



## 4 ACCESSIBILITÉ DES SOINS

L'accessibilité peut se définir comme la facilité à accéder aux services de santé, tant physiquement (distribution géographique) qu'en termes de coûts, de temps et de disponibilité de personnel qualifié.<sup>26</sup> Elle est influencée par les décisions sur la génération de ressources et est analysée à travers trois sous-dimensions : l'accessibilité financière, la répartition du personnel de santé et la répartition des services de santé.

En préparation du présent rapport, le cadre HSPA belge a été révisé (voir rapport KCE 370).<sup>10</sup> Un examen approfondi de la dimension accessibilité a été réalisé dans le double but de limiter le nombre d'indicateurs aux plus pertinents dans le contexte belge et d'identifier les indicateurs potentiellement manquants. En conséquence, 18 indicateurs ont été sélectionnés pour évaluer l'accessibilité du système de santé : 9 indicateurs relatifs à l'accessibilité financière (Tableau 7), 3 indicateurs portant sur la répartition du personnel de santé (Tableau 8) et 6 indicateurs liés à la répartition des services de santé (Tableau 9). Il y a 9 nouveaux indicateurs par rapport au rapport précédent, et certains indicateurs existants ont été renumérotés.<sup>21</sup>

### 4.1 Accessibilité financière des soins de santé

La Belgique s'est engagée en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU), c'est-à-dire que chacun devrait pouvoir bénéficier des services de santé dont il a besoin, de bonne qualité et sans risquer de difficultés financières.<sup>22, 42</sup>

La capacité d'un système de santé à fournir à sa population des soins de santé abordables en fonction des besoins dépend de la mesure dans laquelle il peut mettre en commun les risques et les ressources et produire une solidarité entre les risques élevés et faibles et les revenus élevés et faibles.<sup>22</sup> L'accessibilité financière (ou abordable) des soins de santé découle donc des décisions sur la « génération de ressources financières » et peut être décrite selon trois dimensions : l'étendue de la couverture de l'assurance maladie obligatoire (qui est couvert ?), le champ d'application de la couverture (quels services sont couverts ?) et la proportion des coûts

prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (quelle prise en charge ?).

#### Qui est couvert ?

Pour atteindre les objectifs de la CSU, la base du droit à la couverture devrait englober toute la population d'un pays. Cependant, dans la pratique, la couverture est presque toujours définie plus étroitement afin d'exclure certains groupes, en utilisant des critères tels que la résidence légale (la plupart des pays de l'UE, y compris la Belgique) et/ou le paiement de cotisations (la plupart des pays de l'UE disposant de régimes d'assurance maladie sociale, y compris la Belgique).<sup>42-45</sup> Des recherches comparatives suggèrent qu'il est plus probable que des écarts importants dans la couverture de la population apparaissent dans les pays qui fondent le droit sur le paiement de cotisations à un régime d'assurance maladie sociale que dans les pays qui fondent le droit sur la résidence et couvrent automatiquement toute leur population (pas seulement les résidents légaux).<sup>43</sup>

La couverture du système public d'assurance maladie obligatoire (*indicateur A-1*, voir Tableau 7) a été quasi universelle au cours de la dernière décennie (98,9 % en 2012 à 99,1 % en 2022). Cependant, des obstacles financiers et/ou administratifs continuent d'entraver la couverture complète de la population.<sup>42, 45</sup> La fraction non couverte était légèrement plus élevée chez les hommes, les jeunes adultes (groupe d'âge des 20-39 ans) et à Bruxelles. Les taux de couverture étaient également plus faibles chez les Belges vivant à l'étranger mais toujours affiliés à une mutualité belge. En excluant le groupe des Belges vivant à l'étranger, la couverture de l'assurance maladie obligatoire serait égale à 99,4 % en 2022.

Notez que les personnes non affiliées à une mutualité (comme les migrants sans papiers et les demandeurs d'asile (en fonction du statut de leur demande)) ne sont pas couvertes par le système public d'assurance maladie obligatoire et ne sont pas incluses dans la définition de la « population » au sens de cet indicateur. Ces groupes peuvent généralement compter sur des systèmes de couverture de soins de santé distincts pour un ensemble de services plus restreint (pour plus de détails



sur les soins de santé pour les groupes vulnérables, voir également l'Encadré 9 du rapport HSPA de 2019).<sup>21</sup>

Il n'existe pas de données fiables permettant de déterminer l'ampleur de ces groupes de population non couverts par le système public d'assurance maladie obligatoire. L'intention est cependant d'élargir davantage la population couverte par le système public d'assurance maladie obligatoire. Par exemple, la couverture santé des prisonniers et des détenus est intégrée dans le système général depuis janvier 2023 pour les soins en dehors de la prison.<sup>46</sup>

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de données récentes, fiables et exhaustives sur le nombre de personnes ayant souscrit une assurance maladie privée.

### Quels services sont couverts ?

Le système public belge d'assurance maladie obligatoire couvre un large éventail de services. Aucun indicateur n'a été défini pour mesurer le champ d'application de la couverture (la gamme de services couverts). Les services couverts par l'assurance maladie obligatoire sont décrits dans la nomenclature des prestations de santé établie au niveau national.<sup>47</sup> Les services non inclus dans la nomenclature ne sont pas remboursables.

La mesure dans laquelle différents services de santé sont financés par les contributions personnelles ('out-of-pocket payments', OOP en anglais) des patients donne une indication partielle des principales lacunes de la couverture santé. Pour les dépenses de santé courantes en Belgique, les patients contribuaient pour 65 % aux dépenses en soins dentaires, pour 56 % aux dépenses en dispositifs médicaux et pour 34 % aux dépenses en médicaments ambulatoires en 2021. Ces pourcentages élevés sont le résultat des modalités de partage des coûts, mais aussi des produits et services non couverts.

### Quelle prise en charge ?

#### *Les contributions personnelles sont élevées en Belgique*

Les soins de santé sont généralement considérés comme financièrement inaccessibles lorsque les personnes limitent ou reportent le recours aux soins nécessaires en raison de coûts (trop) élevés, ou lorsqu'elles doivent renoncer à d'autres nécessités de base parce qu'elles ont besoin de soins. L'accessibilité financière peut être compromise par les contributions personnelles aux soins de santé. Les **contributions personnelles** sont les dépenses supportées directement par un patient qui recourt aux soins de santé parce que l'assurance maladie obligatoire ou volontaire ne couvre pas (intégralement) le coût du produit ou du service de santé.<sup>17</sup> Elles comprennent les tickets modérateurs, les suppléments (facturation supplémentaire au-delà du tarif défini dans la nomenclature) et les paiements directs des produits et services non couverts. Tous les pays appliquent des contributions personnelles pour payer certains soins de santé, mais à des degrés divers et suivant des modalités de partage des coûts différentes. Il s'avère, preuve à l'appui, que les frais à charge de l'utilisateur ne sont pas un bon instrument pour inciter les gens à utiliser les ressources plus efficacement et peuvent avoir des effets négatifs sur l'équité et l'efficacité.<sup>44, 48-51</sup> Les populations à faible revenu sont affectées de manière disproportionnée par le partage accru des coûts, car elles ont des besoins en soins plus élevés et sont plus sensibles aux prix et plus limitées en ressources que les autres groupes de revenus.

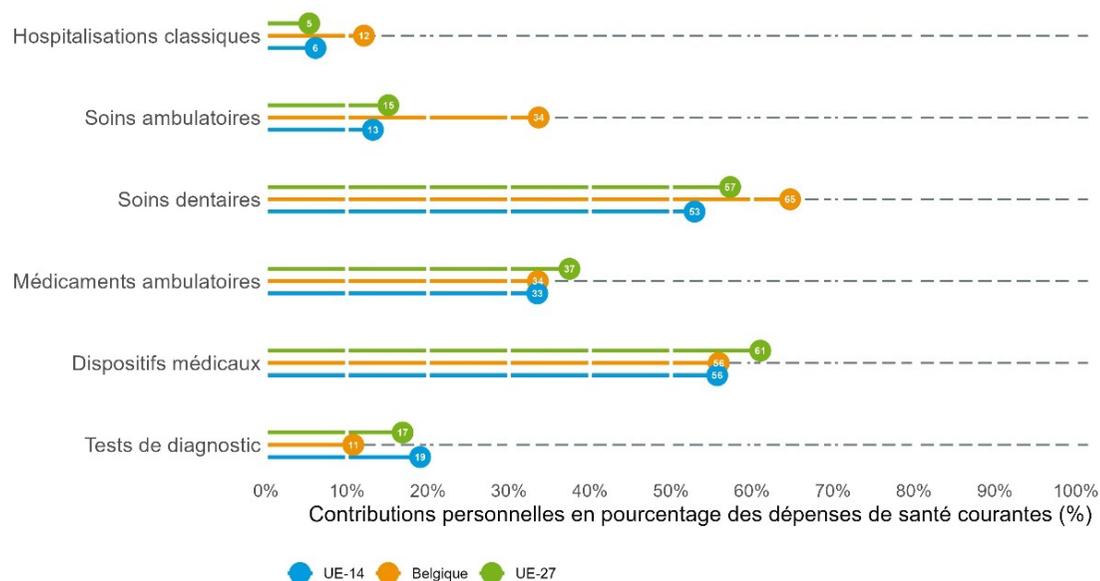
Les contributions personnelles ont augmenté de 30 % au cours de la dernière décennie (entre 2011 et 2021). Les tickets modérateurs ne représentaient qu'un cinquième des contributions personnelles totales estimées en 2021. En pourcentage des dépenses de santé courantes, les contributions personnelles dans les soins de santé ont diminué, passant de 19,6 % en 2011 à 17,9 % en 2021 (*indicateur A-2*, voir Tableau 7). La tendance générale à la baisse a été interrompue par une forte hausse en 2019 (19,8 %), suivie d'une diminution en 2020 (17,4 %) et d'un rebond en 2021 (17,9 %) (voir également la section 8.4). En 2021, le système de santé belge s'est davantage appuyé sur les contributions personnelles que les



pays voisins tels que le Luxembourg (8,9 %), la France (8,9 %), les Pays-Bas (9,3 %) et l'Allemagne (12,0 %).

La Figure 2 montre que les contributions personnelles en pourcentage des dépenses de santé courantes en 2021 étaient les plus élevées pour les soins dentaires (65 %, contre 55 % en 2011), les dispositifs médicaux (56 %), et les soins et médicaments ambulatoires (près de 34 % dans les deux cas). En outre, les contributions personnelles pour les soins dentaires, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers classiques étaient supérieures aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27 en 2021.

**Figure 2 – Contributions personnelles dans les soins de santé, en pourcentage des dépenses de santé courantes, par type de soins (2021)**



Remarques : la catégorie des soins ambulatoires exclut les soins dentaires.  
Source : Système de comptes de la santé (System of Health Accounts, SHA)



Mesurées en pourcentage de la consommation finale des ménages, les contributions personnelles dans les soins médicaux ont légèrement diminué, passant de 4,0 % en 2011 à 3,7 % en 2021 (*indicateur A-3*, voir Tableau 7), mais ont été constamment supérieures à la moyenne de l'UE sur l'ensemble de la période (2,9 % en 2021 dans l'UE-14 et l'UE-27). L'impact de la crise du COVID-19 est davantage détaillé dans la section 8.4. Il ressort de l'enquête sur le budget des ménages de l'Office statistique de Belgique que les ménages ont dépensé 1 805 € en soins médicaux en 2020, un montant supérieur aux dépenses en soins médicaux avant la pandémie de COVID-19 (1 639 €). Ceci s'explique par l'augmentation des dépenses, entre autres, en dispositifs médicaux (notamment masques faciaux et désinfectants) et en physiothérapie/réadaptation pendant la pandémie. Les contributions personnelles, à la fois en valeur absolue et en pourcentage de la consommation des ménages, étaient plus élevées pour les ménages disposant de plus de moyens financiers, l'écart entre les revenus élevés et faibles augmentant encore entre 2018 et 2020 (voir également la section 7.1).

*Les suppléments d'honoraires, facteur important de contributions personnelles dans les soins hospitaliers*

Les contributions personnelles élevées dans les soins hospitaliers classiques sont (au moins en partie) le résultat de suppléments facturés au patient, malgré les importantes restrictions sur le recours aux suppléments, telles que l'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires et de chambre pour les chambres doubles et partagées.

Les contributions personnelles dans les soins hospitaliers (*indicateur A-5*, voir Tableau 7) s'élevaient à 17,6 % des dépenses totales en soins hospitaliers en 2021 (à l'exclusion des douzièmes budgétaires)<sup>j</sup> et se composaient à 69 % de suppléments (et de paiements directs). Les

<sup>j</sup> Les contributions personnelles pour les soins hospitaliers telles que présentées dans l'indicateur A-5 et dans la Figure 2 diffèrent en valeur. Elles ont été obtenues de différentes sources et servent à différentes fins. Pour l'indicateur A-5, les données au niveau du patient de l'AIM ont été analysées et les douzièmes budgétaires du budget hospitalier (qui ne pouvaient pas être

suppléments d'honoraires représentaient 70 % de tous les suppléments ou près de 50 % de toutes les contributions personnelles. La part des contributions personnelles dans les soins hospitaliers était nettement plus élevée à Bruxelles (23,2 % en 2021).

En moyenne, les contributions personnelles pour un séjour hospitalier classique s'élevaient à 660 € en 2021, dont 206 € de tickets modérateurs et 454 € de suppléments (et paiements directs). Les contributions personnelles pour une hospitalisation de jour s'élevaient en moyenne à 110 € en 2021, dont 33 € de tickets modérateurs et 78 € de suppléments. Une grande variation a été relevée : (1) 18,0 % des hospitalisations classiques en 2021 ont eu des contributions personnelles supérieures à 1 000 € ; (2) 10 % des patients et 10 % des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ont payé plus de 1 777 € et 777 € de leur poche pour un séjour hospitalier classique en 2021, respectivement ; (3) les contributions personnelles moyennes des séjours hospitaliers en chambre individuelle ont été près de huit fois plus élevées qu'en chambre partagée, principalement en raison de la différence de suppléments.

Les suppléments réduisent la transparence et la sécurité des prix pour le patient. Ils peuvent limiter l'accessibilité des soins de santé, étant donné que les mécanismes de protection existants tels que le maximum à facturer (MAF) et l'intervention majorée ne s'appliquent pas aux suppléments. En 2022, à titre de première étape vers la réduction des suppléments d'honoraires, le supplément d'honoraires maximum a été gelé au niveau hospitalier.<sup>52, 53</sup> Bien que cette mesure empêche d'autres augmentations, elle ne tient pas compte des différences qui existent entre les hôpitaux.<sup>42</sup>

facilement attribués à des patients individuels) n'ont pas été pris en compte, ce qui a entraîné une surestimation des contributions personnelles. Pour la Figure 2, des données agrégées et comparables à l'échelle internationale du SHA ont été utilisées, qui tiennent quant à elles bien compte des douzièmes budgétaires.



### *Accès aux tarifs conventionnés dans les soins ambulatoires*

Les suppléments d'honoraires sont également répandus dans les soins ambulatoires. Contrairement aux suppléments facturés pour un séjour hospitalier classique, les suppléments facturés dans les soins ambulatoires sont peu réglementés.<sup>54</sup> Des informations limitées sont actuellement disponibles sur les suppléments et les services non couverts en soins ambulatoires. Depuis peu, l'enregistrement des suppléments dans les soins ambulatoires est toutefois obligatoire en cas de facturation électronique, l'intention étant de recueillir également, à un stade ultérieur, des informations sur les contributions personnelles concernant les services non couverts. Les médecins et les dentistes sont tenus de mettre en œuvre la facturation électronique d'ici septembre 2025.<sup>55</sup>

En l'absence d'informations directes sur les suppléments dans les soins ambulatoires, deux indicateurs indirects d'accessibilité financière ont été utilisés concernant le volume d'activité ambulatoire respectivement des médecins et des dentistes qui ne facturent pas de suppléments et qui offrent ainsi à leurs patients une sécurité et une transparence des prix.

En Belgique, les médecins sont libres d'adhérer aux conventions tarifaires négociées entre leurs représentants et les mutualités. Ceux qui y adhèrent, les « médecins conventionnés », s'engagent à ne pas facturer de suppléments aux patients. Les autres, « partiellement conventionnés » ou « non conventionnés », ont le droit, à leur discrétion, de facturer des suppléments d'honoraires en plus du tarif officiel, même aux ménages à faible revenu (voir section 7.1).

Le volume d'activité ambulatoire des MG conventionnés (*indicateur A-8*, voir Tableau 7) était élevé et a encore augmenté, de 83,1 % en 2012 à 87,3 % en 2021 (90,1 % en Flandre, 84,4 % en Wallonie et 71,2 % à Bruxelles). En revanche, moins de la moitié des consultations ambulatoires des médecins spécialistes ont été réalisées par des médecins spécialistes conventionnés (*indicateur A-8*, voir Tableau 7), avec une légère tendance à la baisse au fil du temps (44,0 % en Belgique, 37,1 % en Flandre, 55,8 % en Wallonie et 43,6 % à Bruxelles). Une grande variation dans les volumes d'activité ambulatoire des médecins conventionnés a été observée entre les spécialités médicales, allant de 11,1 % pour les dermatologues à 91,1 %

pour les oncologues, en passant par d'autres spécialités telles que les ophtalmologues (16,9 %), les gynécologues (21,3 %), les urologues (35,8 %), les cardiologues (58,3 %) et les pédiatres (70,7 %).

Le volume d'activité ambulatoire des dentistes conventionnés (*indicateur A-9*, voir Tableau 7) est passé de 34,3 % en 2012 à 26,3 % en 2021 (16,6 % en Flandre, 40,4 % en Wallonie et 45,4 % à Bruxelles). En d'autres termes, seul 1 contact patient sur 4 a été effectué par un dentiste conventionné. Avec des volumes d'activité inférieurs à 2 % en 2021, il devient difficile, voire impossible, de trouver un orthodontiste ou un parodontiste conventionné. Le volume d'activité des dentistes généralistes conventionnés était de 29,1 % en 2021.

### *Les contributions personnelles peuvent entraîner des difficultés financières*

En transférant les coûts sur les ménages, les contributions personnelles peuvent représenter un fardeau financier et entraîner des difficultés financières pour les personnes recourant aux soins de santé, en particulier celles qui ont des besoins en soins élevés ou vivant dans des ménages disposant de ressources limitées. Les dépenses de santé catastrophiques (*indicateur A-4*, voir Tableau 7) sont un indicateur largement utilisé pour évaluer les difficultés financières sur la base des données de l'enquête sur le budget des ménages de l'Office statistique de Belgique. Il s'agit des contributions personnelles qui sont supérieures à 40 % de la capacité d'un ménage à payer les soins de santé, la capacité de paiement étant définie comme la consommation totale du ménage moins un montant standard destiné à couvrir les besoins de base (nourriture, logement et services d'utilité publique).<sup>48, 56, 57</sup> Cette correction tenant compte des besoins de base est nécessaire étant donné que les ménages pauvres consacrent une part proportionnellement supérieure de leurs revenus aux besoins de base et peuvent avoir à choisir entre les besoins de base et les soins de santé.

L'incidence des dépenses de santé catastrophiques en Belgique s'élevait à 3,8 % des ménages en 2018, contre 5,2 % en 2020, pendant la pandémie de COVID-19. Notez que la prudence est de mise lorsque l'on compare l'incidence en 2020 avec celle des années précédentes, car le COVID-19 a eu un impact important sur les habitudes de consommation des ménages ainsi que sur les dépenses de santé (voir également la section 8.4). Les



principaux facteurs de dépenses catastrophiques étaient les contributions personnelles pour les produits médicaux, la physiothérapie/réadaptation, les soins dentaires et les soins hospitaliers classiques (bien que dans une moindre mesure pour les soins hospitaliers classiques en 2020 en raison du report des soins non urgents dans le contexte du COVID-19), tandis que les médicaments ambulatoires étaient le principal facteur parmi les ménages du quintile le plus pauvre.

L'incidence des dépenses de santé catastrophiques était nettement plus élevée parmi les ménages du quintile le plus pauvre (12,2 % en 2020) dont le chef est peu qualifié, inactif ou au chômage (8,2 %, 10,5 % et 8,5 % en 2020, respectivement) (voir également la section 7.1).

Par rapport à d'autres pays de l'UE, le taux de dépenses de santé catastrophiques d'avant la pandémie en Belgique (3,8 % en 2018) était inférieur aux moyennes de l'UE-14 (4,3 %) et de l'UE-27 (6,5 %), mais supérieur aux taux des pays voisins.

#### *Les contributions personnelles peuvent créer des obstacles financiers à l'accessibilité des soins de santé*

Les contributions personnelles peuvent créer un obstacle financier à l'accessibilité des services de santé et des traitements et amener les personnes à renoncer aux soins de santé ou à reporter le recours à ceux-ci (« besoins de soins non satisfaits »), avec des conséquences négatives potentielles pour leur santé.<sup>22, 58</sup>

Sur la base des données EU-SILC, l'incidence des **besoins autodéclarés non satisfaits avec le coût comme motif principal** de renonciation aux soins ou de report des soins en 2022 s'élevait à 0,9 % pour **les soins médicaux (indicateur A-6)** et à 2,5 % pour **les soins dentaires (indicateur A-7)**. La part de la population qui a connu des besoins non satisfaits a considérablement diminué au cours des six dernières années (2,2 % pour les soins médicaux et 3,7 % pour les soins dentaires en 2016). La pandémie de COVID-19 n'a pas eu d'impact substantiel sur la tendance à la baisse des besoins autodéclarés non satisfaits pour des raisons financières.

On observe une variation importante autour de la moyenne. Des taux et une volatilité plus élevés ont été observés dans le quintile de revenu le plus pauvre (soins médicaux : 7,7 % en 2016 et 2,6 % en 2022 ; soins dentaires : 11,5 % en 2016 et 6,6 % en 2022, voir également la section 7.1), alors que pratiquement aucun besoin non satisfait pour des raisons financières n'a été constaté dans le quintile de revenu le plus riche. Les pourcentages de besoins non satisfaits étaient également plus élevés dans les sous-groupes ayant un faible niveau d'éducation et chez les personnes en âge de travailler inactives ou au chômage. En outre, les différences régionales étaient importantes, avec des taux plus élevés en Wallonie et à Bruxelles, bien que cela puisse être lié à des différences sous-jacentes dans les caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques des régions.

D'un point de vue international, la Belgique a longtemps (2015-2021) obtenu des résultats moins bons que la moyenne européenne en ce qui concerne les besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières. Cependant, grâce à une tendance persistante à la baisse au cours des dernières années, le taux belge de besoins en soins médicaux non satisfaits a été inférieur à la moyenne de l'UE-14 et de l'UE-27 en 2022. L'incidence belge des besoins en soins dentaires non satisfaits pour des raisons financières est conforme à la moyenne européenne depuis 2016. La Belgique ne figurait parmi les pays les plus performants pour aucun des deux indicateurs ; seuls sept pays de l'UE affichaient un taux moyen plus élevé de besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits en 2022. De plus, l'écart d'incidence des besoins non satisfaits entre les quintiles de revenu le plus riche et le plus pauvre est particulièrement important en Belgique.



## Conclusion

Le système public belge d'assurance maladie obligatoire couvre un large éventail de services pour la quasi-totalité de la population. En Belgique, les contributions personnelles sont toutefois élevées par rapport aux pays voisins, même si la situation s'améliore avec le temps. En plus des tickets modérateurs et des services non couverts, les contributions personnelles élevées sont le résultat de l'utilisation largement répandue de suppléments, comme démontré dans les soins hospitaliers, et suggéré par le faible volume d'activité ambulatoire des médecins spécialistes et dentistes conventionnés. Ceci est problématique car les suppléments ne sont pas couverts par les mécanismes de protection du système public d'assurance maladie obligatoire. Les contributions personnelles peuvent être un obstacle financier à l'accessibilité des services de santé et entraîner des besoins non satisfaits pour des raisons financières, ou des difficultés financières pour les personnes ayant recours aux soins (dépenses de santé catastrophiques). Dans les deux cas, la Belgique affiche une performance moyenne. Les contributions personnelles sont particulièrement élevées pour les soins dentaires, les dispositifs médicaux et les médicaments ambulatoires, des types de soins de santé qui ont également été identifiés comme les principaux facteurs de dépenses de santé catastrophiques. En outre, pour les soins hospitaliers classiques et les soins ambulatoires, la part des contributions personnelles est nettement supérieure à la moyenne de l'UE.



Tableau 7 – Accessibilité : indicateurs d'accessibilité financière

(ID) Indicateur	Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
<b>A-1</b> Couverture par l'assurance maladie obligatoire (% de la population ayant droit à l'assurance maladie obligatoire)	ST	99,1 %	2022	99,5 %	99,5 %	98,7 %	INAMI	99,9 %	98,4 %
<b>A-2</b> Contributions personnelles dans les soins de santé (% des dépenses de santé courantes)	+	17,9 %	2021	—	—	—	SHA	16,5 %	18,2 %
<b>A-3</b> (ex-A-10) Contributions personnelles dans les soins médicaux (% de la consommation finale des ménages)	ST	3,7 %	2021	—	—	—	SHA, Comptes nationaux	2,9 %	2,9 %
<b>A-4</b> (ex-EQ-5) Ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques pour leurs soins de santé (% des répondants, enquête sur le budget des ménages)	●	5,2 %	2020	4,8 %	5,3 %	<b>6,7 %</b>	Enquête sur le budget des ménages	4,3 % (2018) [BE : 3,8 %]	6,5 % (2018) [BE : 3,8 %]
<b>A-5</b> <b>New</b> Contributions personnelles dans les soins hospitaliers (% des dépenses totales en soins hospitaliers (hors douzièmes budgétaires))	●	17,6 %	2021	16,2 %	17,4 %	<b>23,2 %</b>	AIM		
<b>A-6</b> (ex-A-4) Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC)	+	0,9 %	2022	0,2 %	<b>2,0 %</b>	<b>1,9 %</b>	EU-SILC	1,2 %	0,9 %
<b>A-7</b> (ex-A-4) Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC)	+	2,5 %	2022	1,1 %	<b>4,7 %</b>	<b>3,6 %</b>	EU-SILC	3,3 %	2,6 %
<b>A-8</b> <b>New</b> Volume d'activité ambulatoire des « médecins conventionnés »* (= médecins ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des consultations/contacts ambulatoires auprès des médecins en activité)	MG +	87,3 %	2021	90,1 %	84,4 %	<b>71,2 %</b>	AIM		
	Spécialiste ST	44,0 %	2021	<b>37,1 %</b>	55,8 %	<b>43,6 %</b>	AIM		
<b>A-9</b> <b>New</b> Volume d'activité ambulatoire des « dentistes conventionnés »* (= dentistes ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des contacts ambulatoires auprès des dentistes en activité)	-	26,3 %	2021	<b>16,6 %</b>	40,4 %	45,5 %	AIM		

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.  
Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

Remarque : \* En Belgique, les médecins conventionnés sont des médecins qui adhèrent aux conventions tarifaires négociées par leurs représentants et les mutualités sous les auspices de l'INAMI. Ils s'engagent à ne pas facturer de suppléments aux patients pour les soins ambulatoires.