à une hausse des cotisations, des impôts ou des déficits publics. En effet, lorsque les pouvoirs publics financent les soins de santé par une augmentation des impôts ou des cotisations sociales, cela peut avoir des effets négatifs sur les coûts salariaux ou sur la participation au marché du travail. Des tickets modérateurs plus élevés agissent sur la demande de soins, et non sur la participation au marché du travail.
- En outre, la faisabilité politique joue également un rôle : dans des contextes où des augmentations des cotisations, des impôts ou des déficits sont socialement ou politiquement inacceptables, une hausse des contributions personnelles peut constituer la seule option de financement réaliste.

- Enfin, il est parfois avancé qu'un prix très faible, voire nul, des soins peut conduire les citoyens à sous-estimer le coût sociétal (et éventuellement aussi la valeur) des soins, ce qui est susceptible de fragiliser leur disposition à en assurer le financement collectif.

Malgré ces nuances, l'idée de base demeure : le financement des dépenses de soins de santé par le biais des tickets modérateurs implique un déplacement de la charge de financement des personnes en bonne santé (comme dans un financement via des cotisations) vers les personnes malades. Il convient dès lors de veiller à ce que cela se fasse de manière efficiente et équitable. Cela requiert également une attention particulière aux effets redistributifs des tickets modérateurs.

2.3 ARGUMENTS D'EFFICIENCE POUR TICKETS MODERATEURS

Outre les effets budgétaires, la littérature distingue généralement deux arguments d'efficacité plus fondamentaux en faveur des tickets modérateurs, qui correspondent au non-respect des conditions de la section 0 :

- **Risque moral.** Lorsque les patients ne supportent qu'un coût marginal limité, voire nul, ils ne tiennent pas suffisamment compte du coût sociétal dans leur demande de soins, ce qui peut conduire à une surconsommation des soins et à un sous-investissement dans la prévention.⁷ La description du *risque moral ex ante* et *ex post* repose sur des réactions comportementales aux incitants financiers, sans impliquer pour autant un jugement normatif assimilant les patients à de simples consommateurs rationnels. Le terme « *risque moral* » ne renvoie pas à un comportement immoral ou irresponsable, mais au fait que la couverture d'assurance modifie le cadre décisionnel. En outre, par exemple, le *risque moral ex ante* ne signifie pas que les individus agissent de manière « irresponsable », mais que l'assurance constitue l'un des nombreux facteurs qui influencent les décisions en matière de prévention et de santé, aux côtés du contexte social, de l'information, du stress, des conditions de travail et de l'environnement de vie. Le *risque moral* ne peut en outre pas être appréhendé uniquement comme un comportement individuel, car, en pratique, le recours aux soins est également fortement influencé par les dispensateurs de soins, les institutions et les directives médicales. Le *risque moral* doit dès lors être considéré avant tout comme un outil d'analyse des incitants, et non comme une description exhaustive du comportement des patients.
- **Informations imparfaites.** Les décisions des patients (et des dispensateurs de soins) – influencées par l'organisation du système de soins, telle que les conditions d'accès, les lieux de prestation, le type d'établissements et l'offre de services – ne conduisent pas nécessairement à une consommation de soins socialement optimale. Ce constat est à la base du *Value-Based Insurance Design* (VBID), dans le cadre duquel les tickets modérateurs sont différenciés en fonction de la valeur sociétale des soins.⁸

Cependant, dans la pratique, de nombreux autres facteurs interviennent souvent dans la détermination du recours aux soins et dans l'efficacité des tickets modérateurs. Ainsi, par exemple, des facteurs sociaux, culturels ou économiques peuvent influencer le comportement des patients. Les groupes vulnérables – tels que les personnes à faible revenu, les migrants, les personnes âgées ou celles ayant de faibles compétences en matière de santé – peuvent réagir différemment aux tickets modérateurs par rapport à d'autres groupes.

2.3.1 Interaction entre le risque moral et les problèmes d'information

La distinction nette entre ces deux imperfections est artificielle et potentiellement trompeuse. Dans les deux cas, il s'agit d'un écart entre le recours aux soins observé et le recours aux soins optimal. Dans le cas du *risque moral*, cet écart s'explique par des effets de prix ; dans le cadre du VBID, il est attribué à d'autres facteurs (tels qu'une information imparfaite, le contexte social et la distance psychologique entre le patient et le système de soins), mais il existe bien entendu une interaction constante entre ces différents facteurs :

- Les pertes de bien-être liées au *risque moral* sont souvent estimées sur la base de courbes de demande individuelles, en supposant implicitement que les prix de marché reflètent les coûts sociétaux et que la courbe de demande représente la valeur des soins pour le patient. Ces deux hypothèses supposent une information parfaite, ce qui n'est pas réaliste.
- Le concept de « *blissful ignorance* » suggère que des patients qui sous-estiment la valeur des soins peuvent, par une surconsommation, être globalement mieux lotis en termes nets. Dans ce cas, en tenant compte des imperfections de l'information, le *risque moral* peut avoir un effet positif sur le bien-être.⁴
- Les recherches empiriques montrent que des augmentations non différenciées des tickets modérateurs réduisent la consommation de soins, mais qu'elles affectent à la fois les soins de haute et faible valeur (voir chapitre 3).

2.3.2 Mise en œuvre pratique du VBID

Dans la pratique, le VBID consiste à encourager la consommation de certaines prestations et à en freiner d'autres, sur la base d'un écart supposé entre l'utilisation observée et l'utilisation optimale. Le concept de « *valeur* » reste théoriquement imprécis, mais se révèle stratégiquement utilisable lorsqu'il est appliqué à un ensemble délimité de prestations faisant l'objet d'un consensus en matière de sur- ou de sous-consommation.

Certaines approches VBID lient directement les tickets modérateurs à la valeur des soins, indépendamment des réactions comportementales. Cette approche se heurte à deux défis majeurs. Premièrement, il est difficile de déterminer de manière objective la valeur réelle d'une prestation. Deuxièmement, cette approche peut conduire à des propositions stratégiques qui ne sont pas intuitives, en particulier lorsqu'on tient compte de l'interaction entre les tickets modérateurs et les effets de prix. Cela peut entraîner des effets de prix contre-productifs, en particulier lorsque les niveaux de consommation existants sont déjà optimaux.

Voici un exemple concret : Supposons qu'une prestation donnée présente une valeur élevée, mais que, malgré un ticket modérateur élevé, le niveau actuel de consommation soit optimal. Si l'on réduit le ticket modérateur uniquement pour refléter la valeur élevée de la prestation, cela peut entraîner des effets indésirables, tels qu'une augmentation de l'utilisation non efficiente (effet de prix ou *risque moral*). En d'autres termes : réduire le ticket modérateur afin de refléter la valeur des soins peut, paradoxalement, conduire à des comportements qui pèsent davantage sur le système plutôt que de l'optimiser. Il est dès lors important de préciser comment les variations de prix peuvent avoir des effets différenciés selon les groupes, par exemple en fonction des caractéristiques socio-économiques, de l'âge, de l'état de santé, etc. (voir également section 2.4).

2.3.3 *Sous-consommation et politique de stimulation*

Lorsque le niveau de consommation observé est trop faible, les tickets modérateurs peuvent être réduits ou des subsides peuvent être prévus afin d'améliorer l'accès aux soins. Les subsides directs sont exceptionnels en Belgique ; d'autres instruments stratégiques sont plus pertinents, tels que :

- L'intégration de la politique des tickets modérateurs dans des programmes de soins, où la participation à un trajet de soins reconnu s'accompagne de tickets modérateurs réduits, voire inexistant, afin de stimuler la continuité des soins et une utilisation plus efficace des soins. Cela peut éventuellement se faire de manière neutre sur le plan budgétaire, en supprimant ou en réduisant les tickets modérateurs au sein de programmes de soins clairement délimités, tout en les augmentant pour les soins dispensés en dehors de ces programmes, de manière à déplacer les incitants sans impact budgétaire supplémentaire.
- Des mesures génériques, telles que des tickets modérateurs réduits pour les patients disposant d'un dossier médical global (DMG), qui renforcent le rôle central du médecin généraliste et limitent le recours aux soins non coordonné.
- L'augmentation des tickets modérateurs pour des interventions préventives apparaît généralement peu souhaitable, dans la mesure où elle peut conduire à une sous-consommation de soins et, à plus long terme, à une dégradation de l'état de santé et ainsi qu'un recours évitable aux soins de santé. La prévention requiert précisément de faibles barrières financières afin de favoriser la détection précoce et des interventions en temps opportun.^{7,9} Les différences de prix entre médicaments et traitements peuvent également poursuivre un objectif préventif, à savoir éviter un recours évitable aux soins de santé.
- Lorsqu'une augmentation des tickets modérateurs est envisagée, il est crucial de protéger autant que possible la première ligne. Les soins de première ligne jouent un rôle central dans la prévention, la détection précoce et la continuité des soins. Des coûts plus élevés peuvent dissuader les patients de consulter les soins en temps opportun, ce qui peut entraîner une aggravation des problèmes de santé et des coûts plus élevés.

2.3.4 *Surconsommation et augmentation des tickets modérateurs*

Des augmentations des tickets modérateurs peuvent être envisagées en cas de surconsommation, en particulier lorsque des moyens budgétaires supplémentaires sont nécessaires. Cela suppose toutefois que plusieurs conditions soient réunies.

- Premièrement, l'élasticité-prix de la demande doit être suffisamment élevée : ce n'est que lorsque les patients adaptent effectivement leur recours aux soins en réaction à une augmentation de la contribution personnelle qu'une hausse des tickets modérateurs peut conduire à une diminution de la surconsommation. Pour des soins à faible élasticité, tels que les soins nécessaires ou aigus, une augmentation du ticket modérateur créera principalement une charge financière, sans influencer de manière significative le recours aux soins. Même pour des soins non nécessaires, l'élasticité peut être faible. Le cas échéant, les tickets modérateurs peuvent certes générer des ressources budgétaires, supportées principalement par les personnes présentant un niveau de recours aux soins (trop) élevé.

- Il est en outre important d'évaluer dans quelle mesure la consommation est tirée par la demande ou par l'offre. Lorsque la consommation de soins est largement déterminée par le comportement des dispensateurs de soins (par exemple via les modèles de prescription ou de renvoi), des mesures du côté de l'offre — telles que des directives ou des mécanismes de financement — sont généralement plus efficaces qu'une augmentation des tickets modérateurs pour les patients.
- En outre, des modifications des tickets modérateurs peuvent susciter des réactions de la part d'autres acteurs ou structures du système de soins (par exemple les CPAS, les hôpitaux ou les maisons médicales). Les dispensateurs de soins peuvent adapter leur comportement, par exemple en proposant davantage de prestations alternatives, tandis que les assurances complémentaires peuvent compenser des tickets modérateurs plus élevés, ce qui atténue en partie l'effet modérateur recherché sur la demande de soins. De telles interactions doivent être soigneusement évaluées en amont afin d'éviter des effets non intentionnels ou indirects susceptibles de toucher lourdement les patients les plus vulnérables. Par exemple, des coûts plus élevés pour les CPAS peuvent conduire à un recours plus limité et moins accessible aux dispositifs médicaux, tels que la carte médicale. C'est pourquoi des combinaisons de hausses et de réductions ciblées du ticket modérateur sont souvent plus efficaces que des interventions isolées, dans la mesure où elles permettent de limiter les effets de substitution indésirables et de mieux aligner les incitants sur les objectifs stratégiques.

2.4 EFFETS DE REPARTITION ET PROTECTION DES GROUPES VULNERABLES

Les tickets modérateurs sont régressifs. Ils pèsent davantage sur les revenus les plus faibles et sur les patients ayant des besoins en soins élevés. Dès lors, les signaux de prix et les variations de prix — et, partant, la sur- et la sous-consommation — peuvent différer selon les groupes. Des mécanismes de solidarité qui corrigent au niveau du montant total des tickets modérateurs et tiennent compte de la capacité contributive sont donc essentiels. Le maximum à facturer (MàF) en constitue un exemple important.

Toutefois, des problèmes d'accessibilité peuvent subsister pour des composantes de soins spécifiques, mais aussi en fonction des caractéristiques personnelles et des conditions de vie des patients. Plusieurs aspects sont pertinents à cet égard.

- Un premier point d'attention concerne l'interaction entre les tickets modérateurs et les suppléments. Même lorsque le ticket modérateur officiel est limité, des suppléments élevés — par exemple chez des dispensateurs non conventionnés dans le secteur ambulatoire ou, en cas d'hospitalisation en chambre individuelle, chez l'ensemble des dispensateurs de soins — peuvent augmenter considérablement le seuil financier effectif. Cela peut compromettre l'accès aux soins, en particulier pour les groupes vulnérables, et montre que la politique des tickets modérateurs, à elle seule, est insuffisante pour garantir l'accessibilité financière. En outre, il existe souvent un manque de transparence quant aux coûts réels supportés par le patient, ce qui conduit certaines personnes à reporter le recours aux soins par incertitude ou par crainte des coûts.
- Par ailleurs, l'intervention majorée et les mesures spécifiques en faveur des malades chroniques jouent un rôle important dans la protection des patients présentant des besoins en soins structurellement élevés. Ces instruments améliorent l'accessibilité financière, mais restent

relativement grossiers : ils ne tiennent que de manière limitée compte des différences en matière de besoins en soins, de recours aux soins ou de capacité financière au sein du groupe cible, ce qui peut entraîner à la fois une sous-protection et une sur-protection.

- Idéalement, la politique des tickets modérateurs devrait opérer une différenciation plus stricte en fonction des caractéristiques cliniques ou socio-économiques. Cela se traduit par des contributions personnelles plus faibles — voire inexistantes — pour les soins jugés essentiels ou particulièrement efficaces, ainsi que pour les patients disposant d'une capacité financière plus limitée, tandis que les soins moins efficaces ou moins nécessaires peuvent être assortis de tickets modérateurs plus élevés. Une telle différenciation accroît toutefois considérablement la complexité du système. Sur le plan stratégique, il convient dès lors de trouver un équilibre entre, d'une part, la cohérence de principe et le ciblage des objectifs et, d'autre part, la faisabilité opérationnelle, la transparence et la faisabilité administrative.
- Les problèmes d'accessibilité peuvent également être liés à des facteurs géographiques spécifiques, tels que des différences régionales dans la disponibilité des professionnels de soins ou dans la prévalence de la pauvreté. Lors de l'introduction de mesures relatives aux tickets modérateurs, ces facteurs ne doivent pas être perdus de vue, mais ils dépassent le cadre de la présente note.

3 RESULTATS ISSUS DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE

Dans le chapitre précédent, le cadre théorique des tickets modérateurs a été présenté. Ce chapitre a notamment examiné les bénéfices potentiels des tickets modérateurs, parmi lesquels la limitation de la surconsommation *de soins à faible valeur* et le renforcement de l'efficacité du système de soins. Une attention a également été portée aux effets redistributifs potentiels, tels que le risque que des tickets modérateurs plus élevés affectent de manière disproportionnée les groupes vulnérables. Cette vue d'ensemble théorique fournit un cadre permettant de comprendre dans quels contextes les tickets modérateurs peuvent être efficaces et dans lesquels la prudence s'impose.

Dans ce chapitre, l'accent se déplace de la théorie vers les preuves empiriques. Pour une sélection de sujets abordés dans le chapitre précédent, la littérature empirique est examinée afin d'évaluer ce que l'on sait des effets des tickets modérateurs dans la pratique. Il s'agit à la fois des effets sur le recours aux soins, des effets redistributifs et des éventuels effets indésirables. Pour apporter une réponse pleinement fondée sur les preuves (*evidence-based*), une revue systématique de la littérature serait indiquée ; toutefois, celle-ci n'a pas pu être réalisée dans le délai imparti pour la présente note.

3.1 REACTIONS AUX PRIX DANS L'UTILISATION DES SOINS : DIFFERENCES ENTRE GROUPES ET TYPES DE SOINS

Le RAND *Health Insurance Experiment* (HIE) des années 1970 demeure l'étude de référence en matière d'élasticité-prix de la demande de soins. Cette étude est généralement considérée dans la littérature comme la référence absolue pour l'analyse de l'impact des contributions personnelles sur l'utilisation des soins de santé. Grâce à l'attribution aléatoire des participants à des contrats d'assurance comportant différents pourcentages de tickets modérateurs, l'expérience a permis d'identifier de manière particulièrement fiable l'effet causal des différences de prix sur l'utilisation des soins. Dans les études empiriques ultérieures, un tel dispositif expérimental n'était le plus souvent pas possible ; celles-ci ont dès lors eu recours à des données observationnelles et à des méthodes quasi-expérimentales pour estimer les effets des variations de prix. Bon nombre de ces études utilisent dès lors les résultats de l'étude RAND comme point de référence.

3.1.1 RAND Health Insurance Experiment

L'étude a été menée aux États-Unis entre 1974 et 1981. Environ 6 000 personnes âgées de moins de 62 ans ont participé à l'expérience. Elles ont été assignées de manière aléatoire à différents contrats d'assurance, qui se distinguaient par le niveau de contribution personnelle. Chaque contrat prévoyait un maximum de contributions personnelles comme pourcentage du revenu du ménage (5 %, 10 % ou 15 %), avec un plafond annuel par ménage. Les tickets modérateurs s'élevaient à 0 %, 25 %, 50 % ou 95 % des coûts des soins. Le recours aux soins et les dépenses en matière de soins des ménages participants ont été suivis sur une période de trois à cinq ans.

Les principaux résultats de l'expérience peuvent être résumés comme suit : ^{7, 10, 11, 12}

- Premièrement, il est apparu que les patients réagissent aux contributions personnelles : Lorsqu'aucune contribution personnelle n'était requise, les dépenses en soins étaient en moyenne 22 % plus élevées que dans un système où les patients supportaient 95 % des coûts, jusqu'au maximum prévu.

- Deuxièmement, l'élasticité-prix moyenne de la demande de soins s'élevait à environ $-0,2$. Cela signifie qu'une augmentation des contributions personnelles de 10 % s'accompagne d'une diminution du recours aux soins d'environ 2 %.
- Il est en outre apparu que l'élasticité-prix varie selon le type de soins. Ainsi, la demande de soins hospitaliers est moins sensible aux prix que celle, par exemple, des soins préventifs, de sorte que les tickets modérateurs appliqués aux soins préventifs exercent un effet dissuasif relativement plus marqué. L'élasticité mesurée dépend en outre du niveau du ticket modérateur avant l'augmentation.
- L'expérience a également montré que tant la consommation de soins nécessaires que celle de soins moins nécessaires diminuait lorsque des contributions personnelles étaient introduites. Globalement, aucun effet négatif sur la santé n'a été observé, à l'exception des personnes appartenant au groupe socio-économique le plus défavorisé et présentant déjà un mauvais état de santé. Par ailleurs, le nombre d'épisodes de maladie a diminué, tandis que le nombre de contacts et de prestations par épisode de maladie est resté globalement stable.
- Enfin, aucune différence majeure n'a été observée en matière d'élasticité-prix entre les groupes à hauts et à faibles revenus, bien que l'effet ait été légèrement plus marqué pour les soins ambulatoires dans les groupes à faibles revenus.

L'étude RAND présente toutefois trois limites importantes :¹²

- Il s'agissait d'une étude à court terme (3 à 5 ans). Les effets à long terme, en particulier chez les enfants, pourraient donner des résultats différents.
- Les effets ne s'appliquent que dans un contexte où les dépenses personnelles sont plafonnées. Les personnes non assurées qui doivent payer des frais médicaux illimités subissent clairement des conséquences négatives sur leur santé.
- Les soins de santé des années 1970 différaient fortement de ceux d'aujourd'hui. Les traitements sont devenus plus efficaces, mais aussi plus coûteux et plus intensifs. Cela signifie que la réduction des soins peut aujourd'hui avoir des conséquences différentes sur la santé par rapport aux années 1970.

La robustesse de ces résultats a été réexaminée ultérieurement par Aron-Dine et al. (2013),¹³ qui ont appliqué des techniques économétriques modernes au set de données original. Leur analyse a confirmé que les résultats fondamentaux de l'expérience RAND demeurent valides.

L'expérience RAND a analysé exclusivement l'effet des contributions personnelles sur la demande de soins. Les réactions du côté de l'offre, telles que les ajustements du comportement des dispensateurs de soins, n'ont pas été prises en compte. En pratique, de telles réactions du côté de l'offre peuvent renforcer ou, au contraire, atténuer les effets finaux des variations de prix.

3.1.2 Sensibilité du recours aux soins aux prix : différences entre groupes de population et types de soins

Dans le cadre du *RAND Health Insurance Experiment*, des différences de sensibilité aux prix entre groupes de population ont également été examinées, tant selon le statut socio-économique que selon les besoins en soins. En ce qui concerne les différences de revenus, il est apparu qu'il n'existe pas de différences majeures entre les groupes à faibles et à hauts revenus. Pour les soins ambulatoires, tels

que les consultations chez le médecin généraliste et les consultations en polycliniques, l'effet des contributions personnelles était légèrement plus marqué dans les groupes à faibles revenus, ce qui indique qu'ils ajustent un peu davantage leur recours aux soins lorsque les coûts augmentent. En revanche, pour les soins aigus et les hospitalisations, peu de différences ont été observées entre les groupes de revenus ; ce type de soins nécessaires est à peine influencé par le prix, quelle que soit le groupe de population.

Une réanalyse récente des données RAND par Acquatella (2023)¹⁴ se concentre spécifiquement sur les différences d'élasticité-prix entre les groupes de revenus. L'étude examine la manière dont la demande de soins de santé au sein des groupes à faibles revenus réagit aux modifications du ticket modérateur. Contrairement à l'hypothèse largement répandue selon laquelle les personnes à faibles revenus seraient plus sensibles aux variations de prix, l'analyse montre que leur élasticité-prix des dépenses en matière de soins est en réalité plus faible que celle des groupes à revenus plus élevés.

L'étude utilise les données originales du RAND et met l'accent sur la relation entre le pourcentage de ticket modérateur et les dépenses médicales totales. Dans l'ensemble, une augmentation des contributions personnelles entraîne une diminution des dépenses de soins, mais cette baisse est moins marquée chez les personnes à faibles revenus que chez celles à revenus plus élevés. Selon Acquatella, cela peut s'expliquer en grande partie par le fait qu'une proportion importante des personnes à faibles revenus n'a pas recours aux soins durant la période d'observation. Pour ces personnes, une nouvelle hausse des prix ne peut plus réduire l'utilisation des soins, ce qui donne l'impression que l'élasticité mesurée est artificiellement faible. D'un point de vue économique, cela s'explique par la valeur marginale élevée de la consommation non médicale chez les personnes disposant de revenus limités : renoncer à d'autres dépenses nécessaires afin de pouvoir financer des soins est particulièrement coûteux. Dans ce contexte, il peut être rationnel de ne pas recourir aux soins tant que les problèmes de santé ne sont pas aigus.

Cette constatation nuance l'interprétation des différences d'élasticité-prix entre les groupes de revenus. Une élasticité mesurée plus faible chez les personnes à faibles revenus ne signifie pas automatiquement que les hausses de prix sont moins problématiques pour elles. Au contraire, cela peut indiquer qu'une partie de cette population a déjà complètement cessé de recourir aux soins, de sorte que de nouvelles hausses de prix ont peu d'effet sur la demande mesurée. L'étude souligne que les différences d'élasticité-prix sont en partie déterminées par la proportion de non-utilisateurs de soins et que, pour les groupes vulnérables, les barrières financières peuvent surtout conduire à un renoncement total aux soins nécessaires.

L'étude de Chandra et al. (2014)¹⁵ parvient à des conclusions similaires. Les auteurs ont examiné comment l'augmentation des contributions des patients influence le recours aux soins au sein d'une population à faibles revenus. Ils ont exploité une variation exogène des tickets modérateurs, c'est-à-dire des différences de contributions personnelles qui n'étaient pas choisies par les patients individuellement, mais résultaient de mesures stratégiques. En reliant cette variation à des données sur l'utilisation des soins, ils ont pu estimer l'élasticité-prix de la demande pour différents types de soins, en accordant une attention particulière à la distinction entre l'ensemble des groupes à faibles revenus et les personnes atteintes de maladies chroniques.

Les résultats montrent que l'élasticité-prix moyenne de la demande de soins dans cette population est d'environ 0,16, ce qui signifie qu'une augmentation de la contribution personnelle de 10 % entraîne

en moyenne une diminution de la consommation de soins de 1,6 %. Ce résultat est proche des valeurs observées dans d'autres études pour les groupes à revenus plus élevés, ce qui suggère que les personnes à faibles revenus ne réagissent pas nécessairement plus fortement aux variations de prix que celles à revenus plus élevés. Chez les utilisateurs de soins chroniques, tels que les personnes atteintes d'asthme, de diabète ou d'hypercholestérolémie, l'élasticité est encore plus faible. Cela s'explique par le fait que ce groupe réagit moins aux variations de prix dans l'ensemble des catégories de soins. L'étude interprète ces résultats d'un point de vue économique, de manière similaire à l'interprétation dans Acquatella (2023)¹⁴: De nombreuses personnes à faibles revenus disposent d'un budget limité, ce qui confère une valeur marginale élevée à la consommation non médicale et rend particulièrement coûteux le renoncement à d'autres dépenses nécessaires pour financer des soins. Dans ce cas, il peut être rationnel de recourir aux soins uniquement lorsqu'ils sont urgents ou nécessaires. Cela explique également pourquoi les personnes atteintes de maladies chroniques sont moins sensibles aux prix : leur recours aux soins est souvent inévitable et ne peut pas être facilement différé ni réduit.

Il est important de noter que l'étude indique que des paiements directs plus élevés peuvent réduire la demande de soins primaires et ambulatoires, mais qu'il peut exister des effets en aval, tels qu'un recours accru aux soins intra-muros à un stade ultérieur. L'étude montre ainsi que les incitations par les prix au sein des groupes à faibles revenus peuvent conduire à une diminution de la consommation de soins, mais que l'impact varie fortement selon les besoins en soins des individus et que les groupes vulnérables, tels que les patients atteints de maladies chroniques, réagissent de manière moins flexible.

Hofland et al. (2025)¹⁶ analysent la manière dont les élasticités-prix du recours aux soins varient selon des caractéristiques socio-économiques telles que le revenu, l'âge et le sexe. L'étude recourt à un modèle structurel de microsimulation estimé sur la base de données individuelles néerlandaises relatives aux soins pour la période 2011–2019.

Le principal résultat de l'étude est que l'élasticité-prix moyenne pour la population néerlandaise se situe autour de $-0,11$. La variation entre les groupes socio-économiques est limitée. Les élasticités diffèrent en effet très peu entre les différents quintiles de revenus ou entre les hommes et les femmes. Cela suggère que les personnes à faibles revenus ne réagissent pas de manière substantiellement plus forte à des contributions personnelles plus élevées que les personnes à revenus plus élevés. Les auteurs ont toutefois mis en évidence des différences substantielles selon l'âge. Les simulations de calcul montrent qu'une augmentation des contributions personnelles entraîne la hausse la plus marquée au sein des groupes plus âgés. Cela peut être lié à des besoins de soins plus élevés chez les personnes âgées, ainsi qu'au fait qu'elles recourent plus fréquemment à des services pour lesquels les contributions personnelles représentent une part plus importante des coûts totaux.

Norris et al. (2021)¹⁷ ont étudié l'effet de la suppression de la quote-part personnelle sur le recours aux soins préventifs. Cette revue rapide a montré que les effets variaient selon le type de service clinique, mais la majorité des études ont révélé une augmentation du recours à ces soins. Les recherches portant sur des services spécifiques tels que le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, le dépistage colorectal et la contraception montrent des résultats mitigés : certaines études indiquent des augmentations notables de l'utilisation, d'autres ne montrent aucun changement, et quelques-unes font même état de baisses. Les études qui ont également pris en compte le statut socio-économique ont rapporté que l'utilisation de ces services avait fortement augmenté chez les

personnes financièrement vulnérables. L'impact de la suppression des barrières financières a souvent été le plus important pour les groupes qui étaient auparavant confrontés aux coûts les plus élevés, tandis que d'autres barrières, telles que la gêne liée aux procédures, la méconnaissance des services gratuits, les idées fausses sur l'importance des soins préventifs et l'absence de recommandation de la part des médecins, ont également influencé le recours à ces services. Il convient de noter que cette étude a examiné les effets d'une diminution des quote-part personnelles. Il n'est pas évident de supposer automatiquement qu'une augmentation aura des effets symétriques dans l'autre sens.

Peu d'études ont été menées en Belgique sur la manière dont le recours aux soins réagit aux variations de prix. Van de Voorde et al. (2001) ont examiné l'effet d'une augmentation substantielle du ticket modérateur en 1994 sur le recours aux soins ambulatoires en Belgique.¹⁸ Pour la population générale, l'élasticité-prix était de 0,28 à 0,39 pour les visites à domicile du médecin généraliste (selon le modèle estimé), de 0,12 à 0,16 pour les consultations et de 0,10 pour les consultations chez un spécialiste. Les estimations étaient généralement plus faibles et moins significatives pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Duarte (2012) a étudié l'élasticité-prix des paiements à la charge du patient pour divers types de soins sur le marché chilien de l'assurance maladie privée.¹⁹ L'analyse montre que la sensibilité des consommateurs au prix varie fortement selon le type de soins, tout comme dans l'étude RAND : pour les soins électifs, tels que les visites à domicile, les consultations chez le psychologue ou la kinésithérapie, la demande est nettement plus élastique que pour les soins aigus (par exemple, l'appendicectomie ou la cholécystectomie). Pour les soins électifs, les élasticités de la demande estimées se situent entre -1,88 et -0,32, tandis que l'élasticité pour les soins aigus est pratiquement nulle.

3.2 EFFETS CROISES DES VARIATIONS DE PRIX ENTRE LES DIFFERENTS TYPES DE SOINS

Des effets croisés apparaissent lorsqu'une variation de prix ou du ticket modérateur dans un type de soins n'influence pas seulement le recours à ces soins, mais modifie également l'utilisation d'autres types de soins. Supposons que les pouvoirs publics augmentent les tickets modérateurs pour les médicaments chroniques ; certains patients à faibles revenus peuvent alors réduire leur consommation de médicaments parce qu'ils ne sont pas en mesure d'en supporter le coût. Une conséquence possible est une augmentation des complications ou des hospitalisations, de sorte que le recours à d'autres formes de soins augmente comme effet indirect. Dans le paragraphe précédent, nous avons déjà fait référence aux résultats de Chandra et al. (2014).¹⁵

Les effets croisés montrent que le comportement des patients et l'utilisation des soins ne sont pas isolés par type de soins. Dans la *Health Insurance Experiment* RAND, aucun effet croisé n'a été observé.

Guindon et al. (2022) ont mené une umbrella review systématique afin d'étudier le lien entre le fait de disposer d'une assurance maladie et la consommation de médicaments, le recours aux soins en général et la santé.²⁰ On trouve dans cette revue des preuves cohérentes indiquant que le fait de disposer d'une assurance (et donc d'une quote part personnelle plus faible) conduit à une utilisation accrue des médicaments, tandis que l'absence ou la perte d'une telle assurance conduit au contraire à une utilisation moindre. Cet effet s'applique à tous les groupes, quels que soient les revenus, l'état de santé, l'âge ou le sexe, y compris les personnes pauvres, les malades chroniques, les personnes

âgées et les enfants. De plus, il apparaît qu'une quote-part personnelle plus faible est associée à une moindre utilisation d'autres services de santé, tels que les visites aux urgences, les hospitalisations et les soins ambulatoires. Cela suggère que lorsque les personnes ont un meilleur accès aux médicaments, elles ont potentiellement moins intensivement besoin de soins. Dans le même temps, on n'y trouve pas de preuves cohérentes indiquant que les changements en matière d'assurance ont des effets directs sur la santé elle-même. Les résultats indiquent qu'une assurance universelle est susceptible d'augmenter la consommation de médicaments chez les personnes à faibles revenus et de réduire le recours à d'autres services de santé chez les nouveaux assurés. Il est important de prendre en compte ces effets prix croisés dans les calculs de coûts liés à l'extension de la couverture d'assurance.

Puig-Junoy et al. (2016) ont étudié l'effet d'une exonération de la quote-part personnelle pour les médicaments chez les retraités en Espagne.²¹ L'élasticité-prix estimée se situe entre $-0,13$ et $-0,14$, ce qui indique une sensibilité au prix relativement limitée mais nette. Cet effet se concentre principalement chez les patients qui utilisent des médicaments pour des affections aiguës ou non chroniques et qui payaient auparavant une quote-part personnelle relativement élevée (30 à 40 %), tandis qu'aucun effet n'est observé chez les patients atteints de maladies chroniques qui bénéficiaient déjà de faibles quotes-parts personnelles.

L'étude n'a trouvé aucune preuve d'effets croisés. Cela signifie que l'augmentation de la consommation de médicaments due à la suppression de la quote-part personnelle n'a pas été accompagnée d'une baisse des hospitalisations à court terme. Les auteurs soulignent toutefois que leur analyse se limite au court terme et que les effets à plus long terme pourraient être différents. Les résultats suggèrent donc qu'une exonération générale de la quote-part personnelle, en particulier pour les soins non chroniques, peut entraîner des coûts supplémentaires considérables sans gain évident en matière de santé ni économies ailleurs.

Les conclusions de Puig-Junoy et al. (2016) divergent d'autres études qui ont constaté de tels mécanismes de compensation. Chandra et al. (2010) ont constaté que des quotes-parts personnelles plus élevées pour les consultations et les médicaments entraînent une augmentation des soins hospitaliers.²² Cet effet est limité en moyenne, mais il est nettement plus marqué chez les patients atteints de maladies chroniques. Pour ce groupe, il apparaît que les économies réalisées grâce à une moindre utilisation des soins ambulatoires et des médicaments sont en grande partie, voire entièrement, annulées par des dépenses hospitalières plus élevées.

Ces conclusions impliquent que des tickets modérateurs plus élevés ne conduisent pas nécessairement à des économies nettes, certainement pas chez les populations vulnérables ou atteintes de maladies chroniques. Au contraire, ils peuvent entraîner des transferts au sein du système de santé, les soins moins coûteux étant remplacés par des soins hospitaliers plus onéreux. Cela souligne l'importance de prendre en compte les effets croisés entre les types de soins lors de la conception des systèmes de tickets modérateurs.

4 IMPORTANCE ET EVOLUTION DU TICKET MODERATEUR

Ce chapitre se concentre sur les données chiffrées qui permettent d'appréhender l'importance et la répartition du ticket modérateur au sein du système de soins de santé. Le ticket modérateur constitue un élément essentiel du financement des soins de santé et détermine dans une large mesure la contribution financière directe des patients à leur consommation de soins. Ce chapitre analyse le niveau de ces tickets modérateurs, leur évolution au fil du temps et les différences qui existent entre les différents types de soins et les groupes de patients. La compréhension de ces données chiffrées constitue une base indispensable pour toute évaluation et interprétation ultérieures.

FIGURE 1 donne un aperçu des remboursements de l'INAMI et des tickets modérateurs. Le panneau de gauche présente les remboursements totaux de l'INAMI en 2024, ventilés par sous-secteur, tant en montants absolus qu'en part des dépenses totales. Ainsi, par exemple, la part des spécialités pharmaceutiques dans le total des remboursements de l'INAMI s'élevait à 23 % en 2024.

Le panneau central présente les mêmes informations pour les tickets modérateurs (avant l'intervention du M^aF). Les tickets modérateurs par sous-secteur sont présentés en montants absolus ainsi qu'en part des tickets modérateurs totaux. Ainsi, par exemple, les tickets modérateurs relatifs aux spécialités pharmaceutiques représentaient 20,9 % du total en 2024. Les pourcentages présentés dans les panneaux de gauche et central ne sont pas directement comparables, étant donné que le dénominateur diffère (remboursements de l'INAMI versus ticket modérateur).

Le panneau de droite illustre, pour la période 2015-2024, par groupe de soins, la part du ticket modérateur dans les dépenses totales de chaque groupe de soins. En reprenant l'exemple des spécialités pharmaceutiques, la part du ticket modérateur dans les dépenses totales — c'est-à-dire le ticket modérateur + les remboursements INAMI — atteignait 5,6 % en 2024. Une barre grise indique les groupes de soins pour lesquels aucun ticket modérateur n'est attesté, tandis qu'une barre blanche signifie qu'un groupe de soins donné n'était pas présent au cours de l'année en question.

Les figures suivantes présentent les mêmes informations pour les dépenses de soins ambulatoires (FIGURE 2), les dépenses liées à l'hospitalisation (FIGURE 3), les dépenses concernant les bénéficiaires de l'intervention majorée (FIGURE 4) et les dépenses relatives aux assurés ne bénéficiant pas de l'intervention majorée (FIGURE 5).

FIGURE 6 présente l'évolution des tickets modérateurs entre 2015 et 2024, tant en montants absolus (panneau supérieur) qu'en pourcentage des dépenses totales. Une distinction est établie entre les tickets modérateurs avant et après l'intervention du M^aF.

FIGURE 1 : Remboursements INAMI et ticket modérateur : total

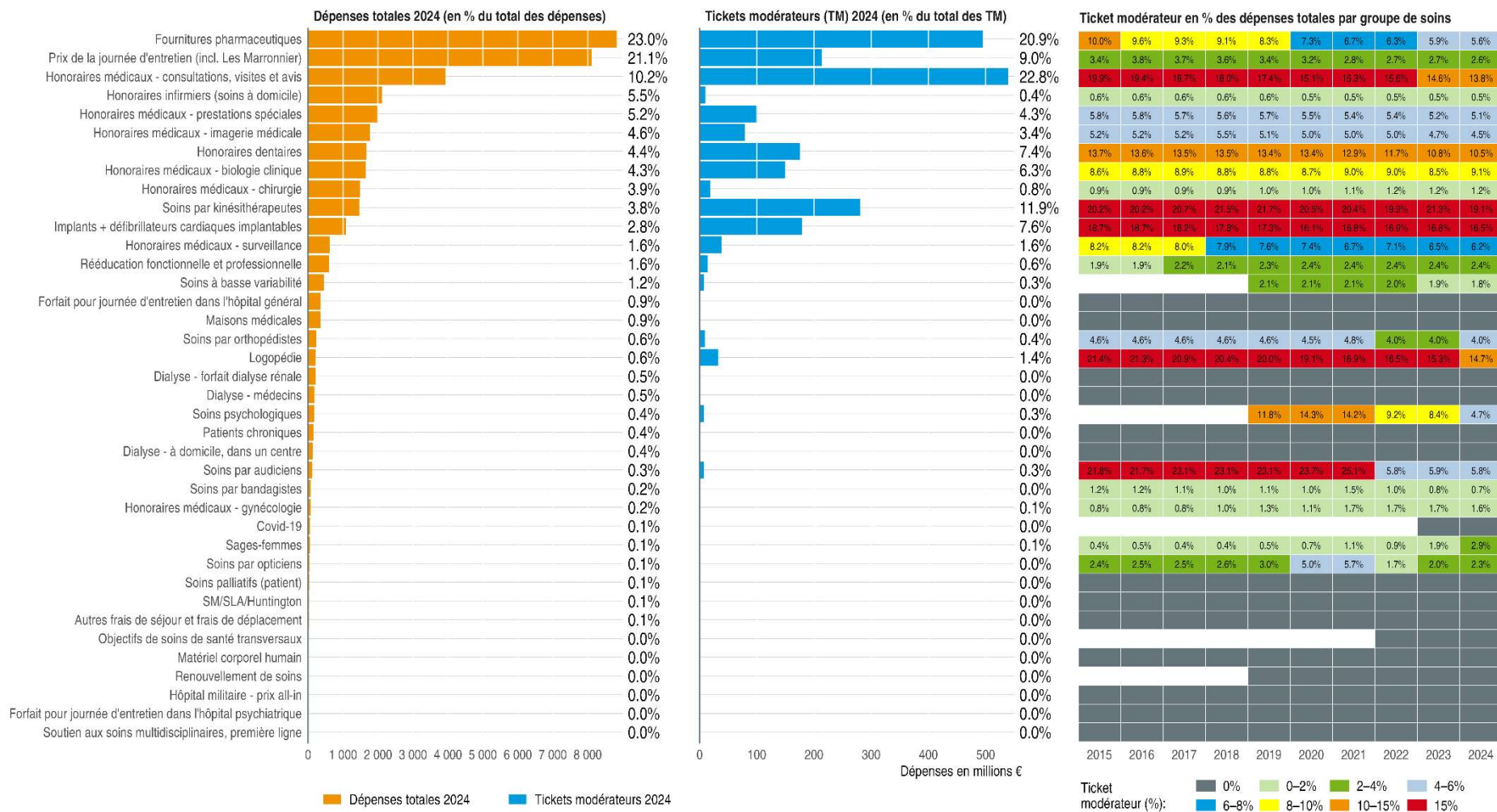


FIGURE 2 : Remboursements INAMI et ticket modérateur : ambulatoire

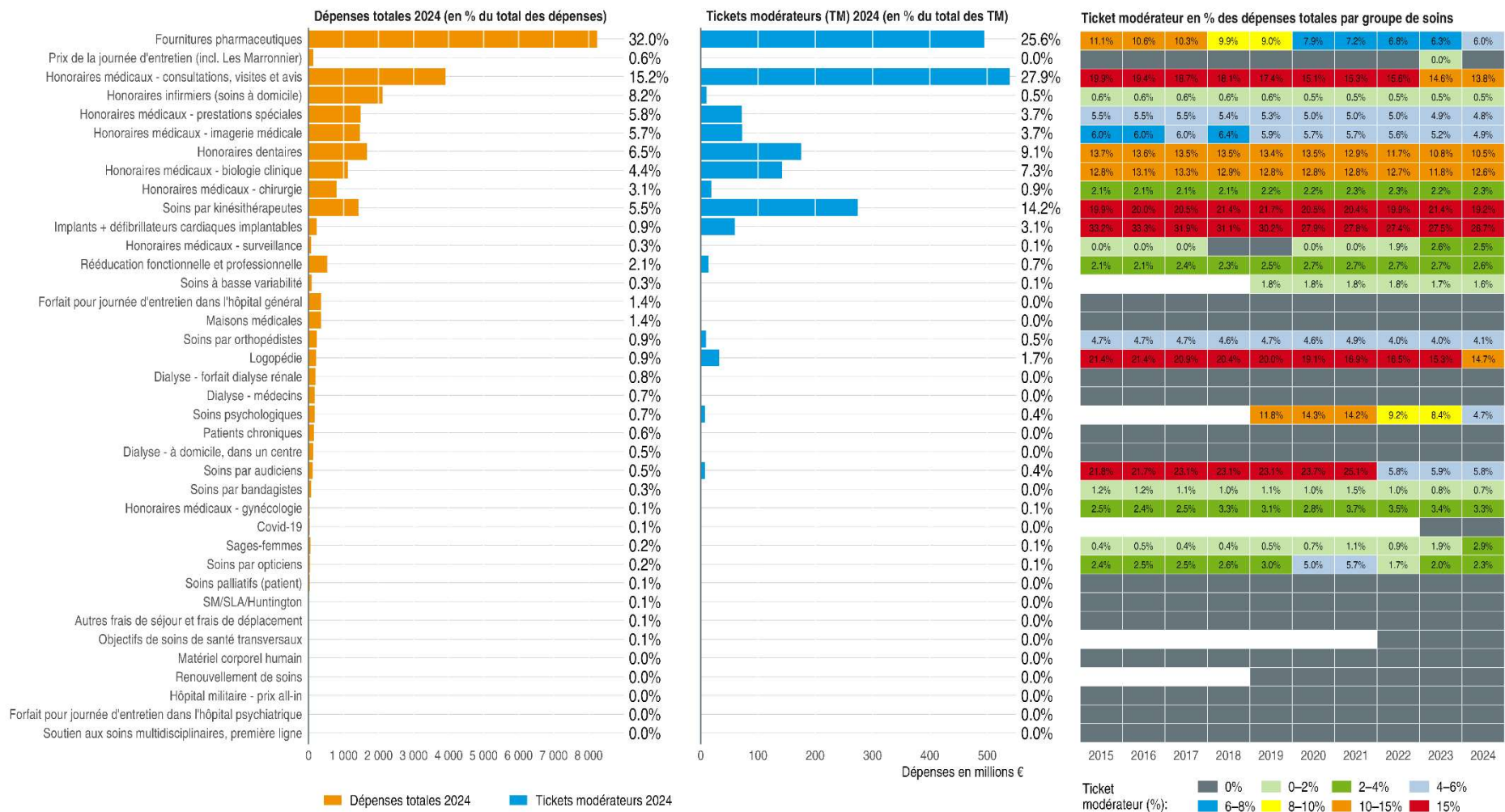


FIGURE 3 : Remboursements INAMI et ticket modérateur : hospitalisé

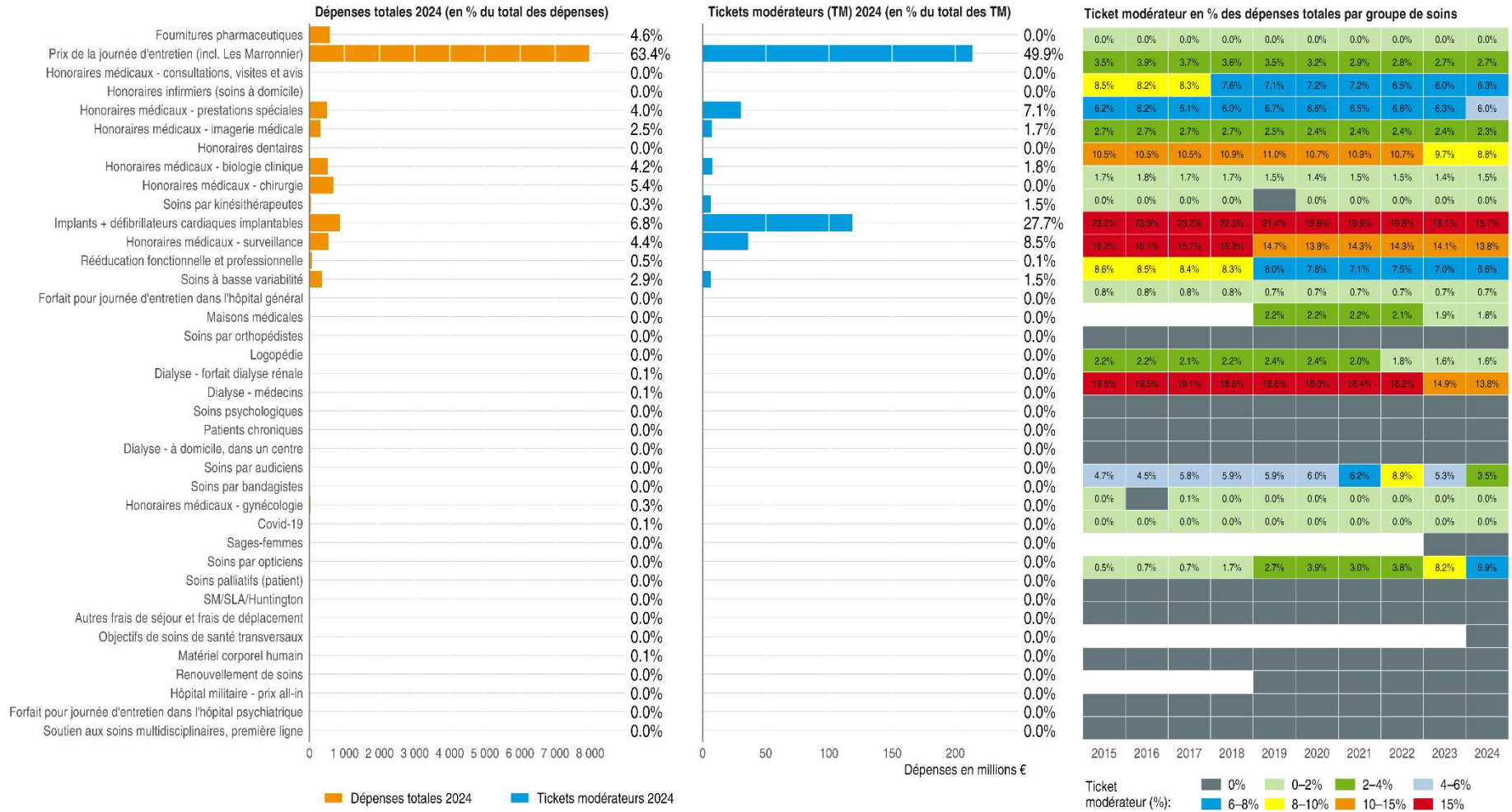
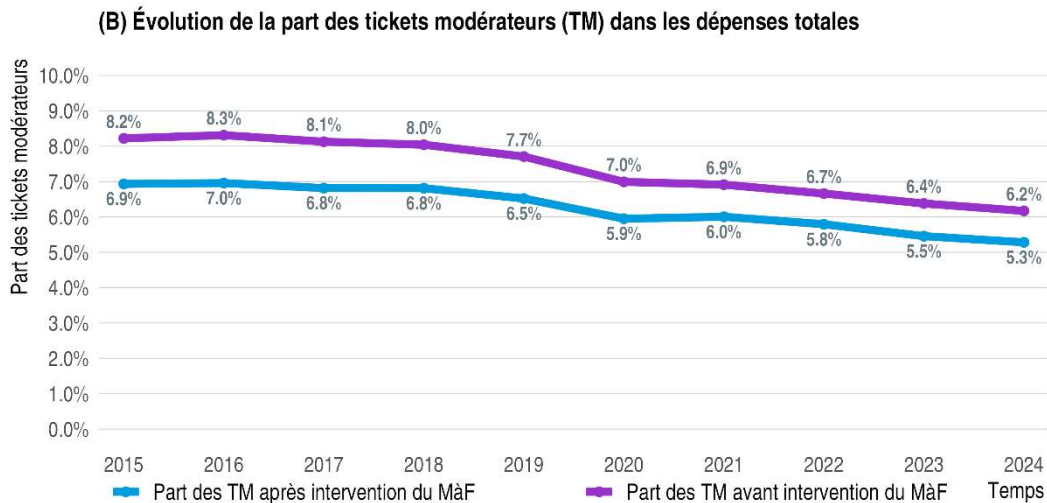
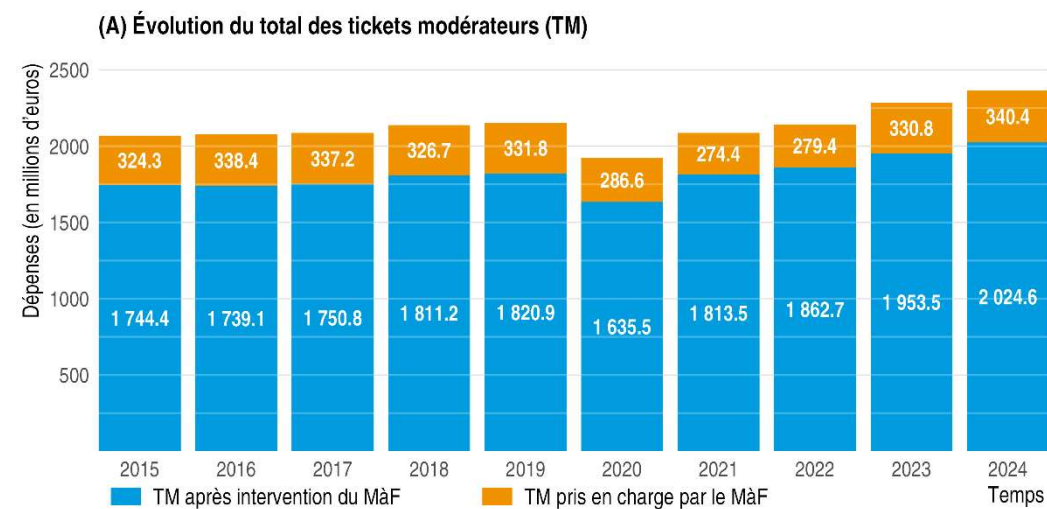


FIGURE 6 : Évolution des tickets modérateurs totaux (montants absolus et % en dépenses totales)



5 ACCESSIBILITE FINANCIERE EN BELGIQUE

Ce chapitre décrit le cadre belge dans lequel s'inscrivent le rôle, l'évolution et l'adaptation des tickets modérateurs. Il présente six constatations concernant l'accessibilité financière du système de soins de santé.

Constatation 1. Les contributions personnelles des patients sont élevées en Belgique, mais les tickets modérateurs n'en représentent qu'une part limitée.

Chaque année, le SPF Sécurité sociale établit une estimation des contributions personnelles des patients à des fins d'utilisation internationale (Eurostat/OCDE/OMS), sur la base de la méthodologie standardisée du *System of Health Accounts* (SHA).²³ Les contributions personnelles comprennent les tickets modérateurs, les suppléments ainsi que les paiements directs pour des produits et services non couverts par l'assurance maladie obligatoire. Pour cette estimation, diverses sources de données sont utilisées, notamment les Comptes nationaux et les données INAMI.

Pour 2023, le total des contributions personnelles a été estimé à 13.855 millions d'euros. Le total des tickets modérateurs (après l'intervention du maximum à facturer) s'élevait à 1.954 millions d'euros, soit 14,1 % du total. La part des tickets modérateurs dans les contributions personnelles a diminué de manière systématique au fil du temps.

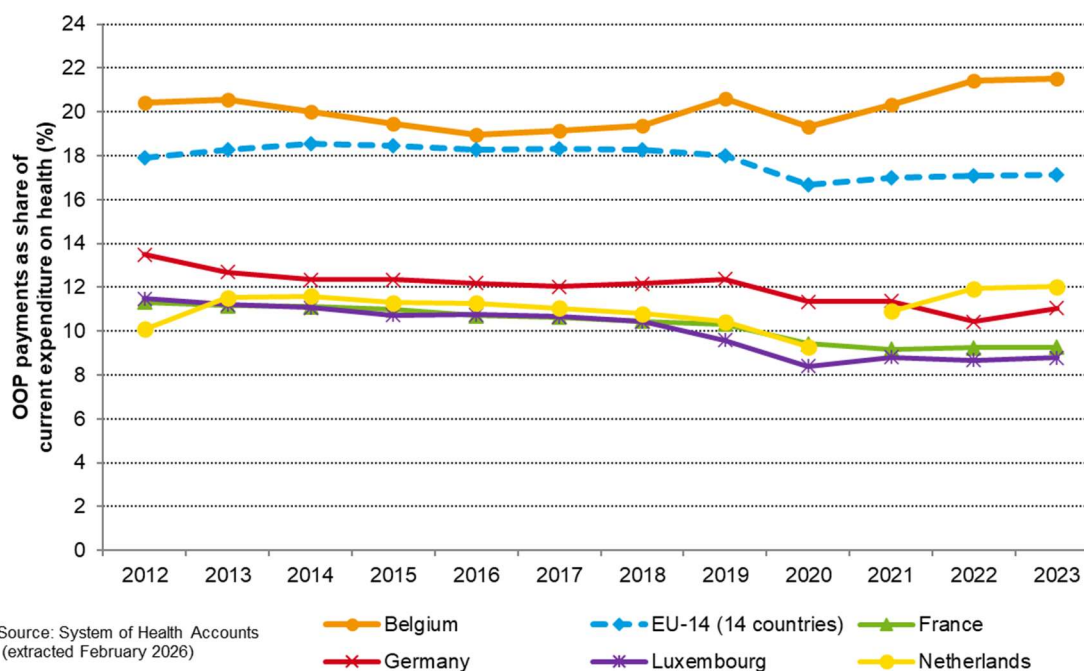
Des informations plus détaillées relatives aux soins hospitaliers, issues des baromètres hospitaliers AIM, montrent que les tickets modérateurs représentent un peu moins d'un tiers des contributions personnelles à charge du patient.²⁴ Pour les soins ambulatoires, il n'existe pas encore de vue d'ensemble détaillée comparable, bien qu'une obligation d'enregistrement des suppléments et des paiements directs chez les médecins soit en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2024. Par ailleurs, il existe une hétérogénéité importante du statut de conventionnement selon la spécialité.¹⁸

FIGURE 7 montre l'évolution des contributions personnelles en Belgique, par rapport à la moyenne de l'UE-14 et à quelques pays voisins. La part des contributions personnelles dans les dépenses totales de santé a légèrement diminué, passant de 20,4 % en 2012 à 19,1 % en 2017, avant d'augmenter à nouveau pour atteindre 21,5 % en 2023. Bien que tous les pays recourent aux contributions personnelles pour financer une partie des soins de santé, leur importance varie considérablement. En 2023, cette part était nettement plus élevée en Belgique qu'au Luxembourg (8,8 %), en France (9,3 %), en Allemagne (11,1 %) et aux Pays-Bas (12,0 %).³

Derrière cette moyenne se cachent toutefois d'importantes différences selon le type de soins. Sur la base de données pour l'année 2021, il a été constaté que la part des contributions personnelles dans les dépenses totales était la plus élevée pour les soins dentaires (65 %), les dispositifs médicaux (56 %), les soins ambulatoires et les médicaments ambulatoires (tous deux près de 34 %), et plus faible pour les hospitalisations classiques (12 %) et les tests diagnostiques (11 %). Pour les soins dentaires, les soins ambulatoires et les hospitalisations classiques, ces parts étaient en outre supérieures aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27.²⁵

L'avis de la COSS de juin approfondira la question de l'interprétation correcte de ces chiffres.

FIGURE 7 : Évolution des contributions personnelles en Belgique, dans les pays voisins et moyenne de l'UE-14 (2012-2023)



Source : OECD Data Explorer³

Constatation 2. Les contributions personnelles s’appliquent à une large gamme de produits et de services.

Dans la plupart des pays européens, des contributions personnelles sont dues pour les médicaments, les soins dentaires, les dispositifs médicaux et les soins hospitaliers. Cela est moins fréquent pour les soins de première ligne (p. ex. aux Pays-Bas, en Allemagne et au Danemark), les soins d’urgence (p. ex. en Allemagne, en Espagne et en Autriche) ou les tests diagnostiques. Pour les soins de première ligne, cela est lié au rôle des médecins généralistes dans l’orientation vers les soins spécialisés

En Belgique, les patients paient des contributions personnelles pour la plupart des types de soins. Les dispenses sont limitées à des groupes spécifiques. Ainsi, aucun ticket modérateur n’est dû chez le dentiste pour les enfants et les jeunes jusqu’à 19 ans, et aucun ticket modérateur n’est dû chez le médecin généraliste et le spécialiste pour les enfants et les jeunes jusqu’à 24 ans bénéficiant de l’intervention majorée (IM) et disposant d’un dossier médical global (DMG). En outre, une interdiction de suppléments d’honoraires s’applique aux patients bénéficiant de l’intervention majorée (IM).

Constatation 3. Une part importante et croissante de la population relève de mesures de protection destinées aux personnes à faibles revenus ou présentant une consommation chronique de soins.

TABLEAU 1 montre qu’une part importante de la population relève d’une ou de plusieurs mesures de protection et que, pour certains statuts, cette part augmente au fil du temps.

La part des bénéficiaires de l’intervention majorée (IM) augmente progressivement, passant de 17,4 % en 2012 à 21,3 % en 2024.

La part des personnes ayant le statut de personne atteinte d’une affection chronique augmente également, passant de 9,3 % en 2014 à 15,7 % en 2024, avec un pic en 2022 (16,9 %). Au sein du groupe

bénéficiant de l'intervention majorée (IM), une part plus élevée de bénéficiaires a également le statut d'affection chronique (plus d'une personne sur quatre en 2024). La plus forte augmentation relative s'observe toutefois parmi les personnes ne bénéficiant pas de l'IM (de 6,7 % à 12,9 %). Le droit au forfait malades chroniques constitue l'une des trois voies d'accès au statut affection chronique. La part des bénéficiaires du forfait reste toutefois relativement stable sur la période (autour de 1,7 %) et diminue même légèrement au sein du groupe bénéficiant de l'IM. L'augmentation du statut affection chronique ne peut donc pas s'expliquer par une extension du droit au forfait.

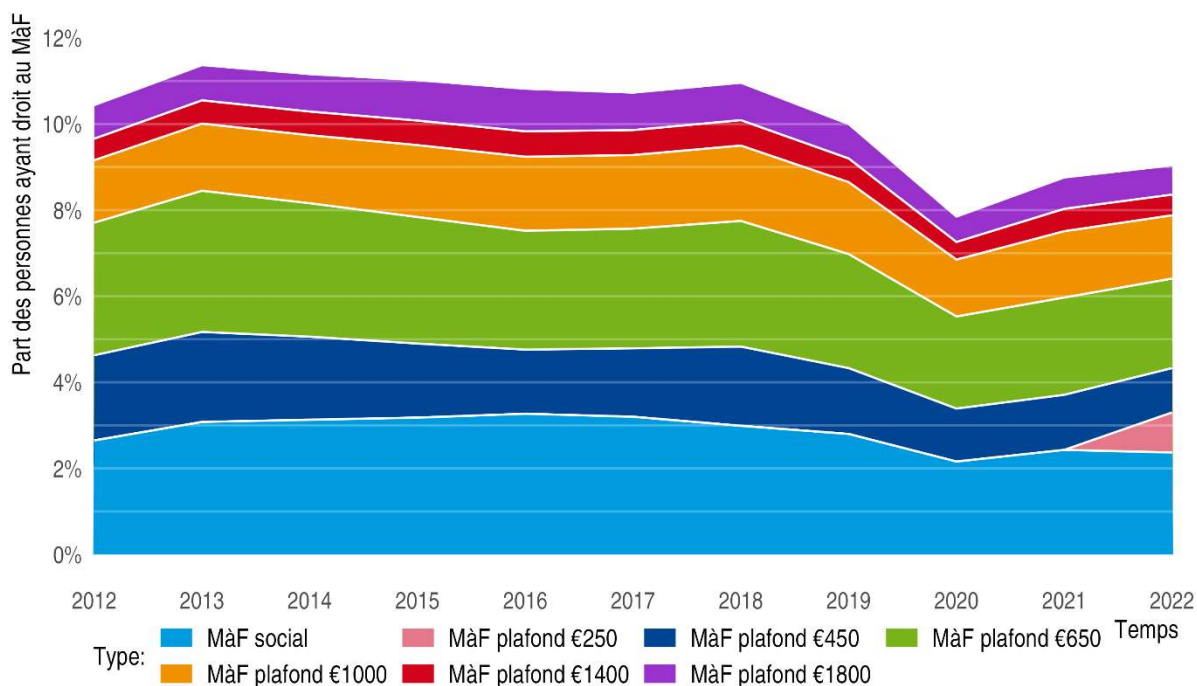
La part des bénéficiaires du maximum à facturer (MàF) oscille autour de 10-11 % avant 2019, diminue fortement en 2020 (7,9 %) et se redresse partiellement par la suite (9,1 % en 2022). La FIGURE 8 montre la décomposition des bénéficiaires du MàF selon le type : En 2022, près de la moitié des bénéficiaires relèvent du MAF social ou des deux plafonds de revenus les plus bas, tandis que les trois plafonds de revenus les plus élevés représentent ensemble 30 % des bénéficiaires.

TABLEAU 1 : Part des bénéficiaires par mesure de protection (2012-2024)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Maximum-à-facturer (MàF)	10,4%	11,4%	11,2%	11,0%	10,9%	10,7%	10,9%	10,0%	7,9%	8,8%	9,1%		
MàF malades chroniques				6,5%	6,8%	6,7%	6,8%	6,3%	5,2%	5,9%	6,6%		
Intervention majorée (IM)	17,4%	17,7%	18,0%	18,4%	19,0%	19,2%	19,3%	19,3%	18,9%	19,0%	20,0%	20,5%	21,3%
Statut affection chronique			9,3%	9,8%	10,4%	10,9%	11,3%	11,6%	12,1%	13,4%	16,9%	15,8%	15,7%
Statut affection chronique (sans IM)			6,7%	7,2%	7,7%	8,2%	8,6%	8,9%	9,4%	10,6%	13,9%	12,9%	12,9%
Statut affection chronique (avec IM)			21,6%	21,8%	22,2%	22,5%	22,8%	23,3%	24,1%	25,7%	29,3%	27,2%	26,7%
Forfait malades chroniques	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,8%	1,8%	1,6%	1,5%	1,6%	1,7%	
Forfait malades chroniques (sans IM)	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,3%	1,3%	1,4%	1,5%	
Forfait malades chroniques (avec IM)	3,8%	3,7%	3,5%	3,4%	3,2%	3,1%	3,2%	3,1%	2,6%	2,4%	2,5%	2,4%	

Source : Atlas AIM²⁶

FIGURE 8 : Évolution de la part des bénéficiaires du maximum à facturer selon le type (2012-2022)



Source : Atlas AIM²⁶

Constatation 4. Le non-recours aux droits compromet l'efficacité des mesures de protection.

Le degré d'octroi et d'application automatiques d'une mesure de protection a un impact important sur son efficacité. Alors que c'est le cas pour le maximum à facturer et le statut affection chronique, cela ne vaut que partiellement pour l'intervention majorée.

L'intervention majorée est accordée automatiquement aux personnes bénéficiant d'une allocation sociale soumise à condition de ressources (p. ex. le revenu d'intégration ou la garantie de revenus aux personnes âgées). L'octroi automatique a récemment été étendu aux personnes isolées à faibles revenus en invalidité ou après au moins trois mois de chômage ou d'incapacité de travail.²⁷ D'autres groupes à faibles revenus pouvant bénéficier de l'intervention majorée doivent toutefois introduire eux-mêmes une demande, éventuellement à la suite d'une identification proactive et d'informations fournies par les mutualités.

Pour les personnes ne bénéficiant pas d'un droit automatique, cela peut entraîner un non-recours substantiel, notamment en raison d'un manque de connaissance du système, de seuils administratifs, de la stigmatisation ou de statuts sociaux qui évoluent rapidement.^{28, 29} Pour des raisons similaires, on observe également, au sein de ce groupe, un non-recours aux allocations sociales qui ouvrent automatiquement le droit à l'intervention majorée. Cela peut se traduire par une sous-protection et, potentiellement, par des différences injustifiées dans la protection des personnes vulnérables.

Sur la base de données administratives et d'enquête, il a été estimé qu'en 2019, au sein du groupe ne bénéficiant pas d'un droit automatique, seulement environ 30 % des bénéficiaires en âge de travailler et 65 % des bénéficiaires âgés de plus de 65 ans bénéficiaient effectivement de l'intervention majorée.³⁰ Le recours effectif est relativement plus élevée chez les personnes en moins bonne santé

et au sein des groupes les plus défavorisés. Par ailleurs, environ une personne sur trois en situation de pauvreté (35 % en 2021) ne bénéficiait pas de l'intervention majorée.²⁵

Un point connexe, mais qui dépasse le cadre de ce rapport, concerne la couverture par l'assurance maladie obligatoire elle-même. Ici aussi, des barrières juridiques, financières et administratives subsistent, de sorte qu'une couverture universelle de la population n'est pas atteinte.^{31, 32}

Comme indiqué précédemment, nous considérons, dans le cadre du présent avis, les mesures de protection actuelles comme données. Elles feront l'objet d'un examen approfondi par la Commission COSS au cours des prochains mois.

Constatation 5. Les contributions personnelles peuvent entraîner une inaccessibilité financière des soins de santé, en particulier pour les groupes vulnérables.

Les soins de santé sont considérés comme financièrement inaccessibles lorsque les personnes limitent ou reportent des soins nécessaires en raison de coûts (excessivement) élevés, ou lorsque les dépenses de santé empêchent que les besoins de base soient satisfaits.

En transférant les coûts vers les patients et les ménages, les contributions personnelles peuvent constituer une charge financière et engendrer des difficultés financières pour les personnes qui recourent aux soins de santé, en particulier celles ayant des besoins de soins élevés ou les ménages disposant de ressources limitées. Des recherches empiriques montrent en outre un lien évident entre une moins bonne santé et un statut socio-économique plus faible.^{2, 33}

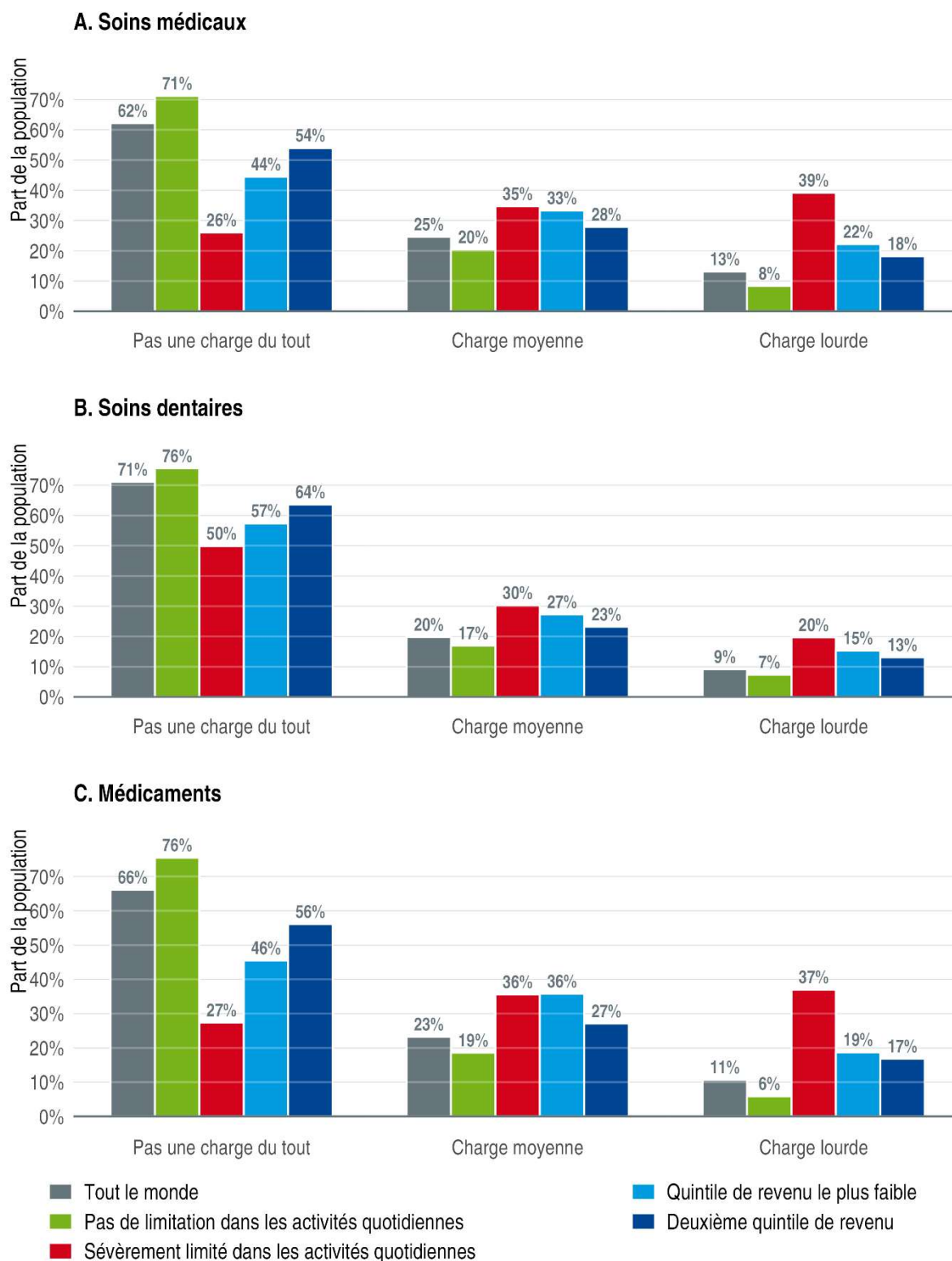
Selon l'enquête sur le budget des ménages, les dépenses de soins de santé représentaient en moyenne 4,8 % du budget des ménages en 2024.³⁴ Sur la base de cette même enquête, l'incidence des dépenses de santé catastrophiques peut également être déterminée. Il y a lieu d'en parler lorsque les contributions personnelles représentent plus de 40 % de la capacité d'un ménage à payer pour les soins de santé, définie comme la consommation totale du ménage diminuée d'un montant standard destiné à couvrir les besoins de base (alimentation, logement et services d'utilité publique).^{25, 32} Cette correction est nécessaire, car les ménages à faibles revenus consacrent une part plus importante de leurs ressources aux besoins de base et sont dès lors plus rapidement confrontés à une possible pondération entre les besoins de base et les soins de santé. En Belgique, l'incidence des dépenses de santé catastrophiques s'élevait à 3,8 % des ménages en 2022. Dans le quintile de revenus le plus faible, cette part était près de deux fois plus élevée (7,3 %). Les catégories de dépenses qui contribuent en moyenne le plus aux dépenses de santé catastrophiques sont les dispositifs médicaux, la physiothérapie/rééducation et les soins dentaires. Dans le quintile de revenus le plus faible, les contributions personnelles pour les médicaments ambulatoires jouent également un rôle important.

Les contributions personnelles peuvent, par ailleurs, créer un seuil financier au niveau de l'accès aux soins de santé, pouvant conduire les personnes à y renoncer ou à en retarder le recours (phénomène également désigné comme des besoins en soins non satisfaits), avec des conséquences potentiellement négatives pour leur santé. Sur la base des données EU-SILC de 2025, l'incidence des besoins en soins non satisfaits autodéclarés pour lesquels le coût constitue la principale raison s'élève à 0,8 % pour les soins médicaux et à 2,6 % pour les soins dentaires.³⁵ La part de la population confrontée à des besoins en soins non satisfaits est restée stable au cours des quatre dernières années, mais a connu une diminution significative sur les dix dernières années (2,2 % pour les soins médicaux en 2015 et 3,5 % pour les soins dentaires en 2015) et se situe désormais autour de la moyenne de l'UE-14. Le quintile de revenus le plus faible présente une incidence nettement plus élevée (pour les

soins médicaux : 7,0 % en 2015 et 2,3 % en 2025 ; pour les soins dentaires : 10,1 % en 2015 et 7,1 % en 2025), tandis que, dans le quintile de revenus le plus élevé, pratiquement aucun besoin en soins non satisfait pour des raisons financières n'a été déclaré.

Enfin, la FIGURE 9 illustre dans quelle mesure les coûts des soins de santé sont perçus comme une charge financière (EU-SILC, 2022), ventilés selon les limitations dans les activités quotidiennes et le niveau de revenu. Pour les trois catégories de soins (soins médicaux, soins dentaires et médicaments), une majorité de la population indique ne pas ressentir de charge financière. Toutefois, la mesure dans laquelle les soins de santé sont perçus comme une charge financière varie fortement selon l'état de santé et le niveau de revenu. Chez les personnes présentant une limitation sévère, la moitié d'entre elles, voire davantage, perçoivent les coûts des soins comme une charge financière modérée ou lourde. Il en va de même, dans le quintile de revenus le plus faible, pour les soins médicaux et les médicaments. Pour les soins médicaux, 62 % de l'ensemble des personnes déclarent ne pas ressentir de charge financière, contre 71 % parmi les personnes sans limitations et 26 % parmi les personnes avec des limitations sévères. Dans les deux quintiles de revenus les plus faibles, cette part s'élève respectivement à 44 % et 54 %. À l'inverse, 39 % des personnes présentant un handicap sévère déclarent éprouver une lourde charge financière, contre 22 % dans le quintile de revenus le plus faible et 13 % dans l'ensemble de la population. Un schéma similaire est observé pour l'achat de médicaments et, quoique de manière un peu moins marquée, pour les soins dentaires.

FIGURE 9 : Mesure dans laquelle les coûts des soins de santé constituent une charge financière (2022)



Source : EU-SILC

Constatation 6. Les besoins en soins ne suffisent pas à expliquer à eux seuls la consommation de soins.

Sur la base d'une analyse de l'équité dans l'utilisation des soins – définie comme l'existence de différences socio-économiques systématiques dans le recours aux soins qui subsistent après correction des besoins en soins –, nous constatons que le degré d'équité varie selon le type de soins.²

25

Le recours aux soins hospitaliers apparaît dans une large mesure équitable : après correction des différences au niveau de l'état de santé, il ne subsiste pratiquement plus de différences socio-économiques.

Pour les soins de médecine générale, des iniquités limitées sont constatées. Les personnes appartenant à des groupes financièrement vulnérables, compte tenu de leurs besoins en soins, franchissent moins facilement que prévu la première étape vers le médecin généraliste. En revanche, une fois le contact établi, le nombre de contacts est plus élevé que dans les groupes plus aisés. L'intervention majorée apparaît, dans ce contexte, comme une mesure efficace pour réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins de médecine générale. Une comparaison entre les personnes en situation de pauvreté avec et sans intervention majorée montre, après correction des besoins en soins, une consommation de soins nettement plus faible dans ce dernier groupe.

En revanche, pour les soins dentaires et les soins spécialisés, les gradients sociaux sont nettement marqués. Les personnes à faible revenu ou ayant un faible niveau de formation présentent, compte tenu de leurs besoins en soins, un pourcentage de contact plus faible. À l'opposé, les personnes ayant un niveau de formation élevé ou un revenu plus élevé ont davantage recours à ce type de soins. Par ailleurs, l'intervention majorée s'avère moins efficace pour réduire les seuils d'accès à ce type de soins.

Pour les soins urgents, un gradient social inversé est observé. Cela suggère que, pour certains groupes de population, les soins urgents jouent possiblement un rôle de substitut aux soins de médecine générale ou aux soins spécialisés.

6 LA VALEUR DES SOINS

6.1 DEFINITION ET OPERATIONNALISATION

Afin de faciliter l'application du VBID dans le contexte belge, la littérature relative aux *low-value care* constitue un point de départ pertinent.³⁶ La définition de *low-value care* telle qu'utilisée par la Commission européenne est la suivante :

"From a health system perspective, low-value care encompasses overuse, misuse and underuse of healthcare services (for example, prevention, diagnostics, treatment, medication). Overuse and/or misuse comprise the delivery of harmful, ineffective, inappropriate, or not cost-effective healthcare services. Underuse refers to healthcare services not provided or used despite being necessary. Low-value care can lead to negative consequences for patients, their caregivers, the healthcare workforce, the health system as a whole and the wider environment."

Une distinction est dès lors établie entre sous-consommation, surconsommation et usage abusif des soins de santé. Cette note met l'accent sur la sur-utilisation, pour laquelle des tickets modérateurs plus élevés peuvent être utilisés afin de freiner l'utilisation des soins concernés.

Ce raisonnement reconnaît que les structures et modalités de paiement jouent un rôle important dans la facilitation des *low-value care*. Le couplage entre les tickets modérateurs et la valeur des interventions de soins est au cœur du VBID.³⁷ Idéalement, une distinction est également opérée entre différents groupes de patients.³⁸ Ainsi, une coloscopie préventive est de "plus grande valeur" chez un homme de 55 ans ayant un parent du premier degré atteint d'un cancer du côlon que chez un homme de 35 ans sans antécédents familiaux de cancer du côlon. En Belgique, la nomenclature actuelle limite la mesure dans laquelle le VBID peut être implémenté.

L'implémentation du VBID intervient principalement aux États-Unis, mais son acceptabilité a également été examinée et démontrée, notamment en Suisse.³⁹

6.2 IDENTIFICATION DE LA SURCONSOMMATION

Il est estimé que jusqu'à 30 % de l'ensemble des tests médicaux, traitements et procédures n'apportent aucune plus-value thérapeutique, voire sont préjudiciables pour les patients.⁴⁰ Bien que la lutte contre la surconsommation soit largement reconnue comme un moyen d'améliorer l'efficacité du système de santé, l'identification de la surconsommation demeure un défi. Dans ce contexte, il est pertinent et nécessaire d'assumer cette mission, notamment au regard de l'attention croissante portée à l'efficacité et à l'efficacité des soins de santé dans un contexte de restrictions budgétaires.^{41, 42} Les actions ciblant la surconsommation des soins permettent de réallouer des ressources au profit de la santé de la population.⁴³ Les différentes méthodes permettant d'identifier la surconsommation, ainsi que les initiatives nationales et internationales existantes en la matière, sont examinées plus en détail ci-après. L'avis de la Commission COSS de juin fournira davantage d'informations sur les initiatives relatives aux soins appropriés (*appropriate care*). Nous nous limitons ici à quelques éléments d'analyse pertinents pour le débat sur les tickets modérateurs.

6.2.1 Performance du système de santé

Les *low-value care*, notamment abordés sous les notions de soins appropriés, de soins sûrs et d'efficacité des soins de santé, sont utilisés pour évaluer et comparer les systèmes de santé. En Belgique, le KCE a évalué le système de santé en 2024, en identifiant notamment les indicateurs suivants de soins appropriés pouvant être liés à la surconsommation :²⁵

- Consommation d'antibiotiques (total DDD/1.000 habitants/jour)
- Consommation d'antibiotiques – au moins une fois par an (% de la population)
- Imagerie de la colonne vertébrale (radiographie, CT-scan, IRM par 100.000 habitants)
- Césariennes (par 1.000 enfants nés en vie)
- Patients atteints d'un cancer du testicule à un stade précoce (séminome) recevant un traitement adjuvant après chirurgie (% des patients atteints d'un cancer du testicule de stade I traités par orchidectomie)
- Low-care dialyse (% des hôpitaux avec ≥ 40 % de dialyses) (*sous-consommation*)
- Consommation d'antidépresseurs (total DDD/1.000 habitants/jour)
- Consommation d'antidépresseurs (% de la population adulte, au moins une fois par an)
- Consommation à court terme d'antidépresseurs (% de la population adulte traitée par antidépresseurs)
- Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la population âgée de 65 ans et plus)
- Consommation d'antipsychotiques ≥ 1 DDD en centres de soins résidentiels pour personnes âgées (% des résidents âgés de 65 ans et plus)
- Consommation d'antidépresseurs ≥ 1 DDD en centres de soins résidentiels pour personnes âgées (% des résidents âgés de 65 ans et plus)
- Consommation d'antipsychotiques ≥ 1 DDD en dehors des centres de soins résidentiels pour personnes âgées (% de la population âgée de 65 ans et plus)
- Consommation d'antidépresseurs ≥ 1 DDD en dehors des centres de soins résidentiels pour personnes âgées (% de la population âgée de 65 ans et plus)
- Polypharmacie chez les personnes âgées
(5 médicaments ou plus à une dose annuelle supérieure à 80 DDD)
(% de la population âgée de 65 ans et plus)

LES EVALUATIONS INTERNATIONALES DES SYSTEMES DE SANTE INCLUENT EGALEMENT DES SETS D'INDICATEURS PLUS ETENDUS. CETTE LISTE EST REPRISE DANS LE ANNEXE 1 : INDICATEURS LOW-VALUE

TABLEAU A. 1 en Annexe 1.

6.2.2 *Choosing Wisely*

Dans le sillage des États-Unis, des campagnes internationales “*Choosing Wisely*” ont été développées afin d’aider les médecins et les patients à entamer des discussions sur les soins inutiles et, de cette manière, à faire des *choix (plus) judicieux*. Bien que la campagne ait récemment été arrêtée aux États-Unis, *Choosing Wisely* s’est étendue à 35 pays. En Europe, *Choosing Wisely* est présent en Espagne, en France, en Allemagne, en Suède, en Suisse, au Danemark, en Islande, en Norvège, en Autriche, en Finlande, au Portugal et aux Pays-Bas.⁴⁰ Dans chaque pays, les associations de médecins nationales élaborent, sur la base de la littérature scientifique, (le plus souvent cinq) *des recommandations fondées* sur des preuves (evidence-based) afin de réduire la surconsommation des soins. Le Top 15 des recommandations issues des campagnes internationales est énuméré ci-après :

- Ne pas réaliser d’examens de laboratoire quotidiens de manière routinière en l’absence d’une indication clinique claire.
- Ne pas prescrire d’antibiotiques en cas d’infections des voies respiratoires supérieures, sauf en présence de signes clairs d’une infection bactérienne secondaire.
- Ne pas demander de CT-scan cérébral chez les patients adultes avec une syncope simple en l’absence de prédicteurs de haut risque.
- Ne pas réaliser d’imagerie chez les patients présentant une -lombalgie au cours des six premières semaines, sauf en présence de signaux d’alerte (red flags).
- Ne pas mesurer -les taux de vitamine D de manière routinière chez les adultes à faible risque.
- Ne pas maintenir un traitement prolongé par inhibiteurs de la pompe à protons -(IPP) pour des symptômes gastro-intestinaux sans tenter, au moins une fois par an, d’arrêter ou de réduire les IPP chez la plupart des patients.
- Ne pas utiliser d’agents antimicrobiens pour traiter une bactériurie chez les personnes âgées, sauf en présence de symptômes urinaires spécifiques.
- Ne pas poser ni maintenir de sondes vésicales pour des raisons d’incontinence, de commodité ou de surveillance chez des -patients non critiques.
- Ne pas utiliser d’antipsychotiques comme traitement de première intention des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
- Ne pas effectuer d’examens médicaux généraux annuels chez les adultes asymptomatiques sans facteurs de risque significatifs.
- Ne pas poursuivre un traitement médicamenteux intraveineux lorsqu’un traitement oral ou entéral alternatif est tout aussi sûr et efficace.
- Ne pas réaliser de tests préopératoires de routine avant des interventions chirurgicales à faible risque.
- Ne pas utiliser les benzodiazépines ni autres hypnotiques sédatifs comme traitement de première intention de l’insomnie, de l’agitation ou du délire chez les personnes âgées.
- Ne pas transfuser plus d’une unité de globules rouges à la fois lorsque la transfusion est indiquée chez des patients stables et non -hémorragiques.

- Ne pas réaliser de tests sanguins de dépistage annuels, sauf si ceux-ci sont directement indiqués par le profil de risque du patient.

Les recommandations, notamment pour les Pays-Bas⁴⁴ et l'Allemagne⁴⁵, sont consultables publiquement ; en outre, il existe également plusieurs initiatives *Choosing Wisely* en France. En Belgique, la campagne *Choosing Wisely* n'a pas été instaurée. Il apparaît qu'il existe de fortes différences entre ces pays. D'une part, les spécialités médicales pour lesquelles des recommandations sont disponibles diffèrent selon les pays ; d'autre part, les recommandations formulées pour une même spécialité varient également d'un pays à l'autre. Cela suggère que, si des recommandations issues de pays individuels sont envisagées pour identifier des "*low-value care*" – idéalement –, celles-ci doivent être confrontées et adaptées au contexte belge. La liste internationale synthétique présentée ci-dessus peut dès lors servir de point de départ.

Grâce à l'implication des associations de médecins, les recommandations *Choosing Wisely* bénéficient d'un large soutien. Toutefois, la publication de listes "Top 5" n'a pas permis de réduire le recours aux *low-value care*.⁴⁶ Des formes d'intervention plus actives ciblant les *low-value care* se révèlent généralement plus efficaces, notamment les visites d'information, les audits et feedback, ainsi que les alertes intégrées dans les logiciels.⁴⁷⁻⁵¹ Ces outils nécessitent cependant un suivi et/ou ne peuvent pas être déployés pour l'ensemble des services de soins. Une augmentation des tickets modérateurs peut dès lors jouer un rôle complémentaire, en parallèle à d'autres initiatives visant à réduire les *low-value care*.

6.2.3 Variation de pratique

Une forte variation au niveau des soins de santé entre établissements de soins, dispensateurs de soins et selon les caractéristiques des patients *peut constituer un signal de low-value care*. Il est toutefois souvent difficile, dans des cas spécifiques, de déterminer s'il s'agit d'une sous-consommation ou surconsommation de soins de santé. Un aperçu détaillé des variations de pratiques en Belgique peut être consulté [ici](#).⁵² Il convient toutefois de noter qu'une augmentation généralisée du ticket modérateur pour des composantes de soins présentant une forte variabilité peut également avoir pour effet de freiner la dispense de soins par des dispensateurs de soins fournissant pourtant une quantité de soins optimale (par exemple).

6.2.4 Facteurs institutionnels

Dans certains cas, des aspects institutionnels de la pratique des soins peuvent conduire à une surconsommation des soins. Un exemple spécifique de mesure visant à lutter contre ce phénomène est l'évolution vers la prescription et la délivrance d'antibiotiques sur la base de la quantité exacte nécessaire pour la durée du traitement, plutôt que sur la base du conditionnement complet.⁵³ Dans le même ordre d'idées, on peut citer, par exemple, les prescriptions de kinésithérapie, pour lesquelles le nombre de séances est déterminé à l'avance alors que le besoin réel en soins n'est pas encore établi avec certitude, ce qui peut conduire à une surconsommation. Dans une telle situation, les tickets modérateurs peuvent freiner le recours aux soins. Parallèlement, le rôle de la réglementation dans ce contexte ne doit pas être sous-estimé.

7 PISTES POSSIBLES POUR UNE AUGMENTATION DU TICKET MODÉRATEUR

L'augmentation du ticket modérateur étant considérée comme un fait acquis, les propositions se limitent explicitement aux modalités possibles de cette adaptation. Il est important de souligner que, en principe, les mesures axées sur l'offre ou les interventions au sein de l'organisation des soins sont souvent plus efficaces pour réduire les *low-value care*. L'augmentation des tickets modérateurs peut constituer une incitation comportementale limitée, mais les améliorations structurelles des processus de soins, des directives cliniques et de la coordination des soins sont généralement plus efficaces pour réduire ou prévenir les soins inappropriés ou superflus.

Dans ce chapitre, nous exposons tout d'abord les principes que nous appliquons dans le cadre de l'augmentation des tickets modérateurs afin de clarifier les considérations qui sous-tendent nos choix. Nous abordons ensuite les ajustements possibles du ticket modérateur, en expliquant les avantages et les inconvénients de chaque proposition.

7.1 PRINCIPES RÉGISSANT L'AUGMENTATION DU TICKET MODÉRATEUR

Protection des patients vulnérables

Lorsque nous proposons des augmentations des tickets modérateurs, nous travaillons dans le cadre actuel des mesures de protection. Dans toutes les propositions décrites et chiffrées ci-dessous d'augmentation des tickets modérateurs ainsi que dans les alternatives, les bénéficiaires de l'intervention majorée sont exonérés. Cette exonération s'applique à toutes les formes de soins relevant de ce statut de protection. Cela garantit que les obstacles financiers ne limitent pas davantage l'accès aux soins nécessaires pour les groupes vulnérables. Indirectement, cela peut également entraîner une baisse du non-recours à l'intervention majorée en raison des différences croissantes de ticket modérateur entre les patients bénéficiant ou non d'une intervention majorée.

Protection de la prévention et des soins de première ligne

L'un des principes fondamentaux lors de l'introduction ou de l'augmentation des tickets modérateurs est que les soins préventifs et les soins de première ligne soient préservés autant que possible. Des tickets modérateurs plus élevés dans ces domaines peuvent dissuader les patients de consulter à temps, ce qui peut entraîner une aggravation des affections et des interventions (hospitalières) qui auraient pu être évitées. C'est pourquoi il est essentiel que les tickets modérateurs dans la première ligne et pour les soins préventifs restent nettement inférieurs à ceux des soins plus spécialisés ou plus lourds, afin que la barrière financière ne compromette pas le recours à des soins opportuns et adaptés. Cela permet également d'éviter des effets de substitution indésirables, dans lesquels les patients se détourneraient de soins facilement accessibles au profit de soins plus lourds.

Différenciation en fonction de la valeur des soins

Le principe consistant à différencier les tickets modérateurs en fonction de la valeur des soins est en soi logique : les soins présentant une grande pertinence clinique et une efficacité prouvée seraient alors soumis à un ticket modérateur moins élevé, tandis que les soins de faible valeur seraient soumis

à des tickets modérateurs relativement plus élevés. Cela favorise le recours aux soins qui contribuent réellement à l'amélioration de la santé et réduit les soins superflus ou inefficients. Dans la pratique, il s'avère toutefois que cela peut être mieux géré par des mesures axées sur l'offre, telles que des directives, des normes de soins ou des mécanismes de financement. De plus, dans les faits, lier le ticket modérateur à la valeur des soins nécessite des analyses approfondies par type de prestation, car la pertinence clinique et l'impact potentiel sur les résultats pour les patients peuvent varier considérablement d'une prestation à l'autre. Sans ces informations détaillées, le risque est grand que les incitations financières n'aient pas l'effet escompté ou que des soins essentiels soient involontairement découragés.

Cohérence et transparence

Une bonne politique en matière de tickets modérateurs contribue à la cohérence et à la transparence, ce qui influence également le comportement et les choix des patients. La cohérence garantit que pour des formes de soins comparables, quel que soit le cadre ou l'organisation, la contribution des patients soit similaire, ce qui permet d'éviter des transferts indésirables entre les formes de soins. La transparence signifie que les tickets modérateurs et leur application sont clairs et compréhensibles, afin que les patients puissent faire des choix éclairés concernant leur recours aux soins.

Faisabilité et applicabilité dans le cadre existant

Lors de la formulation de propositions d'augmentation des tickets modérateurs, il a fallu tenir compte de la faisabilité pratique à court terme. Compte tenu du délai limité de cette mission, il n'a pas été possible d'élaborer des propositions nécessitant des adaptations de la nomenclature (par exemple, la création de nouveaux codes). Le calendrier imposé ne laissait que peu de marge pour évaluer des solutions alternatives plus complexes. L'accent est donc mis sur des mesures pouvant être appliquées dans le cadre du système actuel. Lorsque cela s'avère pertinent, quelques exemples illustratifs d'ajustements plus structurels sont néanmoins fournis, sans toutefois qu'ils soient chiffrés.

Ajustement en pourcentage

Lors de l'augmentation des tickets modérateurs, il est préférable d'appliquer une augmentation en pourcentage plutôt qu'un montant fixe par prestation. Ce principe garantit que l'effort financier est réparti de manière proportionnelle entre les différentes formes de soins, et, au sein d'une même forme de soins, entre les codes de nomenclature sélectionnés, quel que soit le montant initial du ticket modérateur pour une prestation. Une approche en pourcentage évite que les prestations relativement moins coûteuses ne soient grevées de manière disproportionnée par un montant fixe, et garantit que l'augmentation reste proportionnelle pour les patients. Il est important de souligner que nous proposons de maintenir le principe actuel de définir les tickets modérateurs comme des montants fixes. Il ne s'agit pas de passer à un système dans lequel les tickets modérateurs constitueraient structurellement un pourcentage du coût de la prestation. Le pourcentage proposé sert uniquement de référence pour l'augmentation du montant fixe.

7.2 PROPOSITIONS D'AJUSTEMENT DU TICKET MODÉRATEUR

7.2.1 Méthode

Pour l'élaboration des ajustements possibles des tickets modérateurs, nous avons utilisé les données de prestations de 2024 de la Mutualité chrétienne. Étant donné que ces données couvrent environ

40 % de la population belge, les résultats ont été extrapolés à l'ensemble de la population en les multipliant par un facteur de 2,5. Les codes de nomenclature pertinents sont repris par proposition à l'Annexe 2. Le calcul de la proposition relative à l'harmonisation des tickets modérateurs pour les hospitalisations de jour et les hospitalisations classiques (voir la première proposition à la section 7.2.2) repose sur les données de l'Agence Intermutualiste (AIM).

Dans le calcul de l'augmentation du ticket modérateur, il n'est pas tenu compte des effets du maximum à facturer. Cela peut conduire à une surestimation de l'impact financier pour les patients, étant donné que le maximum à facturer fixe un plafond pour le montant total annuel des tickets modérateurs. Dès que ce plafond est atteint, les frais supplémentaires sont remboursés, de sorte que les tickets modérateurs additionnels ne constituent plus une charge supplémentaire. Pour évaluer correctement ces effets, des microsimulations sont toutefois nécessaires : celles-ci consistent à simuler les données individuelles des patients (telles que l'utilisation des soins, les revenus et les dépenses cumulées) afin de déterminer qui atteint le plafond et dans quelle mesure l'augmentation du ticket modérateur a un impact réel. Seules des analyses aussi détaillées permettent d'estimer avec précision l'impact budgétaire et social réel. Cela n'a toutefois pas été possible dans le délai imparti pour cette mission.

De même, dans l'élaboration des propositions relatives au ticket modérateur, il n'est pas tenu compte des éventuels changements de comportement des patients ou des prestataires de soins. Cela signifie que les calculs et les illustrations se limitent à l'impact financier direct de l'ajustement du ticket modérateur, en partant du principe que les patients ne modifieraient pas leur recours aux soins ni les prestataires de soins leur pratique en réaction à une augmentation des tickets modérateurs.

Compte tenu de ces limites, il est évident que les recettes estimées des mesures proposées ne doivent être considérées que comme une première approximation. Afin de ne pas donner une fausse impression de précision, nous présentons des montants arrondis dans les tableaux.

7.2.2 Propositions

Lors de la prise de décision concernant les augmentations des tickets modérateurs, il convient toujours de mettre en balance les différents avantages et inconvénients. Les données scientifiques contribuent à mieux évaluer ces avantages et inconvénients, mais l'importance relative accordée aux différents éléments reste un choix qui doit être posé par les décideurs politiques. L'avis de la Commission COSS doit donc être lu dans cette perspective : il s'agit d'un avis.

Les propositions 1 à 4 ont la préférence de la Commission COSS. Pour certaines de ces propositions, des variantes ont en outre été calculées. Les propositions qui viennent ensuite peuvent être considérées comme des pistes alternatives, mais ne retiennent pas la préférence de la Commission COSS. Parmi ces propositions alternatives, certaines ont fait l'objet de calculs, tandis que d'autres n'en ont pas fait l'objet ; cela tient au fait que certaines n'ont qu'un impact financier très limité, que d'autres nécessitent au contraire des calculs plus complexes, et que certaines propositions exigent en outre une adaptation de la nomenclature.

1. Harmonisation du ticket modérateur pour les prestations en hospitalisation de jour et en hospitalisation classique

Mesure	Ticket modérateur	Ticket modérateur Montant moyen	Nombre de codes
--------	-------------------	------------------------------------	-----------------

	Montant total	par code de nomenclature	
Harmonisation du ticket modérateur pour l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation classique	11 500 000 €	10 €	10

En cas d'hospitalisation classique, un patient paie plusieurs montants forfaitaires. Pour les frais de séjour, le patient paie une « intervention personnelle ». Celle-ci est fixée par la loi et son montant dépend du statut du patient et de la durée de l'hospitalisation.

Statut du patient	Coût du jour 1	Coût du jour 2 au jour 90	Coût à partir du jour 91
Avec intervention majorée	7,32 €	7,32 €	7,32 €
Chômeurs de longue durée (>12 mois)	34,59 €	7,32 €	7,32 €
Assurés ordinaires			
Avec enfants à charge	47,88 €	20,61 €	7,32 €
Sans enfants à charge	47,88 €	20,61 €	20,61 €
Enfants à charge	34,59 €	7,32 €	7,32 €

En revanche, pour les admissions en hôpital de jour, aucune participation personnelle n'est facturée pour la journée d'hospitalisation, bien que ce type de soins utilise également l'infrastructure hospitalière, le personnel et le soutien logistique. Cette asymétrie soulève des questions quant à la cohérence et à l'équité de la contribution du patient entre les différentes formes d'hospitalisation.

De plus, pour chaque hospitalisation classique, un hôpital peut facturer quatre montants forfaitaires, même si le patient ne fait pas usage des services concernés :

- Forfait de biologie clinique : ce forfait s'élève à 7,44 € pour les assurés ordinaires. Les personnes ayant droit à l'intervention majorée ne paient rien.
- Forfait imagerie médicale : les assurés ordinaires paient 6,20 € pour ce forfait. Pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée, ce montant s'élève à 1,98 €.
- Forfait service de garde médical et prestations techniques : un forfait de 16,40 € est facturé par admission pour les prestations techniques. Les personnes bénéficiant d'une intervention majorée ne paient rien.
- Forfait médicaments : 0,62 € est facturé par jour d'hospitalisation pour les médicaments remboursables.

Ces forfaits ne s'appliquent pas aux hospitalisations de jour. Pour les médicaments, le ticket modérateur est facturée sur la base des médicaments réellement utilisés, par analogie avec le régime dans les pharmacies publiques. De même, pour l'imagerie médicale par exemple, le ticket modérateur n'est facturé que pour les prestations effectivement réalisées.

Ces différences entraînent une certaine incohérence dans la contribution financière des patients, qui varie en fonction du mode d'organisation des soins. Une plus grande harmonisation entre les deux systèmes pourrait contribuer à la mise en place d'un cadre de financement plus simple et plus cohérent, dans lequel les incitations financières dépendraient moins de la manière dont les soins sont organisés.

Dans ce contexte, on pourrait envisager d'appliquer une participation aux frais limitée pour la « journée d'hospitalisation » dans les hôpitaux de jour chirurgicaux et non chirurgicaux. Il convient toutefois d'exclure les hôpitaux de jour oncologiques, car cette forme de soins consiste généralement en des séries de traitements (tels que la chimiothérapie ou l'immunothérapie). Même une contribution personnelle limitée peut, dans ce cas, entraîner des coûts cumulés considérables et un risque accru de renoncement aux soins. Un raisonnement similaire peut s'appliquer aux forfaits pour les douleurs chroniques, où les traitements sont souvent répétés et peuvent donc également entraîner des coûts croissants pour le patient. Pour l'hôpital de jour non chirurgical, seuls les forfaits 1 à 7 sont pris en compte. La proposition consiste à introduire un ticket modérateur de 10 €. Le montant exact de cet ticket modérateur relève toutefois d'un choix politique et peut être adapté en fonction d'objectifs plus larges. Le montant choisi permet par exemple de compenser d'éventuelles augmentations d'autres tickets modérateurs.

Dans le même temps, il convient d'être vigilant quant aux éventuels effets secondaires. Le choix du cadre de soins doit avant tout être déterminé par des considérations cliniques et organisationnelles, et non être dicté par des différences de ticket modérateur. Il est donc important d'éviter que des incitations financières ne faussent l'utilisation des soins et n'entraînent un transfert indésirable des soins. Une condition importante est que cela ne compromette pas le passage des hospitalisations classiques vers les hospitalisations de jour. L'hôpital de jour doit en tout état de cause rester financièrement plus avantageux qu'une hospitalisation classique.

Dans cette optique, il est essentiel, dans le cadre de la recherche d'une harmonisation du ticket modérateur entre l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation classique, de conserver une vue d'ensemble complète des coûts. Les conséquences de la mise en œuvre de cette mesure doivent donc être suivies de près.

2. Augmentation du ticket modérateur chez les médecins spécialistes

Mesure	Ticket modérateur Montant total	Ticket modérateur Montant moyen par code de nomenclature	Nombre de codes
+20 %	62 000 000 €	2,4 €	127

Une augmentation de 20 % du ticket modérateur pour les consultations chez les spécialistes peut présenter plusieurs avantages. Elle peut avoir un effet modérateur sur la surconsommation de soins spécialisés, dans la mesure où les patients font des choix plus conscients quant au moment où ils consultent un spécialiste. Cette mesure peut également envoyer un signal quant à l'importance des soins sur mesure : les patients présentant des symptômes légers sont incités à commencer par consulter les soins de première ligne, ce qui permet de réserver les soins spécialisés aux cas plus complexes.

Dans le même temps, une augmentation de 20 % du ticket modérateur chez les spécialistes présente également des inconvénients. Un effet immédiat pourrait être que les patients reportent ou évitent des soins nécessaires en raison des coûts plus élevés, ce qui peut entraîner une aggravation des problèmes de santé et, au final, une augmentation des coûts de santé à long terme. Cette mesure peut en outre créer des inégalités sociales : les personnes à faibles revenus sont relativement plus touchées, ce qui peut entraîner une accessibilité réduite aux soins spécialisés pour les groupes vulnérables. Pour les personnes ayant droit à l'intervention majorée, cela ne pose toutefois pas de problème, car l'augmentation du ticket modérateur ne s'applique pas à elles. Par ailleurs, l'effet sur la réduction des consultations superflues est potentiellement limité, car de nombreux soins spécialisés ne peuvent pas être reportés facilement sans risque. Une augmentation du ticket modérateur pour les médecins spécialistes peut accroître la pression sur les soins de première ligne, alors qu'il existe une capacité suffisante (voire davantage) au sein de la plupart des soins spécialisés. Le ticket modérateur n'est toutefois pas un instrument approprié pour rétablir cet équilibre.

Afin d'éviter que la différence de ticket modérateur entre le spécialiste et le médecin généraliste ne devienne trop importante, on pourrait envisager d'introduire une augmentation limitée du ticket modérateur pour le médecin généraliste (voir point 5.2 ci-dessous). Il convient toutefois de faire preuve de prudence en ce qui concerne l'accessibilité des soins de première ligne.

Variantes possibles

Plusieurs variantes sont envisageables pour cette mesure linéaire. Une première variante de la mesure consiste à exclure les spécialistes de première ligne de l'augmentation du ticket modérateur. Si, par exemple, les gynécologues, les pédiatres, les dermatologues, les oto-rhino-laryngologistes, les ophtalmologues et les psychiatres faisaient partie des spécialistes de première ligne, le montant total de l'augmentation du ticket modérateur baisserait à 32 000 000 €. L'avantage de cette variante est qu'elle préserve l'accessibilité à cette forme de soins de santé très sollicitée. Un inconvénient réside toutefois dans le fait qu'il n'est pas clair quels spécialistes devraient exactement être considérés comme relevant des soins de première ligne. Cela soulève la question de savoir quelles consultations seraient effectivement exclues de l'augmentation du ticket modérateur et complique la mise en œuvre concrète de la mesure, car cela peut entraîner une complexité administrative dans la délimitation des spécialistes concernés ou non par la mesure. Une question importante concernant cette variante est en outre de savoir s'il est souhaitable que ces spécialistes de première ligne soient effectivement consultés en premier lieu. Un point essentiel à cet égard est la place de ces spécialistes au sein de la structure des soins : font-ils partie des services de première ligne, ou les patients doivent-ils plutôt consulter leur médecin généraliste ? Cela touche à la politique plus large de coordination des soins et à la promotion du choix approprié du prestataire de soins ou du cadre de soins.

Une deuxième variante de la mesure prévoit que le ticket modérateur pour les consultations chez un spécialiste ne soit augmenté que lorsqu'il n'y a pas de prescription d'un médecin généraliste. L'avantage de cette approche est qu'elle incite les patients à consulter d'abord leur médecin généraliste, ce qui améliore la coordination des soins et limite les consultations inutiles chez un spécialiste. Dans le même temps, l'accessibilité est préservée pour les patients munis d'une prescription, ce qui évite de décourager les soins nécessaires. Un inconvénient potentiel réside dans la complexité accrue de la mise en œuvre, car il faut déterminer clairement quand une prescription est valide et enregistrée correctement sur le plan administratif. Aucun calcul n'est disponible pour cette variante, car les données nécessaires ne figurent pas actuellement dans la nomenclature.

Une troisième variante consiste à augmenter le ticket modérateur d'un montant fixe plutôt que d'une augmentation en pourcentage. Une augmentation de 1 € (passant ainsi de 12 € actuellement à 13 €) rapporterait environ 26 000 000 €.

3. Augmentation du ticket modérateur pour la biologie clinique

Mesure	Ticket modérateur Montant total	Ticket modérateur Montant moyen par code de nomenclature	Nombre de codes
+25 %	35 000 000 €	1,01 €	14

En augmentant le ticket modérateur, les patients peuvent faire des choix plus conscients lorsqu'ils demandent des analyses de laboratoire et éviter ainsi des répétitions potentiellement inutiles. Cela peut mettre en avant que tous les tests ne sont pas automatiquement nécessaires, ce qui incite les patients à se montrer plus critiques et à en discuter avec leur médecin généraliste. Dans le chapitre consacré aux *low-value care* (chapitre **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**), plusieurs exemples sont cités dans les domaines de la biologie clinique et de l'imagerie médicale (voir point 4).

En biologie clinique, la décision de demander un examen revient en pratique dans une large mesure au médecin (généraliste), qui agit en tant que « gardien » et détermine, sur la base de considérations cliniques, si des tests sont indiqués et lesquels. Il s'agit souvent de décisions médico-techniques pour lesquelles le patient dispose lui-même d'informations limitées pour en évaluer correctement la nécessité. De ce fait, le patient n'a généralement que peu de pouvoir de décision direct quant à la réalisation ou non d'examens de laboratoire. Ce n'est que dans les situations où les patients insistent explicitement pour obtenir des examens complémentaires – parfois même contre l'avis du médecin – que le patient peut exercer une certaine influence. Dans la plupart des cas, le patient suit l'avis médical du médecin. Il peut toutefois y avoir un effet indirect, lorsque les médecins généralistes adaptent leur comportement parce qu'ils sont conscients de l'impact financier pour le patient. Cet effet est probablement plutôt limité. Il pourrait être renforcé si les médecins informaient systématiquement leurs patients des tickets modérateurs liés aux examens complémentaires.

Variante possible

Une piste alternative possible consiste à n'augmenter le ticket modérateur pour la biologie clinique que dans les situations où le patient demande lui-même des examens supplémentaires, et non lorsque l'initiative émane du médecin sur la base d'une nécessité clinique. L'avantage de cette approche est qu'elle s'attaque de manière plus ciblée à la surconsommation potentielle résultant de soins induits par la demande, tout en garantissant que les examens nécessaires, indiqués par le médecin, restent financièrement accessibles. On évite ainsi de créer des obstacles financiers à des diagnostics médicalement justifiés, tout en intégrant une incitation à limiter les demandes non motivées par des raisons cliniques.

Dans le même temps, cette variante se heurte à d'importantes contraintes pratiques. Dans la nomenclature actuelle, aucune distinction n'est faite entre les examens à l'initiative du patient et ceux à l'initiative du médecin, ce qui ne permet pas de traiter ces situations différemment. Il en résulte qu'une telle mesure ne peut aujourd'hui être calculée ou mise en œuvre sans procéder au préalable à des adaptations de la nomenclature et des systèmes d'enregistrement. De plus, il peut s'avérer difficile

dans la pratique de déterminer objectivement quand un examen est effectivement réalisé à la demande du patient, ce qui ajoute de la complexité à la situation. Un autre risque est l'apparition d'une médecine à deux vitesses, dans laquelle les patients financièrement aisés pourraient, à leur demande, recourir de manière disproportionnée aux examens médicaux.

4. Augmentation du ticket modérateur pour l'imagerie médicale

Mesure	Ticket modérateur Montant total	Ticket modérateur Montant moyen par code de nomenclature	Nombre de codes
+25 %	19 000 000 €	0,62 €	553

Les arguments pour et contre une augmentation du ticket modérateur pour l'imagerie médicale sont à bien des égards comparables à ceux concernant la biologie clinique. Ici aussi, la décision de demander un examen revient en pratique en grande partie au médecin prescripteur, généralement le médecin généraliste ou le spécialiste qui renvoie le patient, tandis que le patient lui-même n'a qu'un pouvoir de décision limité. Une augmentation du ticket modérateur peut inciter les patients à réfléchir de manière critique à la nécessité des examens d'imagerie et ainsi limiter les demandes superflues, mais l'effet reste largement dépendant du comportement de prescription du médecin.

Les propositions 1 à 4 génèrent un montant total de tickets modérateurs de 126 000 000 €.

5. Propositions alternatives

Comme mentionné précédemment dans ce texte, les propositions alternatives ne sont pas privilégiées par la COSS.

5.1. Part personnelle en cas d'hospitalisation (montant par jour)

Mesure	Ticket modérateur Montant total	Ticket modérateur Montant moyen par code de nomenclature	Nombre de codes
+10 %	13 500 000 €	2,28 €	19

Un argument important contre une augmentation du ticket modérateur est que les patients n'ont guère de liberté de choix lorsqu'il s'agit de décider d'une hospitalisation et que les hospitalisations présentent donc une faible élasticité-prix. Cela signifie que les patients sont relativement insensibles aux variations de prix : même en cas d'augmentation du ticket modérateur, leur comportement change souvent à peine. Dans la pratique, une augmentation du ticket modérateur aura donc probablement peu d'effet sur le nombre d'hospitalisations, car la décision de recourir aux soins est largement déterminée par la nécessité médicale et l'avis du médecin, et non par l'incitation financière pour le patient. L'effet limité sur les comportements s'applique bien sûr également à l'augmentation du ticket modérateur prévue dans la proposition 1, mais cette mesure est avant tout motivée par la nécessité d'une plus grande cohérence et d'une plus grande transparence. C'est précisément dans cette optique de cohérence que la Commission COSS privilégie une augmentation du ticket modérateur en cas d'hospitalisation de jour.

5.2. Augmentation du ticket modérateur chez le médecin généraliste

Mesure	Ticket modérateur Montant total	Ticket modérateur Montant moyen par code de nomenclature	Nombre de codes
+10 % avec et sans DMG	14 500 000 €	0,40 €	4
+1 € avec et sans DMG	36 000 000 €	1 €	4
+10 % sans DMG	270 000 €	0,60 €	4

Le tableau ci-dessus établit une distinction entre une augmentation en pourcentage (+10 %) et une augmentation d'un montant fixe (+1 €) pour les patients avec et sans DMG.

L'augmentation en pourcentage a également été calculée séparément exclusivement pour les patients sans DMG, car le système vise à récompenser le fait d'avoir un DMG. Le DMG incite les patients à consulter un médecin généraliste attiré et à constituer un dossier médical complet, ce qui favorise la continuité, la coordination et la qualité des soins. En 2023, 88,1 % de la population belge disposait d'un DMG, avec de grandes différences entre les régions (91,4 % en Flandre, 74,5 % dans la Région de Bruxelles-Capitale et 86,5 % en Wallonie). Cette mesure ne génère que peu de recettes supplémentaires, car une grande partie de la population dispose d'un DMG. Il convient également de noter qu'en cas d'augmentation homogène (que ce soit de 1 € ou de 10 %) des tickets modérateurs chez le médecin généraliste, la différence existante de ticket modérateur entre les patients avec et sans DMG serait maintenue.

Un argument important contre une augmentation du ticket modérateur chez le médecin généraliste est l'accessibilité : des coûts plus élevés peuvent constituer un obstacle financier à la consultation d'un médecin généraliste, en particulier pour les groupes vulnérables (autres que les patients bénéficiant de l'intervention majorée, car l'augmentation ne s'applique pas à eux). Ceci est notamment important en raison du taux de non-recours considérable à l'intervention majorée, malgré le respect des conditions de ce statut (voir également la constatation 4 au chapitre **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** de la présente note). Cela peut conduire à ce que des soins nécessaires soient reportés ou évités, avec des conséquences néfastes pour la santé de ces patients. En outre, une augmentation du ticket modérateur peut nuire aux soins préventifs : les consultations de dépistage précoce, les vaccinations ou le suivi des maladies chroniques seraient plus rapidement reportés, ce qui, à long terme, peut entraîner des problèmes de santé plus graves et une charge inutile pour le système de soins. Enfin, il existe un risque d'effets de substitution : les patients souhaitant éviter cette augmentation pourraient être amenés à consulter un spécialiste plus tôt que nécessaire, ou à se tourner vers les services d'urgence ou des soins hospitaliers plus coûteux. Cela impose une charge inefficace au système et peut, au contraire, augmenter les coûts au lieu de les réduire.

Un argument souvent avancé en faveur d'une augmentation du ticket modérateur chez le médecin généraliste est que le tarif n'a pas été indexé depuis 2011. Bien que cela semble à première vue plaider en faveur d'un ajustement, cela ne constitue pas en soi un argument convaincant pour augmenter le

ticket modérateur. Le fait qu'un montant soit resté inchangé pendant longtemps ne dit rien sur la viabilité, l'opportunité ou l'équité du tarif actuel au sein du système global de soins et de coûts. L'indexation ou son absence est une mesure technique, alors qu'il est préférable que l'évaluation des tickets modérateurs repose sur la base de l'efficacité, de l'accessibilité et de la justice sociale.

5.3. Options alternatives non quantifiées

Meilleure adéquation des différences de tickets modérateurs avec les objectifs politiques

La décision d'augmenter ou non le ticket modérateur repose sur plusieurs objectifs politiques. Sur la base des principes retenus, il n'est par exemple pas proposé d'augmenter le ticket modérateur pour les soins chez le médecin généraliste. Des considérations relatives à l'accessibilité financière, à la promotion d'un comportement préventif et aux éventuels effets de substitution entre les formes de soins jouent ici un rôle déterminant. Cela indique que les différences de ticket modérateur ne sont pas uniquement le fruit d'une évolution historique, mais reflètent également des choix politiques implicites.

Dans ce contexte, il semble opportun de procéder, dans une phase ultérieure, à une analyse plus large et plus cohérente des différences actuelles de tickets modérateurs entre les disciplines de soins. Il existe en effet aujourd'hui des variations considérables dans la quote-part du patient, certaines formes de soins de première ligne restant relativement accessibles, tandis que d'autres – comme les séances individuelles chez un psychologue clinicien pour adultes – s'accompagnent d'un ticket modérateur plus élevé. Ces différences soulèvent la question de savoir dans quelle mesure elles correspondent encore aux objectifs politiques visés.

Une piste possible consiste à aligner davantage la politique de ticket modérateur sur la fonction des soins prodigués. Les tickets modérateurs pour la kinésithérapie et la logopédie pourraient être pris en compte dans cette réflexion plus large. À cet égard, on pourrait envisager de rendre systématiquement plus accessibles financièrement les soins jouant un rôle de première ligne ou préventif. Parallèlement, on pourrait examiner si une autre différenciation est indiquée pour les formes de soins plus spécialisées ou moins essentielles, en tenant compte de l'équité et de l'efficacité.

Dans ce cadre, on pourrait examiner :

- dans quelle mesure les différences actuelles de ticket modérateur sont cohérentes avec les objectifs politiques en matière d'accessibilité et de prévention ;
- quels effets de substitution indésirables se produisent aujourd'hui (par ex. le report des soins psychologiques au profit de consultations médicales).

Traitements à la demande du patient

Le principe déjà évoqué lors de l'examen de nos propositions concernant la biologie clinique, à savoir l'augmentation de la quote-part personnelle pour certains traitements effectués à sa demande ou qui ne s'appuient pas sur des preuves scientifiques, peut en principe être généralisé. Cela pourrait contribuer à réaffecter les ressources vers des soins efficaces et nécessaires. Mais cela soulève une question importante : comment définir les services fournis à la demande du patient, sachant qu'il est difficile pour les patients d'évaluer la pertinence médicale d'un traitement ? Et comment éviter en même temps que l'offre de tels soins ne continue d'augmenter ? Cette approche doit donc être

délimitée de manière très stricte. Sa mise en œuvre nécessite également des lignes directrices claires et un affinement de la nomenclature.

8 CONCLUSION

Il est essentiel que les mesures proposées fassent l'objet d'un suivi rigoureux afin de garantir qu'elles produisent effectivement l'effet souhaité sur l'utilisation des soins et l'accessibilité. Sans suivi systématique, il existe un risque d'effets indésirables, tels que le renoncement à des soins nécessaires ou une charge financière disproportionnée pour certains groupes de patients. Un suivi structurel permet en outre d'ajuster et d'adapter les mesures.

Idéalement, ce suivi s'effectue à l'aide de microsimulations, qui permettent de calculer les effets des mesures au niveau individuel. Les microsimulations offrent la possibilité de modéliser l'incidence de différentes options politiques. Cela permet de mieux évaluer comment les mesures influencent le recours aux soins des spécialistes et quels groupes sont susceptibles d'être touchés de manière disproportionnée. Un aspect important qui peut être pris en compte dans les microsimulations est le fonctionnement du maximum à facturer.

En outre, les microsimulations permettent d'analyser avec précision les effets redistributifs des mesures. Il est ainsi possible d'identifier les groupes de patients qui sont relativement plus touchés. Ce type d'informations est crucial pour éviter que les mesures n'entraînent des inégalités (plus importantes) dans l'accès aux soins et pour garantir la justice sociale de la politique.

Dans la présente proposition, les mesures de protection existantes, en particulier l'intervention majorée, ont servi de point de départ à l'élaboration des propositions. Ce choix offre une solution pragmatique pour garantir l'accessibilité financière des soins, étant donné que le système d'intervention majorée vise déjà à protéger les groupes vulnérables contre les coûts élevés des soins. Parallèlement, il convient d'examiner, dans un futur avis, dans quelle mesure les mesures de protection existantes sont adaptées pour atteindre les objectifs visés. À cet égard, on peut étudier si une différenciation ou un affinement supplémentaires sont nécessaires, par exemple en fonction de formes de soins spécifiques ou de besoins qui sont aujourd'hui moins bien pris en charge. Une telle réflexion permettrait d'ajuster le cadre de protection si cela s'avère nécessaire.

Il convient en outre de prendre des mesures visant à réduire l'imprévisibilité des coûts, par exemple pour les analyses de laboratoire et l'imagerie médicale. Les patients sont souvent dans l'incertitude quant au coût final. Afin de réduire cette imprévisibilité, on pourrait réfléchir à des mécanismes permettant d'accroître la transparence du côté de l'offre. Les dispensateurs de soins pourraient ainsi être tenus d'indiquer clairement, en cas de demande, le montant pris en charge par l'INAMI, le ticket modérateur pour le patient et les éventuels suppléments. De cette manière, les patients pourraient faire des choix plus éclairés, et les obstacles financiers inutiles pourraient être évités.¹

Gezondheidszorgdoelstellingen: advies van de Commissie GDOS. April 2025. Available from: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/advies_GDOS_april_2025.pdf

2. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2020 12/2020. KCE Reports 334 Available from: <https://doi.org/10.57598/R334C>
3. OECD. OECD Data Explorer. Health expenditure and financing.
4. Pauly MV, Blavin FE. Moral hazard in insurance, value-based cost sharing, and the benefits of blissful ignorance. J Health Econ. 2008;27(6):1407-17.

5. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*. 1963;5.
6. Pauly MV. The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*. 1968;58(3 (part 1)):531-7.
7. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev*. 1987;77(3):251-77.
8. Chernew ME, Rosen AB, Fendrick AM. Value-based insurance design. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(2):w195-203.
9. Trivedi AN, Rakowski W, Ayanian JZ. Effect of cost sharing on screening mammography in Medicare health plans. *N Engl J Med*. 2008;358(4):375-83.
10. Newhouse JP, Rand Corporation, Insurance Experiment Group. *Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*. Harvard University Press; 1993.
11. Keeler EB, Rolph JE. The demand for episodes of treatment in the Health Insurance Experiment. *J Health Econ*. 1988;7(4):337-67.
12. Gruber J. The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond. October 2006. Available from: <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/7566.pdf>
13. Aron-Dine A, Einav L, Finkelstein A. The RAND Health Insurance Experiment, three decades later. *J Econ Perspect*. 2013;27(1):197-222.
14. Acquatella A. The Demand Elasticity of Health Care Spending for Low-Income Individuals. Toulouse School of Economics; September 2023. Working Papers 1477 Available from: https://www.tse-fr.eu/sites/default/files/TSE/documents/doc/wp/2023/wp_tse_1477.pdf
15. Chandra A, Gruber J, McKnight R. The impact of patient cost-sharing on low-income populations: evidence from Massachusetts. *J Health Econ*. 2014;33:57-66.
16. Hofland M, Gaspar K, Boone J. Responses to cost-sharing: do socio-demographic characteristics matter? Centre for Economic Policy Research; 2025. Discussion Papers Series DP19918
17. Norris HC, Richardson HM, Benoit MC, Shrosbree B, Smith JE, Fendrick AM. Utilization Impact of Cost-Sharing Elimination for Preventive Care Services: A Rapid Review. *Med Care Res Rev*. 2022;79(2):175-97.
18. Van de Voorde C, Van Doorslaer E, Schokkaert E. Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *Health Econ*. 2001;10(5):457-71.
19. Duarte F. Price elasticity of expenditure across health care services. *J Health Econ*. 2012;31(6):824-41.
20. Guindon GE, Fatima T, Garasia S, Khoee K. A systematic umbrella review of the association of prescription drug insurance and cost-sharing with drug use, health services use, and health. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):297.
21. Puig-Junoy J, Garcia-Gomez P, Casado-Marin D. Free Medicines Thanks to Retirement: Impact of Coinsurance Exemption on Pharmaceutical Expenditures and Hospitalization Offsets in a national health service. *Health Econ*. 2016;25(6):750-67.
22. Chandra A, Gruber J, McKnight R. Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly. *Am Econ Rev*. 2010;100(1):193-213.

23. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts 2011. Revised edition. Paris: OECD Publishing; 2017. Available from: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
24. De Wolf F, Dolphens M, Kestens W, Landtmeters B, Vrancken J, Wittcock N. Inventaris van aan patiënten gefactureerde ziekenhuiskosten. Gegevens 2024. 2025. Available from: https://aim-ima.be/IMG/pdf/inventaris_van_aan_patienten_gefactureerde_ziekenhuiskosten-2.pdf
25. Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, Levy M, Maertens de Noordhout C, Obyn C, et al. Performance of the Belgian health system: Report 2024. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2024 02/2024. KCE Reports 376C (376) Available from: <https://doi.org/10.57598/R376C>
26. IMA-AIM. IMA Atlas. Available from: <https://atlas.ima-aim.be/mosaic/nl-nl/ima-atlas/>
27. RIZIV-INAMI. Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten [Web page]. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-ent-erugbetaling/financiele-toegankelijkheid/de-verhoogde-tegemoetkoming>
28. Goedemé T. De niet-ontvangst van sociale rechten in België: enkele lessen uit het TAKE project. In: Briels G, Grymonprez H, editors. Bouwen aan een breed lokaal sociaal beleid. Werken aan de toegankelijkheid van maatschappelijke dienstverlening. Brussel: Politeia; 2024. p. 53-68.
29. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel. Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest. Brussels armoederapport 2016. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
30. Tim Goedemé JJ, Johannes Derboven, Raf Van Gestel, Eva Lefevère, Gerlinde Verbist, Jorik Vergauwen MV, Laurent Nisen, Stephanie Linchet, Manon Bolland, Jean-François Reynaert,, Benjamin Thiry MLN, Elise Boucq, Karel Van den Bosch, Natascha Van Mechelen and Arne Corselis. TAKE. Reducing poverty through improving take up of social policies. Final Report BRAIN-be. Brussels: 2022. Available from: https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/FinalReports/TAKE_FinRep.pdf
31. Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: July 2020. Available from: https://www.ose.be/sites/default/files/publications/2020_SC_RB_NIHDI-Report_Report_EN_0.pdf
32. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium. 2023. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8e278824-c799-4e7f-aa09-f5598728f1d1/content>
33. For a healthy Belgium. Health Inequalities [Web page]. Available from: <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/health-inequalities>
34. STATBEL. Huishoudbudget. De woning, de grootste uitgavenpost voor Belgen [Web page]. Available from: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/huishoudbudget>
35. Eurostat Database. Unmet needs for health care. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/popul?sort=category&lang=en&subtheme=hlth.hlth_care.hlth_unm&display=list
36. Expert Group on Health Systems Performance Assessment. Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment. Luxembourg: 2025. Publications Office of the European Union Available from:

https://health.ec.europa.eu/document/download/1adc2134-5753-4ffb-a6d5-ab8d224874c6_en?filename=hspa_low-value-care_report_en.pdf

37. Verkerk EW, Van Dulmen SA, Born K, Gupta R, Westert GP, Kool RB. Key Factors that Promote Low-Value Care: Views of Experts From the United States, Canada, and the Netherlands. *International Journal of Health Policy Management*. 2022;11(8):1514-21.
38. Fendrick AM, Martin JJ, Weiss AE. Value-based insurance design: more health at any price. *Health Serv Res*. 2012;47(1 Pt 2):404-13.
39. Bardy TLC, Boes S. Does targeted information impact consumers' preferences for value-based health insurance? Evidence from a survey experiment. *Health Econ Rev*. 2024;14(1):94.
40. Levinson W, Born K, Franco JVA, Kopitowski KS. Top 15 Choosing Wisely international campaign recommendations to reduce low-value care. *BMJ Evid Based Med*. 2025;30(5):355-7.
41. Vandenbroucke F. Beleidsverklaring Volksgezondheid [Web page]. 18 maart 2025. Available from: <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/nieuws/beleidsverklaring-volksgezondheid>
42. RIZIV-INAMI. Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2026-2027 Available from: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/NAAZ_ANMM_2026_2027.pdf
43. Oakes AH, Radomski TR. Reducing Low-Value Care and Improving Health Care Value. *JAMA*. 2021;325(17):1715-6.
44. Federatie Medisch Specialisten. Verstandige keuzes [Web page]. Available from: <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/verstandige-keuzes>
45. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin. Übersicht der "Klug entscheiden"-Empfehlungen [Web page]. Available from: <https://www.klug-entscheiden.com/empfehlungen/uebersicht>
46. Cliff BQ, Avancena ALV, Hirth RA, Lee SD. The Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review. *Milbank Q*. 2021;99(4):1024-58.
47. Forsetlund L, O'Brien MA, Forsen L, Reinar LM, Okwen MP, Horsley T, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;9(9):CD003030.
48. Arditi C, Rege-Walther M, Durieux P, Burnand B. Computer-generated reminders delivered on paper to healthcare professionals: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD001175.
49. James MT, Har BJ, Tyrrell BD, Faris PD, Tan Z, Spertus JA, et al. Effect of Clinical Decision Support With Audit and Feedback on Prevention of Acute Kidney Injury in Patients Undergoing Coronary Angiography: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2022;328(9):839-49.
50. Ivers N, Yogasingam S, Lacroix M, Brown KA, Antony J, Soobiah C, et al. Audit and feedback: effects on professional practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025;3(3):CD000259.
51. Bell BG, Khimji A, Hussain B, Avery AJ. The Effect of Computerized Alerts on Prescribing and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Appl Clin Inform*. 2025;16(5):1381-92.
52. Naar een gezond België. Medische praktijkvariëaties [Web page]. Available from: <https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariëaties>
53. Federaal Regeerakkoord 2025-2029. Available from: https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Regeerakkoord-Bart_De_Wever_nl.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : INDICATEURS LOW-VALUE

TABLEAU A. 1 : Indicateurs *Low-value care* dans l'évaluation des systèmes de santé

Table 6: Key indicators for measuring low-value care according to the country experts of the Expert Group on HSPA

	KEY INDICATORS BY REPORTING COUNTRY/-IES
PREVENTION (SCREENING)	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer screening coverage: cervical, breast and colorectal cancer [Estonia] • Cancer screening services other than those which are covered by the national (statutory) reimbursement systems of the EU Member States and which are based on recognised international and/or national recommendations [Germany] • Over-screening (screening of selected cancer diagnoses) [Czechia] • Repetition of tests [Belgium]
DIAGNOSTICS	<p>Number or percentage of tests that do not need to be carried out [Czechia, Malta], such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratory tests not needed (for example, vitamin D measurement without renal failure or hypercalcaemia, cholesterol measurement too often measured per year, PSA testing and tumour markers) [Cyprus, Czechia, Malta] • Imaging not needed (for example, preoperative chest radiography) [Czechia, Malta] • Costly radiology tests are performed before other, less costly radiology tests (for example, MRI before plain X-ray in low back pain for the first time) [Cyprus]
TREATMENT (PROCEDURES AND SURGERIES)	<ul style="list-style-type: none"> • % of caesarean sections for low-risk births (share of caesarean sections in the case of a single birth in the first child) [Estonia, Portugal, Luxembourg] • Unnecessary procedures (for example, surgical procedures) [Czechia] • Rate (%) of low-value care procedures/procedures by specialty [Belgium] • Average waiting time for trauma surgery, for example, hip fracture surgery [Malta] • Proportion of inpatient surgeries that could have been carried out as day care [Malta] • Surgeries (for example, tonsillectomy, caesarean section, uncomplicated day-case surgeries staying in hospital more than overnight) [Cyprus] • Rate (%) of nosocomial infections [Portugal] • Number of pressure ulcers [Portugal]
MEDICATION	<ul style="list-style-type: none"> • Polymedication (%) in people who are 75+, with five or more different medicines [Estonia] • Overprescribing (overuse of certain medications) [Czechia] • Antibiotic prescription [Use of antibiotics (total DDD/1 000 population/day or percentage of population that used antibiotics at least once in the year)] [Estonia, Luxembourg, Malta] • Using brand medication instead of biosimilars and generics [Belgium]
OTHERS (FOR EXAMPLE, SERVICES DELIVERED IN A COSTLIER SETTING)	<ul style="list-style-type: none"> • Rate of emergency department admissions leading to hospital admission/inappropriate attendance at emergency department [Luxembourg, Malta] • Age-standardised rate for acute care hospitalisation for particular conditions where appropriate ambulatory care prevents or reduces the need for admission to hospital, (per 100 000 population younger than age 65) [Grand mal status and other epileptic convulsions, chronic lower respiratory diseases (except asthma), asthma, hypertension, diabetes, cardiac failure] [Germany, Latvia, Luxembourg]

ANNEXE 2 : CODES DE NOMENCLATURE

Proposition 1 : Harmonisation du ticket modérateur pour les prestations en hospitalisation de jour et en hospitalisation classique

Hôpital chirurgical de jour – montant par admission	768036
Forfait 1	768176
Forfait 1bis	766356
Forfait 2	768191
Forfait 3	768213
Forfait 4	768235
Forfait 5	768250
Forfait 6	768272
Forfait 6bis	767970
Forfait 7	768294

Proposition 2 : Augmentation du ticket modérateur chez les médecins spécialistes

Proposition 3 : Augmentation du ticket modérateur pour la biologie clinique

Proposition 4 : Augmentation du ticket modérateur pour l'imagerie médicale

Cette proposition concerne 553 codes, issus des articles suivants de la nomenclature : art. 17, art. 17bis, art. 17ter, art. 17quater, ainsi que des codes figurant dans le tableau ci-dessous.

Propositions alternatives

Proposition 5.1. Quote-part personnelle en cas d'hospitalisation (montant par jour)

Proposition 5.2. Augmentation du ticket modérateur chez le médecin généraliste