

L'intervention majorée: pour qui ? Pour quelle accessibilité aux soins de santé ?

Jean-Marc Laasman, Jenifer Fernandez, Leila Maron et Jérôme Vrancken



ETUDE

**L'intervention majorée : pour qui ?
Pour quelle accessibilité aux soins de
santé ?**

Direction Études

Table des matières

Introduction	6
1. Règlementation et réforme de l'intervention majorée au 1 ^{er} janvier 2014	7
1.1. Qui peut bénéficier de l'intervention majorée ?	7
1.2. Quels sont les avantages liés au statut BIM ?.....	8
2. Evolution de la population bénéficiaire en dix ans	10
3. Typologie de la population bénéficiant de l'intervention majorée	15
3.1. Méthodologie	15
3.2. Démographie	15
3.3. Etat de santé	17
3.4. Consommation de soins de santé	18
3.4.1. Dossier médical global	18
3.4.2. Médicaments moins chers.....	19
4. Le statut BIM : quelle accessibilité financière ?	20
4.1. Méthodologie	20
4.2. Coût des soins de santé avant et après intervention majorée	21
4.3. Estimation des économies réalisées grâce au statut BIM : l'exemple de trois ménages.....	24
4.3.1. Ménage composé d'un jeune couple et de 3 enfants.....	24
4.3.2. Famille monoparentale avec 3 enfants	25
4.3.3. Ménage composé d'un couple de personnes âgées.....	26
4.4. Application du tiers payant social.....	27
Conclusion	28
Annexe	31

Table des figures

Figure 1 : Evolution du taux de BIM dans la population affiliée, 2002-2012	10
Figure 2 : Taux de BIM dans les différents OA, 2012	11
Figure 3 : Taux de BIM dans la population et taux de risque de pauvreté.....	12
Figure 4 : Taux de BIM par arrondissement, 2012	13
Figure 5 : Evolution de la population BIM par arrondissement, 2007-2012	14
Figure 6 : Pyramide des âges par classe de 5 ans, 2012.....	16
Figure 7 : Taux de malades chroniques et taux de mortalité, 2012.....	17
Figure 8 : Pourcentage d'affiliés hospitalisés, 2012	18
Figure 9 : Taux de couverture du DMG, 2012	19
Figure 10 : Octroi du statut BIM, 2010-2012	20
Figure 11 : Coût global moyen par patient par type de soins avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012.....	22
Figure 12 : Coût des soins de santé pour le ménage (couple et 3 enfants) avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012.....	24
Figure 13 : Coût des soins de santé pour le ménage (famille monoparentale) par type de soins avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012.....	25
Figure 14 : Coût des soins de santé pour le ménage (couple de personnes âgées) par type de soins avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012.....	26

Table des tableaux

Tableau 1 : Taux de BIM et taux de risque de pauvreté par région, 2012.....	12
Tableau 2 : Nombre moyen d'hospitalisation et durée moyenne des séjours hospitaliers par patient, 2012	18
Tableau 3 : Consommation de médicaments bon marché (DDD), 2012	19
Tableau 4 : Consommation de soins dentaires préventifs et curatifs avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012.....	23
Tableau 5 : Consultations du médecin généraliste facturées en tiers payant social (en %) avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012	27

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement pour ses conseils avisés

Christelle Dubois

et pour l'assistance technique

Vinciane Devrou

INTRODUCTION

Le coût des soins de santé et des médicaments peut représenter un poste important dans le budget d'un ménage, en particulier lorsque ses revenus sont faibles. Le système d'assurance maladie belge prévoit dès lors le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée qui offre une réduction importante des tickets modérateurs payés par les patients tant sur leurs tarifs de médicaments que sur les consultations du médecin ou les frais d'hôpitaux.

En 2012, plus d'1,8 million de Belges, soit 17,3% de la population, bénéficiaient de cette intervention majorée. Mais un grand nombre de Belges ne bénéficient pas de cet avantage alors qu'ils en ont pleinement le droit. C'est pourquoi, sur proposition de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Laurette Onkelinx, le Conseil des ministres a approuvé, en 2012, un projet d'arrêté royal simplifiant l'accès à l'intervention majorée¹. Cette réforme a pour objectif une procédure d'octroi plus simple, plus transparente et atteignant mieux son groupe-cible en détectant les ménages qui n'ont pas l'intervention majorée alors qu'ils sont peut-être dans les conditions pour en bénéficier.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2014, les deux statuts BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée) et Omnio (qui l'accorde aux ménages à faibles revenus) ouvrant le droit à l'intervention majorée sont fusionnés en un statut unique. Les conditions d'octroi sont considérablement simplifiées : ce sont désormais les moyens financiers du ménage qui déterminent si ce dernier a droit à une intervention majorée ou non, bien qu'il existe toujours un octroi automatique pour certaines catégories de population². En outre, dès 2015, l'accès à l'intervention majorée sera proposé de manière proactive par toutes les mutualités aux bénéficiaires potentiels, grâce au croisement de leurs données avec celles du Fisc. Cette réforme poursuit celle initiée par le gouvernement en 2009 qui visait à ce qu'un nombre plus important de personnes dans une situation financière difficile bénéficie automatiquement de cet avantage conséquent. Le statut de BIM avait alors été étendu, à partir du 1^{er} juillet 2010, aux familles monoparentales et aux chômeurs de longue durée sans condition d'âge et à partir du 1^{er} juillet 2011, aux bénéficiaires d'une allocation de chauffage.

C'est dans ce contexte que Solidaris – Mutualité Socialiste fait le point sur le mécanisme d'intervention majorée. De par la composition socio-économique de ses affiliés, Solidaris – Mutualité Socialiste est soucieuse de garantir et d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé, et est particulièrement concernée par l'évaluation de ce dispositif. En effet, Solidaris – Mutualité Socialiste compte proportionnellement plus de personnes socio-économiquement défavorisées que les autres organismes assureurs, et ce dans les trois régions du pays. Au 31 décembre 2012, 23,4% de nos affiliés sont BIM contre 17,3% en moyenne, tout organisme assureur confondu. Solidaris – Mutualité Socialiste représente ainsi 39,3% des bénéficiaires de l'intervention majorée du territoire belge.

Cette étude a pour objectif de répondre aux deux questions suivantes :

- Quel est le profil des affiliés bénéficiant de l'intervention majorée ?
- Quel est l'impact du statut BIM sur l'accessibilité aux soins de santé ?

Cette évaluation est basée sur une série d'indicateurs démographiques, d'état de santé et de consommation de soins des affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste en 2012 et sur la comparaison d'indicateurs de consommation de soins et de coûts mesurés avant et après l'octroi du statut BIM³ en 2011.

¹ Loi-Programme du 29 mars 2012 publiée au Moniteur le 6 avril 2012.

² Les bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale ou d'une aide sociale accordée par le CPAS ; les bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées, du revenu garanti aux personnes âgées et d'une majoration de rente ; les bénéficiaires d'une allocation pour personne handicapée ; les enfants handicapés dont l'incapacité physique ou mentale atteint au moins 66% ; les titulaires orphelins âgés de moins de 25 ans et les mineurs étrangers non accompagnés.

³ Ces indicateurs sont mesurés pour nos affiliés devenus BIM ou Omnio pour la première fois en 2011.

1. REGLEMENTATION ET REFORME DE L'INTERVENTION MAJOREE AU 1^{ER} JANVIER 2014

Le coût des soins de santé et des médicaments peut représenter un poste important dans le budget d'un ménage, en particulier lorsque ses revenus sont faibles. Le système d'assurance maladie belge prévoit dès lors le statut de « bénéficiaire de l'intervention majorée » (BIM) qui ouvre notamment le droit à de meilleurs remboursements des soins et des médicaments.

1.1. Qui peut bénéficier de l'intervention majorée ?

Jusqu'au 31 décembre 2013, il existait deux possibilités pour obtenir le tarif préférentiel⁴. La différence entre ces deux statuts résidait dans leurs conditions d'octroi :

- Le statut BIM, octroyé sur base d'un avantage social (droit automatique sans contrôle sur les revenus) ou sur base d'une qualité (droit avec contrôle sur les revenus) ;
- Le statut Omnio sur base d'une condition de revenus.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, la réforme de l'intervention majorée⁵ prévoit l'harmonisation des statuts BIM et Omnio. Le statut Omnio disparaît au profit d'un statut unique : le statut BIM. En pratique, rien n'a changé pour les bénéficiaires du statut BIM et les bénéficiaires de l'Omnio sont, en principe, automatiquement passés dans le statut BIM.

Désormais, le droit à l'intervention majorée s'ouvre sur base d'un avantage social ou après un contrôle sur les revenus (la notion de disposer d'une qualité a disparu pour laisser place à la notion d'« indicateur ») :

1) Automatiquement pour les bénéficiaires d'un avantage social.

Les bénéficiaires suivants sont concernés :

- Les bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale (RIS) ou d'une aide équivalente octroyée par le CPAS ;
- Les bénéficiaires de la Garantie de Revenu Aux Personnes âgées (GRAPA), du revenu garanti aux personnes âgées et d'une majoration de rente ;
- Les bénéficiaires d'une allocation pour personnes handicapées ;
- Les enfants handicapés dont l'incapacité physique ou mentale atteint au moins 66% ;
- Les Mineurs Etrangers Non Accompagnés (MENA) ;
- Les titulaires orphelins âgés de moins de 25 ans.

2) Après un examen des revenus du ménage.

Le ménage doit bénéficier de revenus modestes et stables durant une période de référence :

- Période de référence d'un an : règle générale s'appliquant à tous les ménages. L'intervention majorée est accordée aux ménages dont le revenu annuel brut imposable

⁴ Pour plus amples informations, voir en annexe.

⁵ Arrêté Royal du 15 janvier 2014, publié le 29 janvier 2014 au Moniteur belge.

ne dépassait pas, l'année civile précédant la demande, 16.743,70 € augmenté de 3.099,72 € par membre de ménage supplémentaire (à la date du 1^{er} janvier 2014).

- Période de référence d'un mois : la période de revenus examinés peut être réduite à un mois pour les ménages BIM dont l'un des membres possède un « indicateur » suivant : les chômeurs(es) de longue durée, les familles monoparentales, les pensionné(e)s, les veufs(ves), les invalides et assimilés⁶, les personnes reconnues handicapées mais qui ne perçoivent pas d'allocation. Dans ce cas, le revenu annuel du ménage est calculé sur base du revenu mensuel de référence (celui du mois qui précède la demande ou celui de la demande) et le plafond annuel ne doit pas dépasser 16.965,47 € augmenté de 3.140,77 € par membre de ménage supplémentaire (à la date du 1^{er} janvier 2014).

Un contrôle systématique des revenus du ménage est organisé chaque année pour s'assurer que le ménage est toujours en-dessous du plafond. Lorsque le droit est octroyé sur la base d'une période de référence d'un mois, un contrôle intermédiaire est organisé. Il vise à vérifier si, au 30 juin de l'année suivant celle de l'ouverture du droit, le ménage bénéficie toujours d'un « indicateur » permettant la réduction de la période de référence sur base de la condition de revenu.

Cette réforme prévoit également l'instauration d'un flux proactif à partir de 2015. L'objectif est de détecter toutes les personnes susceptibles de bénéficier de l'intervention majorée et qui n'en ont pas fait la demande. Concrètement, les mutualités enverront à l'administration fiscale les ménages qui ne disposent pas de l'intervention majorée⁷. Le Fisc indiquera si les revenus sont ou non inférieurs au plafond BIM. Sur base de ces informations, les mutualités contacteront de manière proactive les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée. Les ménages concernés seront invités à souscrire une déclaration sur l'honneur afin de vérifier si le droit à l'intervention majorée peut leur être accordé.

1.2. Quels sont les avantages liés au statut BIM ?

Dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée ouvre le droit à :

- Un remboursement majoré des soins de santé et des médicaments : le ticket modérateur, soit la quote-part personnelle à charge du patient, est moins élevé pour les prestations médicales et paramédicales, les hospitalisations et les frais pharmaceutiques. En effet, l'intervention de l'assurance dans les prestations de santé est fixée à 90% des barèmes INAMI pour les personnes qui obtiennent le droit à l'intervention majorée (à la place de 75% pour les bénéficiaires ordinaires) sauf en ce qui concerne la consultation des médecins spécialistes pour laquelle l'intervention de l'assurance est fixée à 85% des tarifs qui les concernent. Par exemple, pour une consultation d'un médecin généraliste accrédité, les honoraires s'élèvent à 24,48 € dont 22,98 € sont remboursés par l'assurance maladie aux BIM ou 23,48 € si ce dernier possède un dossier médical global (DMG)⁸. Ainsi, le patient BIM ne paie qu'1 € ou 1,50 € pour une consultation chez le médecin généraliste conventionné, suivant qu'il ait un DMG ou non. Par ailleurs, le statut BIM ouvre un avantage considérable au niveau des soins

⁶ Les fonctionnaires mis en disponibilité depuis au moins un an et les militaires en retrait temporaire d'emploi pour motifs de santé depuis au moins un an.

⁷ Il s'agit des ménages dont un des membres ne bénéficie pas de l'intervention majorée à la date du 1^{er} janvier et constitués de deux titulaires qui ne sont pas parents, ni alliés jusqu'au 3^{ème} degré inclus, ni mariés, ni cohabitants légaux et qui ont la même résidence principale. Ne sont pas repris les ménages se trouvant dans une des situations suivantes : un membre du ménage n'a pas donné suite à une invitation de la mutualité au cours d'une des quatre années précédentes, le ménage ayant perdu l'intervention majorée suite à un contrôle systématique au cours d'une des quatre années précédentes, etc.

⁸ Le remboursement est de 18,48 € pour un bénéficiaire ordinaire (BO) sans DMG et 20,48 € pour un BO avec DMG.

dentaires pour les adultes : les BIM ne paient pas de ticket modérateur pour les soins dentaires préventifs et curatifs⁹.

- L'application du tiers payant social, permettant au patient de ne payer que le ticket modérateur lors d'une consultation ou d'une visite chez un médecin généraliste ou un spécialiste. Rappelons que le Parlement a approuvé, en 2012, un projet de loi santé qui prévoit une application obligatoire du tiers payant pour les BIM (et les bénéficiaires du statut « affection chronique ») pour toutes les prestations qui leur sont octroyées – à l'exception des visites à domiciles des médecins généralistes – à partir de 2015.
- Des avantages dans le cadre du maximum à facturer (MàF) : le MàF social prévoit un remboursement basé sur le statut et non sur les revenus. Les tickets modérateurs des bénéficiaires du MàF social sont remboursés à 100% dès qu'ils atteignent le plafond de 450 € sur l'année en cours et de 350 € lorsqu'un membre du ménage a supporté individuellement 450 € de tickets modérateur durant les deux années calendriers précédentes (MàF malade chronique). Certains BIM n'entrent cependant pas dans les critères du MàF social, à savoir les personnes handicapées qui bénéficient d'une allocation d'intégration mais dont le conjoint a des revenus.

Le statut BIM donne également droit à des avantages dans d'autres domaines que l'assurance soins de santé, principalement des tarifs préférentiels sur le coût des transports en commun et sur l'énergie (exonération de la taxe redevance télédistribution, intervention du fonds social chauffage). Il est également possible de bénéficier d'autres avantages (gratuité des sacs poubelles, réduction sur la taxe immondices accordée(s) par certaines administrations communales,...) moyennant le respect de conditions supplémentaires.

⁹ Sont concernés les consultations, les traitements préventifs, les soins conservateurs et les extractions. En ce qui concerne les détartrages, ils sont remboursés s'il y a eu au moins une prestation de soins dentaires remboursée au cours de l'année civile précédente et l'intervention de l'assurance maladie obligatoire est limitée à un seul détartrage par année civile pour le même quadrant. Rappelons que toutes les prestations de dentisterie figurant dans la nomenclature INAMI (à l'exception de l'orthodontie) sont remboursées à 100% pour les enfants de moins de 18 ans, qu'ils soient BIM ou non.

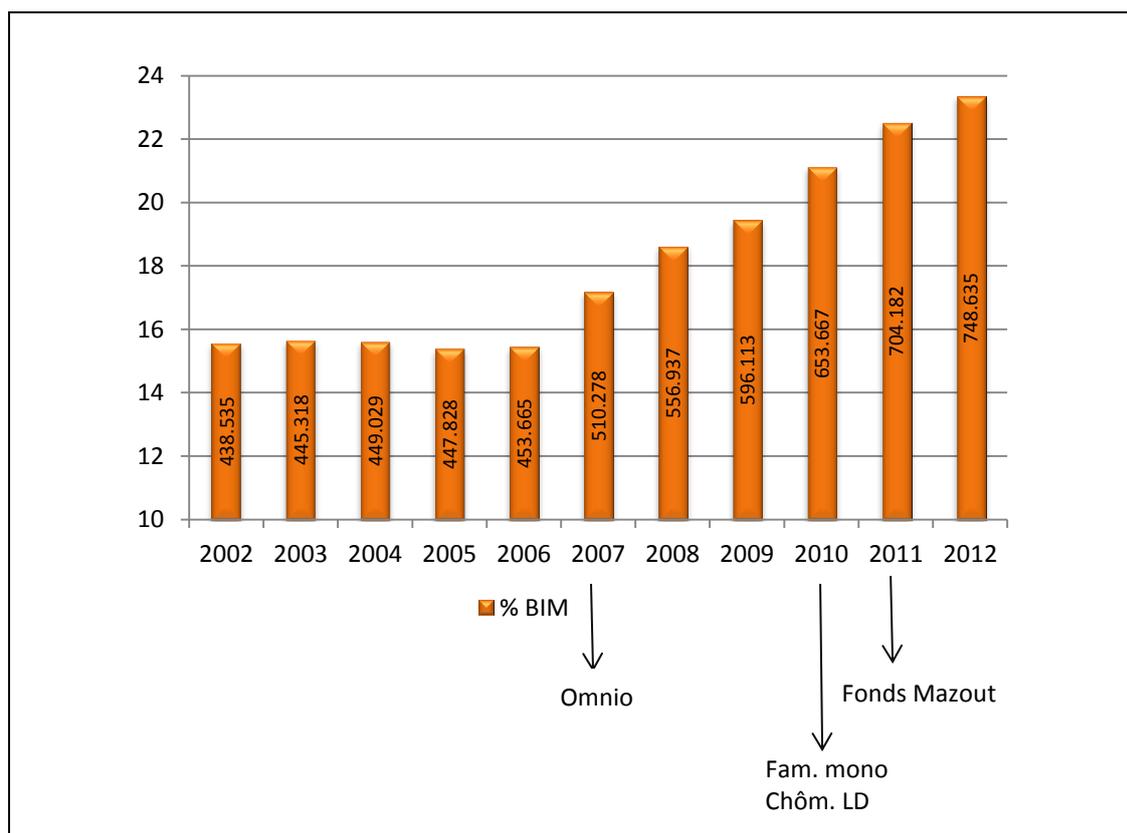
2. EVOLUTION DE LA POPULATION BENEFICIAIRE EN DIX ANS

En dix ans, le nombre d'affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste bénéficiant de l'intervention majorée est passé de 438.535 à 748.635 bénéficiaires. Le taux de BIM est ainsi passé de 15,6% à 23,4% entre 2002 et 2012 (Figure 1).

Cette évolution s'explique essentiellement par les réformes successives de l'intervention majorée :

- L'instauration du statut Omnio, à partir du 1^{er} avril 2007, pour étendre le droit au tarif préférentiel appliqué pour les soins médicaux aux assurés issus de ménages à faibles revenus¹⁰. Suite à cette mesure, le pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée est passé de 15,5% en 2006 à 17,2% en 2007 (+11,2%).
- L'élargissement du statut BIM, à partir du 1^{er} juillet 2010 aux familles monoparentales et aux chômeurs de longue durée sans condition d'âge (suppression de l'âge minimum de 50 ans). Cette réforme explique en grande partie la hausse de 8,6% constatée entre 2009 et 2010.
- L'élargissement du statut BIM, à partir du 1^{er} juillet 2011 aux bénéficiaires du fonds social mazout (catégories 2 et 3).

Figure 1 : Evolution du taux de BIM dans la population affiliée, 2002-2012



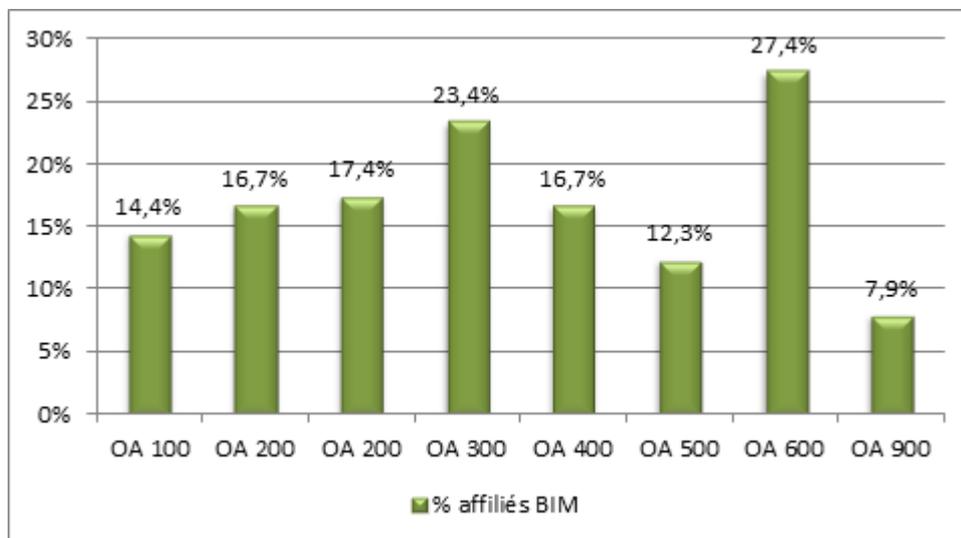
Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

¹⁰ Pour plus amples informations, voir en annexe.

Par ailleurs, Solidaris – Mutualité Socialiste est particulièrement proactive pour détecter de manière continue les ménages potentiellement BIM. Par exemple, dans le cadre de l'élargissement du statut BIM, Solidaris – Mutualité Socialiste a envoyé en 2012 un courrier à plus de 25.000 affiliés pouvant être potentiellement BIM (chômeurs(ses) de longue durée, familles monoparentales, bénéficiaires du fonds social mazout) les invitant à prendre contact avec leur mutualité pour examiner s'ils avaient droit à l'intervention majorée. Sur les 6.500 affiliés ayant répondu, plus de 5.700 se sont vus octroyer l'intervention majorée. En d'autres mots, 9 répondants sur 10 sont devenus BIM à la suite de ce courrier.

Notons que les chiffres susmentionnés sont ceux de Solidaris – Mutualité Socialiste. Or, le taux de BIM varie sensiblement entre organisme assureur (OA), Solidaris – Mutualité Socialiste affichant les taux parmi les plus élevés (Figure 2). Ainsi, au 31 décembre 2012, 23,4% des affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste étaient BIM contre 17,3% en moyenne, toute mutualité confondue. La sur-représentation de BIM parmi les affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste ne s'explique pas uniquement par la forte implantation de notre mutualité dans certaines zones géographiques telles qu'en Wallonie. En effet, Solidaris – Mutualité Socialiste compte proportionnellement plus de BIM que l'ensemble des mutualités dans les trois régions du pays (Tableau 1). Au 31 décembre 2012, parmi les affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste, le taux de BIM était de 40,4% à Bruxelles (contre 28,3% pour l'ensemble des mutualités), 24,3% en Wallonie (contre 19,7%) et 18,6% en Flandre (contre 14,1%). Il y a ainsi deux fois plus de BIM à Bruxelles qu'en Flandre parmi les affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste. Ces taux reflètent les taux de risque de pauvreté (Tableau 1). Il existe effectivement une forte corrélation entre le taux de BIM et le taux de risque de pauvreté¹¹, comme le montre la figure 3. Plus le taux de BIM dans l'arrondissement est élevé, plus le taux de risque de pauvreté dans cet arrondissement est grand. Le taux de BIM représente donc un bon indicateur socio-économique.

Figure 2 : Taux de BIM dans les différents OA, 2012



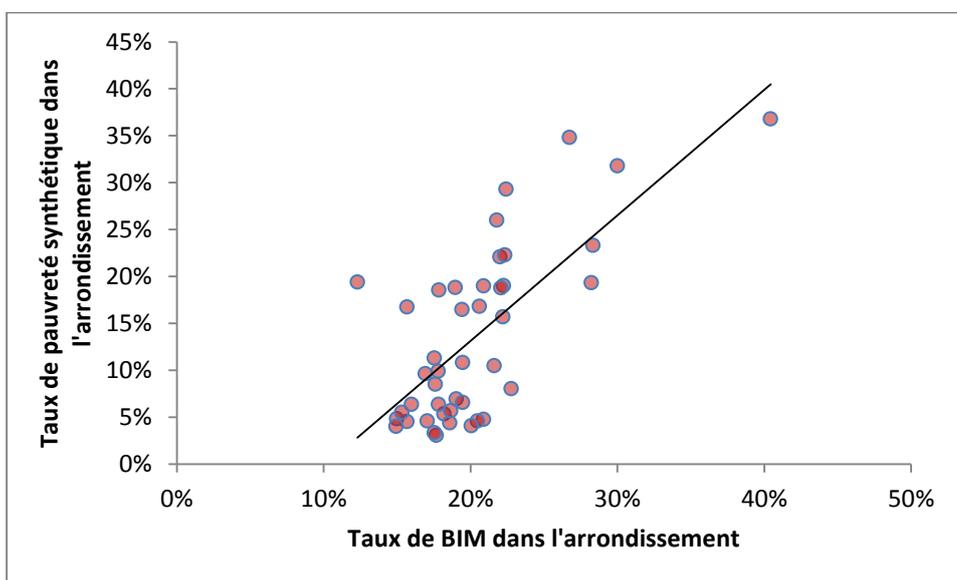
Source : INAMI

¹¹ La mesure du taux de risque de pauvreté est le taux de pauvreté synthétique dans l'arrondissement issu du rapport Marissal, May et Mesa Lombillo, 2012, « La pauvreté rurale et urbaine », réalisé et financé dans le cadre du programme 'AGORA' par la SPP Politique scientifique, à la demande du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (<http://www.luttepauvrete.be/publications/Pocico/synth%C3%A8se%20POCICO.pdf>).

Tableau 1 : Taux de BIM et taux de risque de pauvreté par région, 2012

	OA 300	Total	Taux de risque de pauvreté (2011)
Bruxelles	40,4%	28,3%	33,7%
Wallonie	24,3%	19,7%	19,2%
Flandre	18,6%	14,1%	9,8%
Belgique	23,4%	17,3%	15,3%

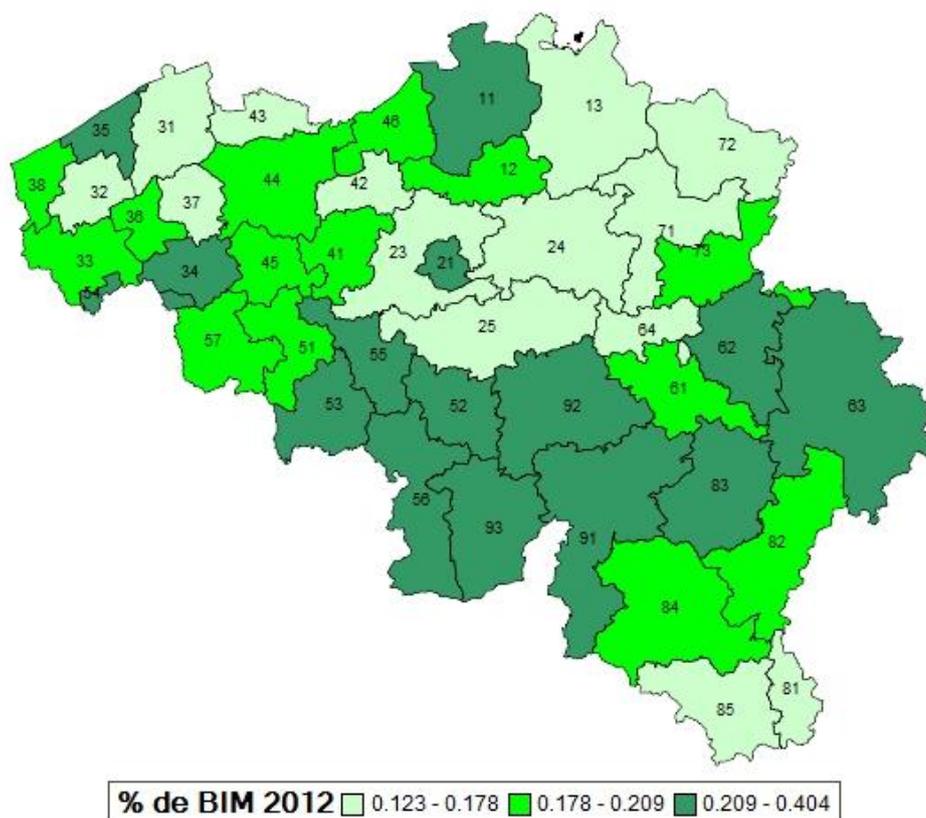
Sources : Solidaris – Mutualité Socialiste, IMA et EU-SILC

Figure 3 : Taux de BIM dans la population et taux de risque de pauvreté

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, Marissal et al. (2012)

Si la proportion de BIM dans la population varie d'une région à l'autre, des différences marquées existent également entre arrondissement (Figure 4). Le taux de BIM est plus élevé dans les arrondissements de Bruxelles-Capitale ainsi que dans la dorsale wallonne, à Ostende, Anvers, Courtrai et Mouscron. A l'inverse, il est le plus faible dans les arrondissements comme Arlon, Virton, Turnhout, Maaseik, etc.

Figure 4 : Taux de BIM par arrondissement, 2012

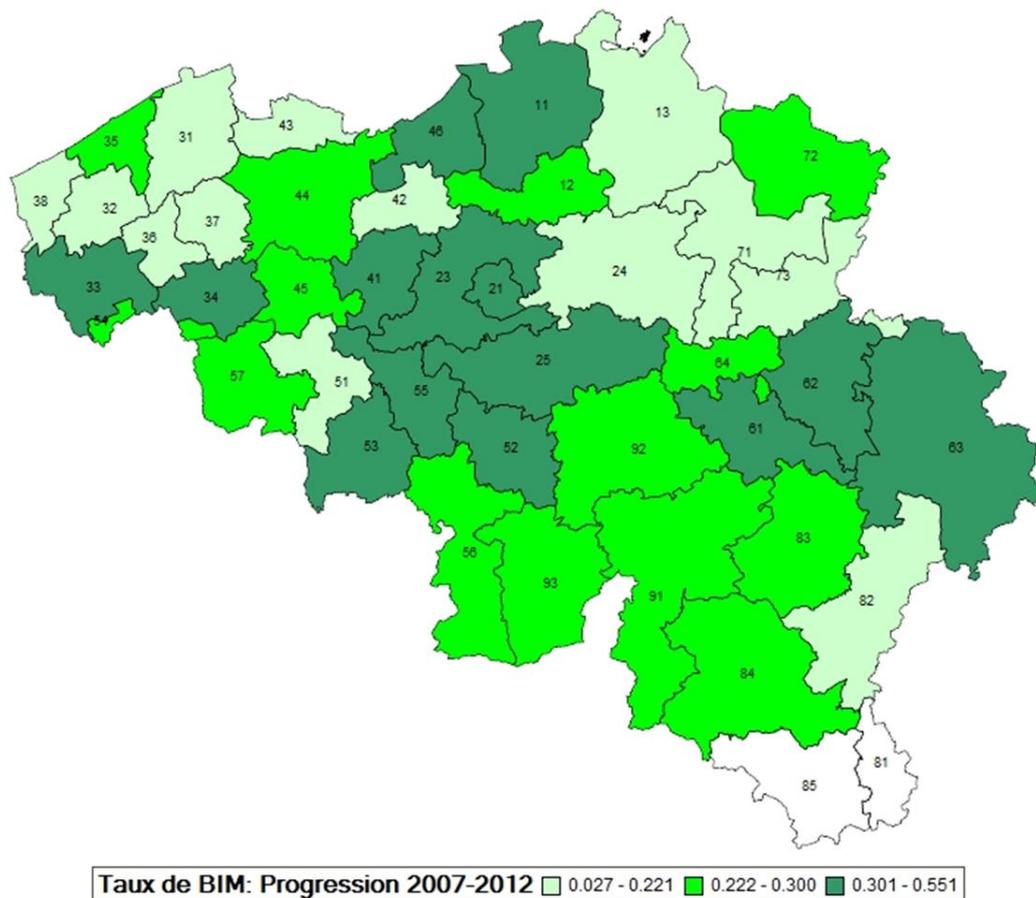


Arrondissement	% de BIM	Arrondissement	% de BIM	Arrondissement	% de BIM
11 Anvers	22,8%	38 Furnes	19,5%	61 Huy	19,4%
12 Malines	18,2%	41 Alost	18,7%	62 Liège	28,3%
13 Turnhout	15,0%	42 Termonde	17,5%	63 Verviers	28,2%
21 Bruxelles-Capitale	40,4%	43 Eeklo	16,0%	64 Wareme	17,5%
23 Hal-Vilvorde	15,7%	44 Gand	19,0%	71 Hasselt	17,6%
24 Louvain	14,9%	45 Audenarde	20,1%	72 Maaseik	15,3%
25 Nivelles	16,9%	46 Saint-Nicolas	19,5%	73 Tongres	17,8%
31 Bruges	17,8%	51 Ath	19,0%	81 Arlon	12,3%
32 Dixmude	17,1%	52 Charleroi	30,0%	82 Bastogne	17,8%
33 Ypres	18,6%	53 Mons	26,7%	83 Marche-en-Famenne	22,1%
34 Courtrai	20,9%	54 Mouscron	22,2%	84 Neufchâteau	20,6%
35 Ostende	21,6%	55 Soignies	22,0%	85 Virton	15,7%
36 Roulers	20,5%	56 Thuin	22,4%	91 Dinant	22,3%
37 Tielt	17,7%	57 Tournai	20,9%	92 Namur	22,2%
				93 Philippeville	21,8%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

On observe de fortes différences entre arrondissements lorsqu'on analyse la hausse de la population BIM entre 2007 et 2012 (Figure 5), avec de fortes progressions dans les arrondissements de Bruxelles, Hal-Vilvorde, Alost, Anvers, etc. ainsi que dans la majorité des arrondissements de la dorsale wallonne alors que la proportion de BIM diminue dans les arrondissements d'Arlon et de Virton.

Figure 5 : Evolution de la population BIM par arrondissement, 2007-2012



Arrondissement	Progression (point %)	Arrondissement	Progression (point %)	Arrondissement	Progression (point %)
11 Anvers	44,2%	38 Furnes	13,5%	61 Huy	38,9%
12 Malines	22,6%	41 Alost	33,9%	62 Liège	38,7%
13 Turnhout	16,5%	42 Termonde	20,2%	63 Verviers	36,5%
21 Bruxelles-Capitale	55,1%	43 Eeklo	22,1%	64 Waremme	29,2%
23 Hal-Vilvorde	49,6%	44 Gand	27,0%	71 Hasselt	21,7%
24 Louvain	19,9%	45 Audenarde	28,1%	72 Maaseik	22,2%
25 Nivelles	36,3%	46 Saint-Nicolas	31,3%	73 Tongres	21,4%
31 Bruges	10,3%	51 Ath	20,6%	81 Arlon	-24,4%
32 Dixmude	8,6%	52 Charleroi	48,0%	82 Bastogne	2,7%
33 Ypres	33,5%	53 Mons	37,4%	83 Marche-en-Famenne	29,6%
34 Courtrai	32,8%	54 Mouscron	30,0%	84 Neufchâteau	23,2%
35 Ostende	24,2%	55 Soignies	30,1%	85 Virton	-0,7%
36 Roulers	22,0%	56 Thuin	26,0%	91 Dinant	24,3%
37 Tielt	18,4%	57 Tournai	29,1%	92 Namur	25,1%
				93 Philippeville	26,8%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

3. TYPOLOGIE DE LA POPULATION BENEFICIAIRE DE L'INTERVENTION MAJOREE

3.1. Méthodologie

Ce chapitre est basé sur les données relatives aux affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste pour l'année 2012. Il vise à cerner le profil de la population bénéficiant de l'intervention majorée sur base de plusieurs dimensions :

- Démographie : l'âge et le sexe ;
- Etat de santé : le fait d'être atteint d'une maladie chronique, le nombre de systèmes traités¹² (sur base de la classe ATC – 1^{er} niveau¹³), la fréquence moyenne d'hospitalisation et la durée moyenne des séjours hospitaliers ou encore la mortalité approchée par le nombre de décès dans l'année ;
- Consommation de soins de santé : la consommation de médicaments moins chers et le taux de couverture du Dossier Médical Global (DMG).

Dans la mesure où l'on montre que le taux de BIM augmente avec l'âge à partir de 25 ans et qu'il y a systématiquement plus de femmes quelle que soit la tranche d'âge, nous avons standardisé les indicateurs sur l'état de santé et la consommation de soins pour ces deux variables (âge et sexe). Les écarts observés entre BIM et BO persistent après standardisation. Cela témoigne que d'autres facteurs entrent en ligne de compte pour expliquer les écarts observés entre BIM et BO au niveau de l'état de santé et la consommation de soins tels que la situation socio-économique, le rapport à la santé, la culture, ...

L'objectif de cette partie n'étant pas d'expliquer les écarts observés entre BIM et BO mais plutôt de décrire le profil de la population BIM, nous ne nous attarderons pas sur la présentation des résultats des standardisations. Par ailleurs, il faut être prudent en interprétant les résultats : ce n'est pas le fait d'être BIM en tant que tel qui explique l'état de santé ou la consommation de soins mais c'est lié aux raisons pour lesquelles l'affilié se voit octroyer le statut BIM (cf. pensionnés, handicapés, invalides, etc.).

3.2. Démographie

En 2012, 748.635 affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste bénéficiaient de l'intervention majorée. Cela représente plus d'un affilié sur cinq (23,4%).

L'analyse de la structure de la population BIM par âge montre que, quel que soit le sexe, la proportion de BIM augmente avec l'âge parmi les personnes de plus de 25 ans (Figure 6) et progresse fortement à partir de 60 ans. Ceci s'explique par un taux de risque de pauvreté plus élevé chez les personnes âgées (20,2% chez les 65 ans et plus contre 15,3% en moyenne¹⁴) et aussi par une consommation de soins de santé plus importante qui amène probablement les personnes âgées à faire plus systématiquement la démarche auprès de leur mutualité pour bénéficier de l'intervention majorée sur

¹² Les traitements de 30 DDD minimum sont pris en compte. La DDD (pour Defined Daily Dose), une unité de mesure définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, correspond à la dose quotidienne de traitement pour un médicament dans son indication principale pour un adulte.

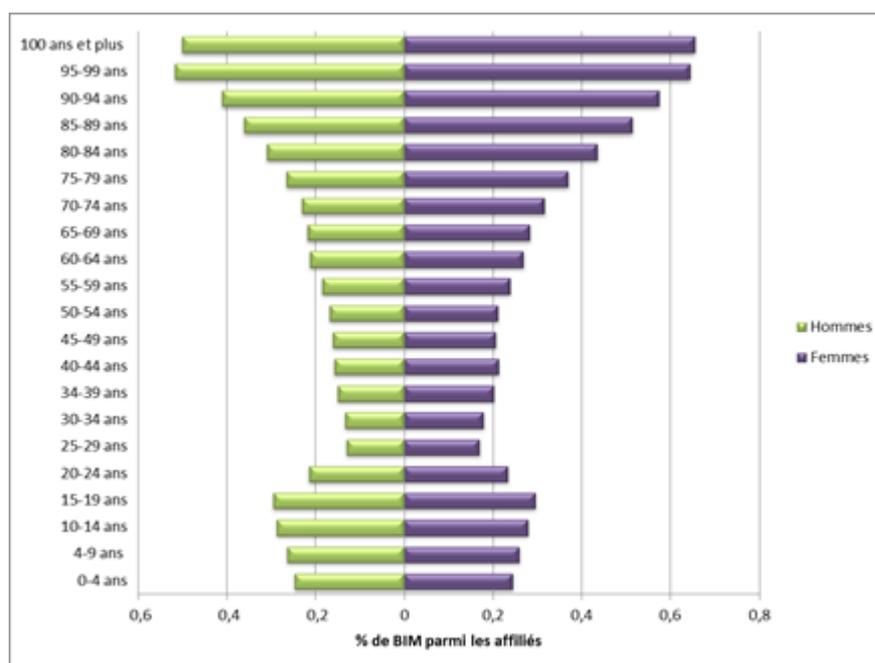
¹³ La classification ATC (pour Anatomical Therapeutic Chemical) est un système de classification hiérarchique des molécules en 5 niveaux, mis au point par l'Organisation Mondiale de la Santé. Dans cette classification, les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.

¹⁴ Données 2011, <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/eu-silc/pauvrete/>.

leurs dépenses de soins de santé. En outre, la proportion de BIM est élevée parmi les enfants et elle croît jusqu'à la tranche d'âge 15-19 ans. Il s'agit des enfants dont les ménages bénéficient du statut BIM : en effet, parmi les ménages ayant des enfants, ceux bénéficiant de l'intervention majorée ont 3,5 enfants alors que les ménages non BIM en ont 1,7 en moyenne. Mais cela est également dû à la réglementation qui prévoit une augmentation du plafond de revenus pour l'octroi du statut en fonction du nombre de personnes à charge. Passé les 15-19 ans, un certain nombre d'entre eux ne sont plus à charge du ménage et ne bénéficient donc plus forcément de l'intervention majorée. Ces constatations peuvent être mises en rapport avec le taux de risque de pauvreté qui est plus élevé parmi les jeunes (18,5% chez les 0-15 ans) et les personnes âgées (20,2% chez les 65 ans et plus contre 15,3% en moyenne)¹⁵.

Les femmes bénéficient plus souvent du statut BIM que les hommes : une femme sur quatre (25,6%) est BIM contre un homme sur cinq (20,6%). Ici aussi, le lien peut être fait avec un risque de pauvreté plus important pour les femmes (16,0%) que pour les hommes (14,6%)¹⁶ ainsi qu'un recours en moyenne plus important au système de soins de santé. Ainsi, parmi la population BIM, 56,7% sont des femmes et 43,3% des hommes. Les femmes sont systématiquement plus représentées que les hommes et cet écart se creuse avec l'âge. En d'autres mots, on compte proportionnellement plus de femmes BIM que d'hommes BIM, et ceci est d'autant plus vrai parmi les personnes âgées.

Figure 6 : Pyramide des âges par classe de 5 ans, 2012



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

¹⁵ Données 2011, <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/eu-silc/pauvrete/>

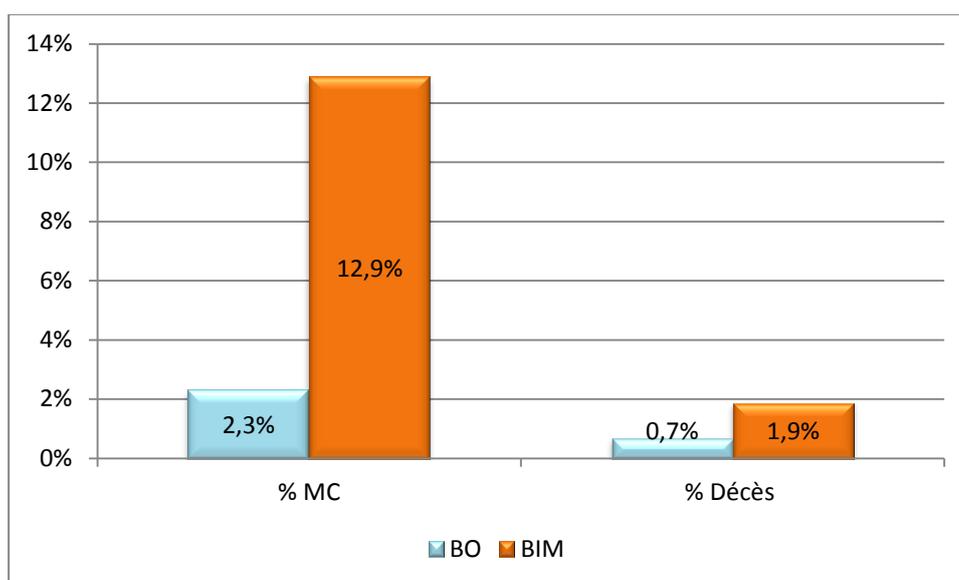
¹⁶ Idem.

3.3. Etat de santé

L'état de santé est mesuré, dans un premier temps, par le fait d'être atteint d'une maladie chronique¹⁷ et celui de décéder dans l'année.

On observe plus de malades chroniques parmi la population BIM que parmi la population bénéficiaire ordinaire (BO) : il y a 12,9% de malades chroniques parmi les BIM contre 2,3% parmi les BO (Figure 7). On compte ainsi cinq fois plus de malades chroniques parmi les BIM que parmi les BO. En outre, le taux de mortalité est plus élevé parmi les BIM (1,9%) que parmi les BO (0,7%)¹⁸.

Figure 7 : Taux de malades chroniques et taux de mortalité, 2012



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

Dans un second temps, l'état de santé est mesuré par le nombre de systèmes traités sur base de la consommation de médicaments¹⁹. Il est, en moyenne, de 2,9 pour les BIM contre 2,4 pour les BO.

Finalement, nous analysons la fréquence des recours et la durée d'hospitalisation²⁰. On observe ainsi que :

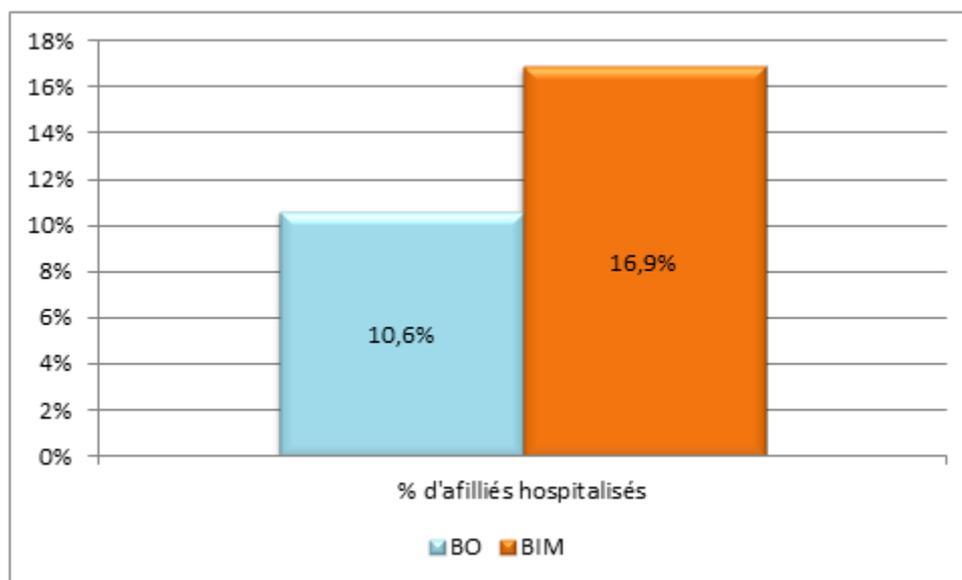
- La proportion d'affiliés étant hospitalisés est plus élevée parmi les BIM que les BO : un BIM sur six (16,9%) est hospitalisé en 2012 contre un BO sur dix (10,6) (Figure 8) ;
- La fréquence d'hospitalisation est plus élevée parmi les BIM : en 2012, un BIM est en moyenne hospitalisé 1,6 fois contre 1,4 fois pour un BO (Tableau 3) ;
- La durée de leurs séjours est, en moyenne, sensiblement plus élevée : parmi les BIM, les affiliés sont hospitalisés 14,4 jours alors qu'ils le sont 8,8 jours parmi les BO (Tableau 2).

¹⁷ Les malades chroniques reprennent les personnes bénéficiaires du forfait incontinence (forfait B et C), du forfait infirmier (forfait B et C), du forfait kinésithérapie ou physiothérapie (pathologies lourdes E), d'allocations familiales majorées, d'une allocation d'intégration pour handicapés, d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées, d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne, d'une indemnité d'incapacité primaire ou d'invalidité et celles hospitalisées (120 jours ou 6 hospitalisations pendant la période de référence).

¹⁸ Cette différence se réduit mais reste importante après standardisation.

¹⁹ Les contraceptifs sont exclus de l'analyse.

²⁰ Seules les hospitalisations classiques en hôpitaux aigus sont prises en compte. Ces résultats sont semblables après standardisation pour l'âge et le sexe.

Figure 8 : Pourcentage d'affiliés hospitalisés, 2012

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

Tableau 2 : Nombre moyen d'hospitalisation et durée moyenne des séjours hospitaliers par patient, 2012

	Nb hospitalisations	Nb patients	Nb hospi/patient	Nb jours hospi/patient
BO	364.581	267.310	1,4	8,8
BIM	189.301	121.524	1,6	14,4

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

3.4. Consommation de soins de santé

3.4.1. Dossier médical global

On ne constate pas un grand écart de couverture parmi la population BIM ou BO : plus de six BIM sur dix ont ouvert un DMG auprès d'un médecin généraliste alors que cela concerne un peu plus de cinq BO sur dix (Figure 9).

Figure 9 : Taux de couverture du DMG, 2012

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

3.4.2. Médicaments moins chers

En 2012, lorsqu'on prend en compte les médicaments pour lesquels il existe une alternative moins chère, les médicaments « bon marché » – c'est-à-dire les génériques/copies ou originaux qui ont baissé leur prix – représentent 83,0% de la prescription (en DDD) pour les patients BIM et 82,4% pour les patients BO (Tableau 3). On obtient un résultat comparable après standardisation pour l'âge et le sexe.

Il existe donc encore une marge de manœuvre pour diminuer la facture des médicaments des BIM et des efforts doivent être poursuivis en ce sens en leur prescrivant davantage de médicaments moins chers.

Tableau 3 : Consommation de médicaments bon marché (DDD), 2012

	Nb DDD total	NB DDD bon marché	% DDD bon marché
BO	612.105.577	504.160.460	82,4%
BIM	294.336.337	244.420.554	83,0%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

4. LE STATUT BIM : QUELLE ACCESSIBILITE FINANCIERE ?

4.1. Méthodologie

Afin d'évaluer l'accessibilité financière suite à l'octroi du statut BIM, nous étudions les données de trois années (du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012) relatives aux soins délivrés aux affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste. Nous réalisons une analyse longitudinale en suivant la cohorte de personnes ayant bénéficié pour la première fois de l'intervention majorée en 2011²¹ et comparons deux périodes (Figure 10) :

- Douze mois avant l'octroi du statut BIM ;
- Douze mois après l'octroi du statut BIM.

Figure 10 : Octroi du statut BIM, 2010-2012



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

Cette consommation de soins, mesurée douze mois avant et douze mois après l'octroi du statut BIM, concerne les soins ambulatoires : elle reprend les consultations et visites d'un médecin généraliste, les consultations d'un médecin spécialiste en ambulatoire, les consultations préventives et curatives d'un dentiste et les dépenses de médicaments délivrés en officines publiques. Les soins hospitaliers n'ont pas été repris dans l'analyse. En effet, même si les hospitalisations sont plus fréquentes pour les BIM, il s'agit de soins ponctuels qui peuvent fortement varier entre les deux périodes de l'analyse²². De plus, d'un point de vue accessibilité, le risque de reporter une hospitalisation en raison de tickets modérateurs plus élevés est moindre que celui de reporter des soins de première ligne comme des consultations chez un médecin généraliste ou chez le dentiste.

Parmi l'ensemble des affiliés s'étant vus octroyer le statut BIM pour la première fois en 2011, nous ne prenons en compte que les affiliés qui gardent ce statut jusqu'au 31 décembre 2012 et qui sont présents dans nos données du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012²³. En outre, nous supprimons les personnes inscrites en maison médicale car nous ne disposons du détail des contacts avec les prestataires de soins pour ces patients. L'analyse longitudinale concerne ainsi 34.864 affiliés. Les caractéristiques de cette cohorte d'affiliés devenus BIM pour la première fois en 2011 sont globalement similaires aux affiliés bénéficiant déjà du statut (BIM non-cohorte). Ils ont, en moyenne, le même âge que les BIM non-cohorte (respectivement 44 ans et 43 ans) et comptent une proportion similaire de femmes (55,5% et 57,4% pour les BIM non-cohorte) et de malades chroniques (10,9% et 13,6%).

²¹ Dans l'analyse, nous considérons les personnes s'étant vues octroyer le statut BIM ou Omnio pour la 1^{ère} fois en 2011.

²² Analyser ces événements mettrait en évidence des différences au niveau des tickets modérateurs qui ne seraient pas liées au changement de statut mais liées au fait que la personne s'est faite hospitaliser ou non.

²³ En effet, nous nous sommes assurés que les affiliés étaient présents en 2009 et en 2012 afin d'avoir la totalité de leur consommation de soins douze mois avant et douze mois après l'octroi du statut BIM/Omnio.

4.2. Coût des soins de santé avant et après intervention majorée

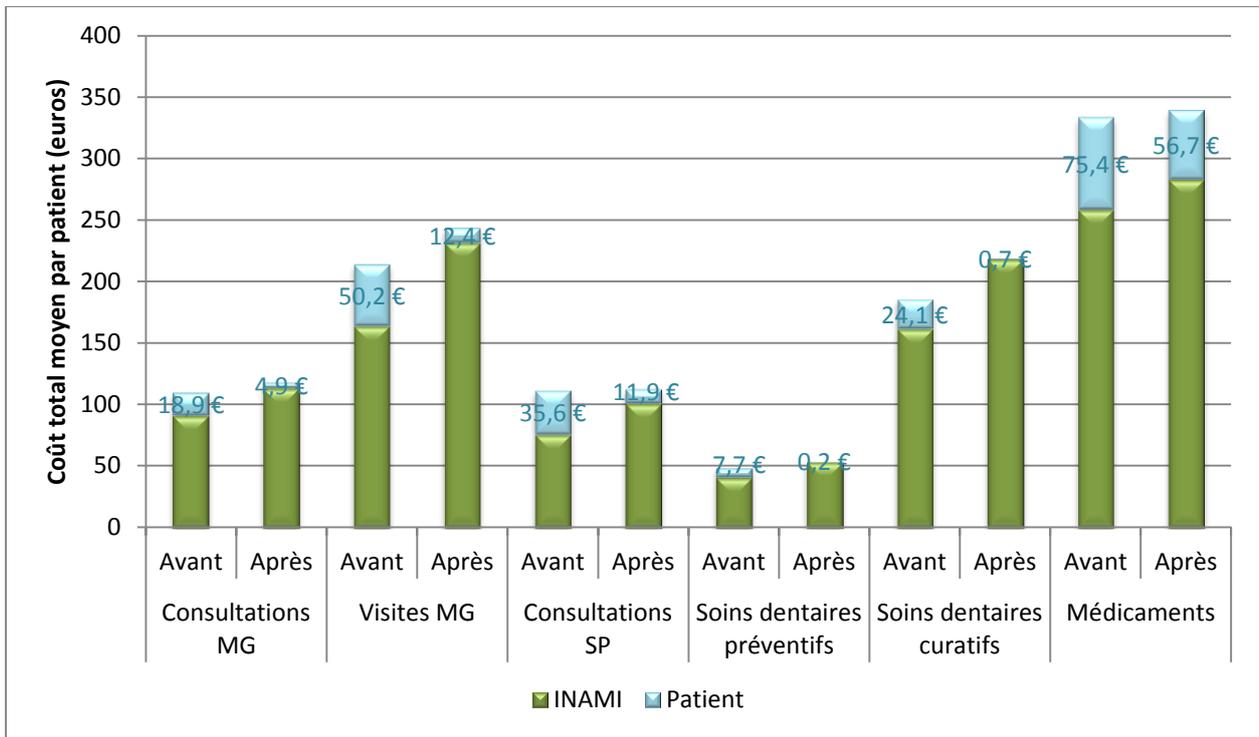
Le coût moyen des soins de santé est analysé sur base des prestations en ambulatoire (consultations et visites chez le médecin généraliste et consultations chez le médecin spécialiste), des soins dentaires curatifs et préventifs (pour les 18 ans et plus) et des médicaments délivrés en ambulatoire. Ce coût moyen est calculé, pour chaque type de soins, sur base des patients de la cohorte y ayant eu recours : par exemple, le coût moyen d'une consultation chez un généraliste est calculé sur base des patients s'étant rendu au moins une fois au cabinet d'un médecin généraliste. Il est, par ailleurs, décomposé d'une part en remboursement effectué par l'assurance maladie et d'autre part, en ticket modérateur payé par le patient.

La figure 11 montre que²⁴ :

- Quel que soit le type de soins, l'octroi du statut BIM se traduit, en moyenne, par une forte diminution de la part prise en charge par le patient tandis que l'intervention de l'INAMI augmente sensiblement. Comme attendu, l'intervention majorée diminue donc fortement le coût des soins payés par le patient. Cette diminution est d'autant plus remarquable qu'en même temps, le nombre moyen de prestations par patient augmente plus ou moins selon le type de soins.
- La plus grande variation est ainsi observée pour les soins dentaires préventifs et curatifs pour lesquels les tickets modérateurs diminuent de 100% suite à l'octroi de l'intervention majorée car la gratuité de ces soins est assurée pour les patients BIM. Parallèlement, le nombre moyen de prestations pour les soins curatifs passe de 5,2 à 6,0 (+16,1%) par patient et la population de plus de 18 ans ayant au moins une fois un contact avec un dentiste passe de 21,5% à 24,9%, bien que ce pourcentage reste inférieur à celui observé parmi les BO (25,9%) (Tableau 4). Il en est de même pour les soins dentaires préventifs pour lesquels la proportion d'affiliés ayant au moins un contact est passée de 21,1% à 25,4% (contre 29,8% pour les BO). L'accessibilité aux soins dentaires, tant préventifs que curatifs, s'améliore sensiblement grâce au statut BIM.
- On observe également une plus grande accessibilité financière à la première ligne, en particulier pour les visites d'un médecin généraliste. Ainsi, après avoir obtenu le statut BIM, le patient débourse en moyenne 12,4 € pour ses visites de MG alors qu'il payait 50,2 € avant s'être vu octroyé le tarif préférentiel. Cela représente 5,1% du coût total contre 23,5% avant l'octroi du statut BIM, tout en sachant que la fréquence augmente, passant de 6,8 visites à 7,4 visites (+8,9%) après avoir obtenu le statut BIM. Il en est de même pour les consultations d'un médecin généraliste dont le coût moyen passe de 18,9 € à 4,9 € pour un patient devenu BIM et ce dernier consulte plus souvent en moyenne : le nombre moyen de consultations passe de 5,1 à 5,3 par patient et la proportion d'affiliés avec au moins un contact augmente également (de 69,5% à 71,4%).
- Pour les spécialistes, les patients devenus BIM paient 66,7% moins cher leurs consultations dont le ticket modérateur vaut, en moyenne, 11,9 € et l'intervention de l'assurance maladie plus de 100 €. Le patient prend ainsi à son compte 10,5% du coût total contre 31,9% lorsqu'il ne bénéficiait pas de l'intervention majorée.
- Finalement, en ce qui concerne les médicaments, l'octroi du statut BIM s'accompagne d'une diminution du ticket modérateur. Il passe en moyenne de 75,4 € à 56,7 € suite à l'application du tarif préférentiel. Ceci tout en permettant une hausse de la consommation qui passe de 504 DDD à 568 DDD (+8,9%), suite probablement à l'augmentation des contacts avec le médecin traitant. Cela représente une réduction des tickets modérateurs de 24,9% par DDD par rapport au BO.

²⁴ Pour l'intégralité des résultats, voir en annexe.

Figure 11 : Coût global moyen par patient par type de soins avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

Tableau 4 : Consommation de soins dentaires préventifs et curatifs avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012

SOINS DENTAIRES PREVENTIFS										
		Nombre de prestations	Nombre de patients	Nb moyen de prestations par patient	% d'affiliés avec au moins un contact	TM (€)	INAMI (€)	TM moyen (€)	INAMI moyen (€)	% TM dans coût total
BIM 2011 (cohorte)	Avant	16.252	6.719	2,4	21,1%	51.700,3	275.182,3	7,7	41,0	15,8%
	Après	20.572	8.100	2,5	25,4%	1.714,5	435.487,3	0,2	53,8	0,4%
BIM (non cohorte)	2011	259.351	103.880	2,5	22,5%	23.404,0	5.190.588,3	0,2	50,0	0,4%
BO	2011	1.395.214	556.863	2,5	29,8%	4.759.942,7	22.530.524,8	8,5	40,5	17,4%
SOINS DENTAIRES CURATIFS										
		Nombre de prestations	Nombre de patients	Nb moyen de prestations par patient	% d'affiliés avec au moins un contact	TM (€)	INAMI (€)	TM moyen (€)	INAMI moyen (€)	% TM dans coût total
BIM 2011 (cohorte)	Avant	35.562	6.859	5,2	21,5%	165.140,1	1.108.619,5	24,1	161,6	13,0%
	Après	47.793	7.939	6,0	24,9%	5.898,3	1.732.013,1	0,7	218,2	0,3%
BIM (non cohorte)	2011	548.456	97.535	5,6	21,1%	69.200,5	19.629.396,0	0,7	201,3	0,4%
BO	2011	2.220.097	483.756	4,6	25,9%	11.720.641,7	66.466.617,3	24,2	137,4	15,0%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

4.3. Estimation des économies réalisées grâce au statut BIM : l'exemple de trois ménages

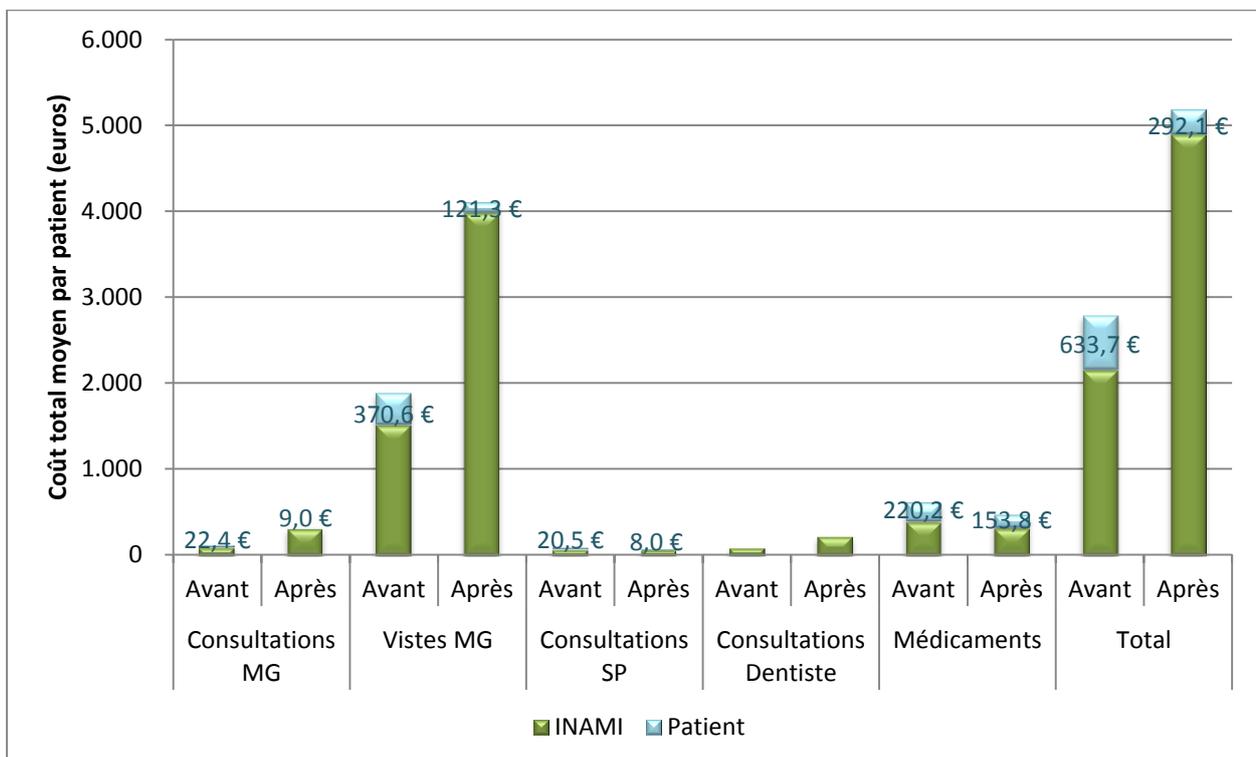
Lorsque l'on s'intéresse à l'économie moyenne réalisée par les affiliés que nous avons suivis, on constate que grâce à l'intervention majorée, la facture annuelle de tickets modérateurs pour les soins ambulatoires est réduite en moyenne de 47,9% alors que dans le même temps, leur consommation de soins a sensiblement augmenté. Cette économie est un chiffre moyen par patient individuel ayant eu au moins un contact avec le système de santé au cours de la période étudiée. Calculée au niveau du ménage, l'économie varie sensiblement, notamment en fonction de la composition familiale. Nous avons ainsi évalué, pour trois types de ménage, les économies réelles rendues possibles par l'intervention majorée.

4.3.1. Ménage composé d'un jeune couple et de 3 enfants

Notre premier exemple est celui d'un jeune couple ayant trois enfants en bas âge. La figure 12 montre le coût des soins de santé ambulatoires pour ce ménage et reprend, pour chaque type de soins, la part prise en charge par l'assurance maladie (bâtonnet vert) et par le ménage (bâtonnet bleu où le montant total des tickets modérateurs payés est indiqué) avant et après l'octroi du statut BIM.

Suite à l'obtention du statut BIM, les tickets modérateurs payés par ce ménage sur ses soins de santé ambulatoires sur une période de 12 mois passent de 633,7 € sans bénéfice de l'intervention majorée à 292,1 € avec bénéfice de l'intervention majorée. Grâce à l'intervention majorée, la facture du ménage diminue de 401,9 € (soit 53,9%) alors qu'en même temps, le ménage voit son accès aux soins de santé renforcé en particulier pour les consultations et les visites de médecine générale et dans une moindre mesure pour les consultations du dentiste.

Figure 12 : Coût des soins de santé pour le ménage (couple et 3 enfants) avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012



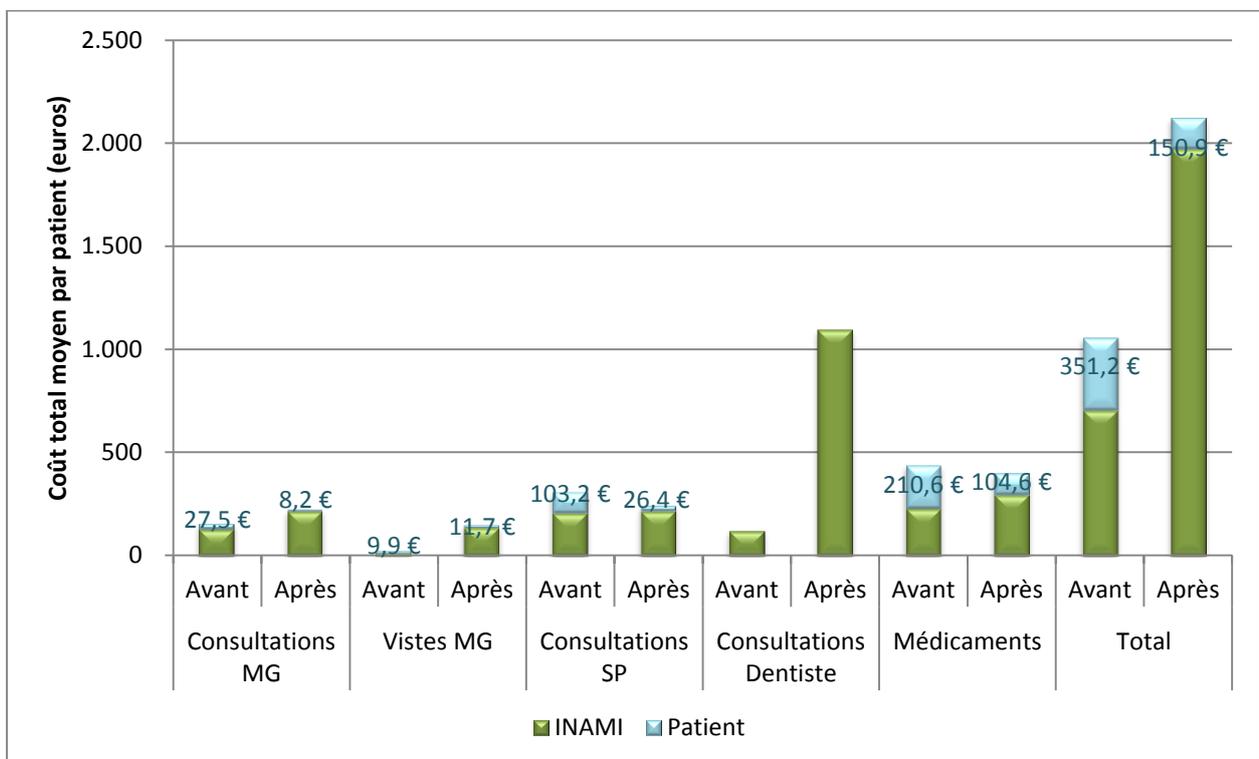
Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

4.3.2. Famille monoparentale avec 3 enfants

Notre deuxième exemple est celui d'une mère avec ses trois enfants.

En sommant l'ensemble des tickets modérateurs pour les différents soins pris en compte dans cette analyse, ce ménage débourse 150,9 € à la place de 351,2 € avant l'octroi du statut BIM (Figure 13). L'intervention majorée permet de réduire la facture du ménage pour ses soins de santé sur une période de 12 mois de 200 €, soit de 57,0%. Le bénéfice du statut BIM a permis à ce ménage d'améliorer sensiblement son accès aux soins dentaires curatifs et dans une moindre mesure, à la médecine générale.

Figure 13 : Coût des soins de santé pour le ménage (famille monoparentale) par type de soins avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012



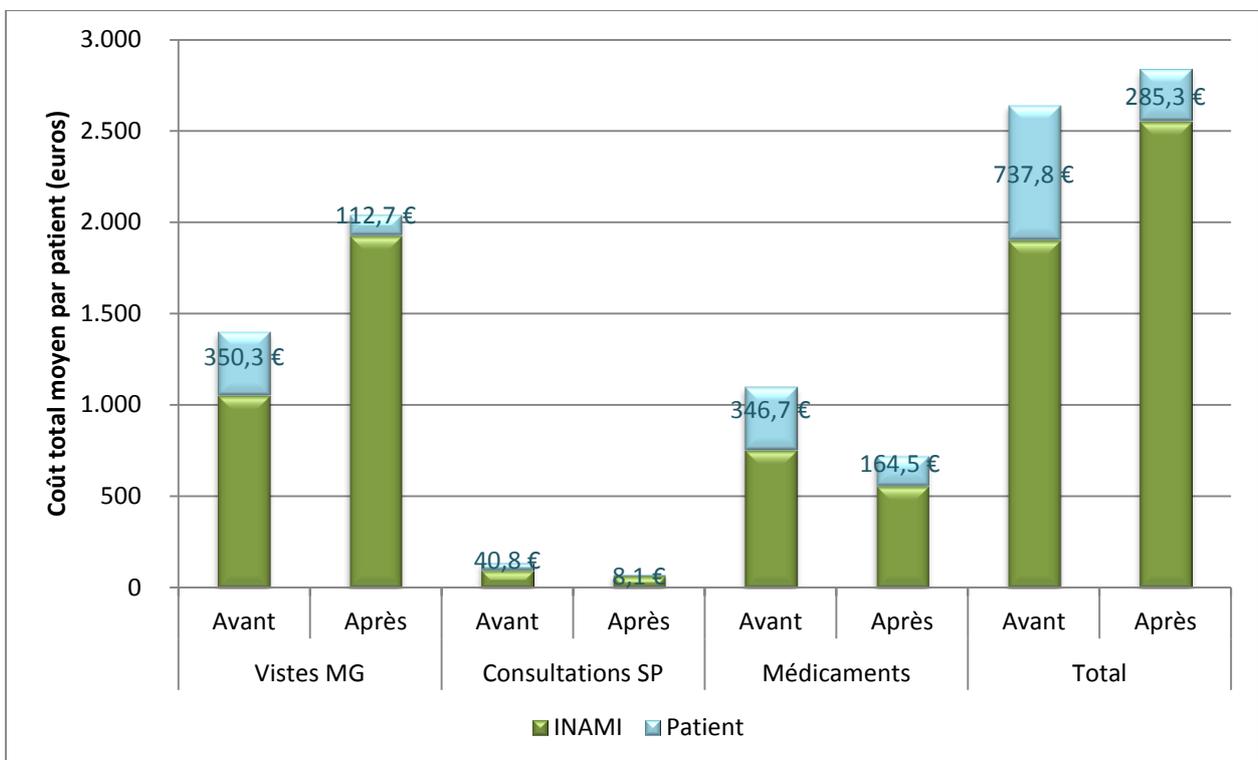
Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

4.3.3. Ménage composé d'un couple de personnes âgées

Le dernier exemple concerne un couple de personnes âgées dont la femme souffre d'une maladie chronique. On n'observe pas de consultation du médecin généraliste sur la période pour ce ménage, ce dernier ne recevant que des visites.

Suite à l'octroi du statut BIM, les tickets modérateurs payés par ce ménage sur sa consommation de soins de santé ambulatoires sur une période de 12 mois passent de 737,8 € avant le bénéfice de l'intervention majorée à 285,3 €, soit une économie de 452,5 € (-61,3%) (Figure 14). Le bénéfice de l'intervention majorée permet à ce couple d'avoir recours plus régulièrement aux visites du médecin généraliste.

Figure 14 : Coût des soins de santé pour le ménage (couple de personnes âgées) par type de soins avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

4.4. Application du tiers payant social

Outre le premier avantage financier lié à la réduction considérable du ticket modérateur, le BIM voit son accessibilité aux soins renforcée par la possibilité de ne plus avancer le coût de sa consultation au MG par l'octroi du tiers payant social (TPS). Dans la mesure où un avantage considérable du statut BIM est de pouvoir bénéficier du TPS, nous avons analysé le taux de consultations facturées en TPS par le médecin généraliste avant et après l'octroi du statut BIM.

L'octroi du statut BIM a pour effet de doubler l'application du TPS par le médecin généraliste (Tableau 5) : 40,3% des consultations du médecin généraliste sont facturées en TPS pour les patients devenus BIM en 2011 alors qu'ils n'étaient que 21,2% à en bénéficier avant l'octroi du statut préférentiel. Malgré cette hausse, le tiers payant social est encore bien loin d'être appliqué systématiquement aux patients BIM alors que la Loi Santé prévoit une application obligatoire pour toutes les prestations qui leur sont octroyées – à l'exception des visites à domiciles des médecins généralistes – à partir de 2015.

Tableau 5 : Consultations du médecin généraliste facturées en tiers payant social (en %) avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012

		% consultations MG en TPS
BIM 2011 (cohorte)	Avant	21,2%
	Après	40,3%
BIM (non cohorte)	2011	41,5%
BO	2011	8,2%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste

CONCLUSION

En 2012, 1,8 million de Belges bénéficiaient d'une intervention majorée de l'assurance maladie sur leurs dépenses de soins de santé. L'intervention majorée est un mécanisme important visant à améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé des ménages à faibles revenus.

En dix ans, le taux de BIM parmi la population affiliée de Solidaris – Mutualité Socialiste est passé de 15,6% à 23,4% suite aux réformes successives qui ont étendu l'intervention majorée à d'autres catégories de population. Ce taux varie sensiblement entre régions – il est deux fois plus élevé à Bruxelles qu'en Flandre – et au sein même des régions, entre arrondissements, reflétant les écarts de risque de pauvreté.

Il y a proportionnellement plus de BIM parmi les personnes âgées, les femmes et les enfants entre 0 et 19 ans. La population BIM a un moins bon état de santé : le taux de malades chroniques et le taux de mortalité sont significativement plus élevés ; ils sont davantage hospitalisés et pour des durées moyennes de séjours plus longues que les bénéficiaires ordinaires. Soulignons que ce n'est pas le fait d'être BIM en tant que tel qui explique l'état de santé ou la consommation de soins mais c'est lié aux raisons pour lesquelles l'affilié se voit octroyer le statut BIM (cf. bénéficiaires de la GRAPA, personnes ayant un handicap, invalides, etc.).

Un patient qui obtient le statut BIM voit sa facture annuelle pour ses soins de santé ambulatoires diminuer, en moyenne, de moitié. Cela représente une économie pouvant aller jusqu'à plus de 450 € pour un ménage. Outre cet avantage financier, l'octroi du statut BIM renforce l'accès au tiers payant social : le taux de consultations facturées en tiers payant social par le médecin généraliste double après octroi du statut BIM. L'étude montre enfin qu'en levant ces obstacles financiers, l'octroi de l'intervention majorée augmente sensiblement l'accès aux soins de santé de première ligne et aux soins dentaires.

Actions de Solidaris – Mutualité Socialiste

Depuis l'élargissement du statut BIM aux familles monoparentales et aux chômeurs de longue durée (1^{er} juillet 2010) ainsi qu'aux bénéficiaires du fonds social mazout (1^{er} juillet 2011), Solidaris – Mutualité Socialiste contacte de manière proactive ses affiliés pouvant être potentiellement BIM.

Cette action de « dépistage » fait partie de notre rôle en tant que mutualité. En effet, en tant que gestionnaire de l'assurance maladie-invalidité, il est de notre devoir d'assurer le remboursement des soins de santé, mais aussi d'informer nos affiliés des droits sociaux auxquels ils peuvent prétendre. Conformément à nos valeurs de proximité et de service, il nous semble fondamental de garantir l'accès aux mécanismes existants d'accessibilité financière aux soins de santé.

Concrètement, depuis l'élargissement du statut BIM :

- Une fois par mois, un courrier est envoyé aux nouvelles familles monoparentales ;
- Les mailings pour les chômeurs de longue durée et les bénéficiaires du fonds chauffage sont générés dès la réception du flux électronique.

A l'aide d'un exemple, ce courrier indique l'économie que représente le fait de bénéficier du statut BIM. Il mentionne également les conditions d'octroi et les documents à fournir.

Ainsi, en 2012, Solidaris – Mutualité Socialiste a envoyé un courrier à 23.855 affiliés pouvant être potentiellement BIM (chômeurs(es) de longue durée, familles monoparentales, bénéficiaires du fonds social mazout) et qui ne bénéficiaient pas encore de ce statut.

- 6.430 affiliés (26,9%) ont répondu. Le taux de réponse diffère en fonction du profil : il est de 24,7% parmi les chômeurs de longue durée, 32,1% parmi les familles monoparentales et 35,8% parmi les bénéficiaires du fonds social mazout.
- 5.706 affiliés se sont vus octroyer le statut BIM (88,7%). En d'autres termes, 9 répondants sur 10 sont devenus BIM après s'être manifestés auprès de la mutualité. Il existe ici aussi des différences selon le profil des répondants : le taux de « conversion » est de 82,5% parmi les familles monoparentales, 89,3% parmi les bénéficiaires du fonds social mazout et finalement de 92,0% parmi les chômeurs.

Par ailleurs, Solidaris – Mutualité Socialiste dispose d'un vaste réseau de centres de service social. Grâce à ses professionnels qui bénéficient d'une formation continue systématique, grâce aussi à ses relations avec l'ensemble des services et associations formant un réseau mutualiste de proximité, nos centres de service social informent chacun et chacune sur les droits sociaux, aident à s'y retrouver dans les méandres administratifs, apporte du soutien aux familles. Les compétences des assistants sociaux concernent tous les aspects de la mutualité, bien sûr, mais également les droits et obligations dans les autres domaines sociaux. Il s'agit d'un service social généraliste, de première ligne, caractérisé par sa souplesse, sa rapidité, sa gratuité, son professionnalisme et son ouverture à tous.

Recommandations de Solidaris – Mutualité Socialiste

- **Droit automatique pour les familles monoparentales précarisées**

Les affiliés bénéficiant déjà d'un avantage social qui dépend d'un examen des revenus du ménage se voient octroyer le BIM automatiquement. Les autres doivent par contre faire la démarche auprès de leur mutualité et signer une déclaration sur l'honneur indiquant qu'ils respectent les conditions de revenus.

De nombreuses personnes qui sont dans les conditions du BIM n'en profitent donc pas, alors que dans le même temps le report de soins reste important parmi certaines catégories de population suite à la précarisation croissante découlant de la crise économique.

Le croisement des données des mutualités et des données fiscales à partir de 2015 permettra aux mutualités d'identifier et de contacter de manière pro-active les ménages potentiellement BIM et de les inviter à signer une déclaration sur l'honneur. C'est un pas dans la bonne direction. Néanmoins, l'expérience de terrain de Solidaris – Mutualité Socialiste montre qu'un faible pourcentage des personnes contactées entreprend effectivement la démarche.

La meilleure option reste donc d'élargir le droit automatique du statut BIM, en ciblant les populations plus précarisées. Nous pensons en particulier familles monoparentales²⁵ dont le titulaire est chômeur de longue de durée²⁶.

Une récente enquête de Solidaris – Mutualité Socialiste a montré qu'en Wallonie, 44,3% des familles monoparentales interrogées déclarent avoir dû reporter/renoncer à des soins de santé. Les médicaments, suivis des soins dentaires et des consultations et visites de médecin généraliste sont les soins les plus fréquemment reportés. Il s'agit aussi des soins dont l'accessibilité est renforcée suite à l'octroi du statut BIM comme l'a démontré notre étude.

²⁵ La famille monoparentale (AR du 15 janvier 2014, article 18, 8) est composée d'un titulaire qui, selon les données du Registre national des personnes physiques, cohabite uniquement avec un ou des enfants inscrits à sa charge. Voir en annexe pour plus d'informations.

²⁶ Le chômeur de longue durée (AR du 15 janvier 2014, article 18, 5) est en incapacité de travail ou un travailleur en chômage contrôlé qui a la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage, à condition que la somme des périodes ininterrompues d'incapacité de travail et de chômage atteigne la durée d'un an.

Limiter l'octroi automatique aux familles monoparentales dont le titulaire est chômeur de longue durée permet de cibler les ménages dont les revenus sont faibles et stables avec une très forte probabilité de ne pas dépasser le plafond de revenus pour l'octroi du BIM. Les allocations de chômage sont en effet toujours inférieures au plafond de revenus de l'intervention majorée, en particulier pour les chômeurs de longue durée.

Au niveau de Solidaris – Mutualité Socialiste, quelque 5.704 familles monoparentales seraient concernées. La mesure proposée supprimera les démarches de ces familles pour obtenir le statut BIM. C'est la mutualité qui se chargera des procédures d'octroi et de gestion du droit à l'intervention majorée. Pour la mutualité, cela représentera aussi une simplification de la procédure dans la mesure où elle ne devra plus passer par une déclaration sur l'honneur pour octroyer le statut BIM.

- **Prévoir un remboursement majoré pour les dispositifs médicaux et les implants**

Contrairement à ce qui est généralement prévu pour les autres dépenses de soins de santé, le ticket modérateur sur les implants et les dispositifs médicaux – qui peut s'élever à 55% du coût total – n'est pas modulé en fonction du statut du patient.

Vu le coût du matériel médical et de certains implants, ces tickets modérateurs peuvent atteindre plusieurs centaines d'euros, montants difficiles à supporter pour des ménages à faibles revenus ne bénéficiant généralement pas d'une assurance hospitalisation complémentaire couvrant ce genre de frais. Solidaris – Mutualité Socialiste propose dès lors une intervention majorée dans le coût du matériel médical pour les patients BIM.

ANNEXE

Règlementation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2013

Jusqu'au 31 décembre 2013, pour obtenir le tarif préférentiel, il existait deux possibilités : le statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée) et le statut Omnio.

1) Statut BIM

Le statut BIM octroyé de deux manières :

- Sur la base d'un avantage social (droit automatique sans contrôle sur les revenus) ;
- Sur la base d'une qualité (droit avec un contrôle sur les revenus).

a) Droit sur la base d'un avantage social

Bénéficiaires visés :

- Bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale (RIS) ou d'une aide équivalente octroyée par le CPAS ;
- Bénéficiaires de la Garantie de Revenu Aux Personnes âgées (GRAPA) ou une majoration de rente ;
- Bénéficiaires d'une allocation pour personnes handicapées ;
- Mineurs Etrangers Non Accompagnés (MENA) ;
- Enfants handicapés de plus de 66%.

Ménage :

- Bénéficiaires de l'avantage ;
- Conjoint, cohabitant légal, partenaire de vie ;
- Leurs personnes à charge.

b) Droit sur la base d'une qualité avec un contrôle sur les revenus

Bénéficiaires visés :

- Veufs(ves), Invalides et assimilés, Pensionné(e)s ou Orphelin(e)s (VIPO) ;
- Reconnu(e)s comme personnes handicapées sans perception d'allocation ;
- Inscrit(e)s en qualité de résident et âgé(e) d'au moins 65 ans ;
- Chômeurs(ses) de longue durée ;
- Familles monoparentales ;
- Bénéficiaires du fonds social mazout catégories 2 et 3 ;
- Membres d'une communauté religieuse de plus de 65 ans ;
- Fonctionnaire mis(e) en disponibilité depuis au moins un an ;
- Militaire en retrait temporaire d'emploi pour motifs de santé depuis au moins un an.

Ménage :

- Titulaires ayant une des qualités visées ;
- Conjoint, cohabitant légal, partenaire de vie ;
- Leurs personnes à charge.

Revenus :

- Période de référence : 1 mois (le mois de la demande) ;
- Revenus pris en considération : revenus bruts imposables ;
- Plafond applicable (régulièrement indexé) : le dernier en vigueur datait du 1^{er} septembre 2013 et s'élève à 16.965,47 € + 3.140,77 € par personne supplémentaire dans le ménage.

Un retrait du BIM pouvait avoir lieu en cas de modification dans la composition de ménage. Le droit BIM était prolongé d'année en année si le contrôle systématique prouvait que les revenus restaient inférieurs au plafond en vigueur ou s'il n'y avait pas de modification dans la composition de ménage.

2) Statut Omnio

Bénéficiaires visés :

- Pas de conditions. Tous les ménages pouvaient potentiellement en bénéficier depuis le 1^{er} avril 2007.

Ménage :

- Ménage inscrit au Registre National au 1^{er} janvier de l'année où le droit OMNIO était examiné.

Revenus :

- Période de référence : 1 an (année précédant la demande) ;
- Revenus pris en considération : revenus bruts imposables ;
- Plafond : examen du droit en 2013 sur la base des revenus de 2012 : 16.306,86€ + 3.018,84€ par personne supplémentaire dans le ménage ;
- Un contrôle systématique des revenus était organisé chaque année pour s'assurer que le ménage est toujours en-dessous du plafond ;
- Les modifications dans la composition de ménage étaient prises en considération pour l'examen du statut Omnio.

Définition de la famille monoparentale

La notion de famille « monoparentale » est basée sur la notion du ménage au niveau du Registre national (RN) et la notion de ménage mutualiste.

Ménage Registre national

« Est considéré comme formant une famille monoparentale le titulaire qui cohabite uniquement avec un ou des enfants inscrits à sa charge conformément à l'article 123, alinéa 1^{er}, 3, de l'Arrêté royal du 3 juillet 1996. La preuve de la cohabitation résulte de l'information visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 5^o de la loi du 08.08.1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenues auprès du Registre national ».

Ménage mutualiste

Par « famille monoparentale », la mutuelle entend :

- Une famille mutualiste composée d'un titulaire et au minimum d'un enfant inscrit à sa charge, qu'il s'agisse ou non des enfants du titulaire ;
- ET avec lequel il cohabite au sens du Registre national ;
- Ce titulaire habite uniquement avec des enfants inscrits à sa charge ;
- La cohabitation est prouvée par l'adresse connue au Registre national (à la date de la signature de la déclaration sur l'honneur).

Cela signifie que :

- Toutes les personnes présentes dans le ménage RN doivent être inscrites dans le ménage mutualiste et les personnes à charges doivent être enfants ;
- Par contre, le ménage mutualiste peut reprendre plus de personnes que le ménage RN.

Tableaux : Consommation de soins par type de soins avant et après l'octroi du statut BIM, 2010-2012

CONSULTATIONS MG										
		Nombre de prestations	Nombre de patients	Nb moyen de prestations par patient	% d'affiliés avec au moins un contact	TM (€)	INAMI (€)	TM moyen (€)	INAMI moyen (€)	% TM dans coût total
BIM 2011 (cohorte)	Avant	124.176	24.233	5,1	69,5%	457.296,2	2.207.346,2	18,9	91,1	17,2%
	Après	132.878	24.902	5,3	71,4%	121.983,6	2.823.760,1	4,9	113,4	4,1%
BIM (non cohorte)	2011	2.005.807	393.075	5,1	64,4%	1.895.461,3	42.157.170,3	4,8	107,2	4,3%
BO	2011	7.208.327	1.678.850	4,3	71,2%	31.253.345,3	127.455.290,3	18,6	75,9	19,7%
VISITES MG										
		Nombre de prestations	Nombre de patients	Nb moyen de prestations par patient	% d'affiliés avec au moins un contact	TM (€)	INAMI (€)	TM moyen (€)	INAMI moyen (€)	% TM dans coût total
BIM 2011 (cohorte)	Avant	73.426	10.868	6,8	31,2%	545.823,2	1.780.870,6	50,2	163,9	23,5%
	Après	82.998	11.274	7,4	32,3%	139.297,7	2.609.130,7	12,4	231,4	5,1%
BIM (non cohorte)	2011	2.032.949	225.027	9,0	36,9%	3.384.043,4	62.921.528,6	15,0	279,6	5,1%
BO	2011	2.020.594	508.494	4,0	21,6%	18.643.586,9	47.633.857,3	36,7	93,7	28,1%
CONSULTATIONS SP										
		Nombre de prestations	Nombre de patients	Nb moyen de prestations par patient	% d'affiliés avec au moins un contact	TM (€)	INAMI (€)	TM moyen (€)	INAMI moyen (€)	% TM dans coût total
BIM 2011 (cohorte)	Avant	94.527	20.869	4,5	59,9%	743.832,0	1.584.500,4	35,6	75,9	31,9%
	Après	97.118	21.881	4,4	62,8%	259.336,2	2.208.189,5	11,9	100,9	10,5%
BIM (non cohorte)	2011	1.408.454	352.230	4,0	57,7%	3.784.408,3	31.918.842,9	10,7	90,6	10,6%
BO	2011	4.349.429	1.264.287	3,4	53,6%	35.979.052,9	69.026.589,3	28,5	54,6	34,3%

SOINS DENTAIRES PREVENTIFS										
		Nombre de prestations	Nombre de patients	Nb moyen de prestations par patient	% d'affiliés avec au moins un contact	TM (€)	INAMI (€)	TM moyen (€)	INAMI moyen (€)	% TM dans coût total
BIM 2011 (cohorte)	Avant	16.252	6.719	2,4	21,1%	51.700,3	275.182,3	7,7	41,0	15,8%
	Après	20.572	8.100	2,5	25,4%	1.714,5	435.487,3	0,2	53,8	0,4%
BIM (non cohorte)	2011	259.351	103.880	2,5	22,5%	23.404,0	5.190.588,3	0,2	50,0	0,4%
BO	2011	1.395.214	556.863	2,5	29,8%	4.759.942,7	22.530.524,8	8,5	40,5	17,4%
SOINS DENTAIRES CURATIFS										
		Nombre de prestations	Nombre de patients	Nb moyen de prestations par patient	% d'affiliés avec au moins un contact	TM (€)	INAMI (€)	TM moyen (€)	INAMI moyen (€)	% TM dans coût total
BIM 2011 (cohorte)	Avant	35.562	6.859	5,2	21,5%	165.140,1	1.108.619,5	24,1	161,6	13,0%
	Après	47.793	7.939	6,0	24,9%	5.898,3	1.732.013,1	0,7	218,2	0,3%
BIM (non cohorte)	2011	548.456	97.535	5,6	21,1%	69.200,5	19.629.396,0	0,7	201,3	0,4%
BO	2011	2.220.097	483.756	4,6	25,9%	11.720.641,7	66.466.617,3	24,2	137,4	15,0%
MEDICAMENTS										
		Nombre de DDD	Nombre de patients	Nb DDD moyen par patient	% d'affiliés traités	TM (€)	INAMI (€)	TM moyen (€)	INAMI moyen (€)	% TM dans coût total
BIM 2011 (cohorte)	Avant	17.579.123	27.593	504,2	79,1%	2.079.881,0	7.123.138,5	75,4	258,2	22,6%
	Après	19.815.477	28.548	568,4	81,9%	1.620.081,6	8.066.097,6	56,7	282,5	16,7%
BIM (non cohorte)	2011	385.386.869	479.850	631,4	78,6%	29.692.771,9	164.641.995,0	61,9	343,1	15,3%
BO	2011	874.864.704	1.735.444	371,2	73,6%	95.488.024,1	292.922.949,5	55,0	168,8	24,6%

Source : SOLIDARIS – MUTUALITÉ SOCIALISTE

LES PUBLICATIONS DE LA DIRECTION ETUDES DE LA MUTUALITÉ SOCIALISTE
SONT TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE www.mutsoc.be



La Mutualité Socialiste



DIRECTION ETUDES DE LA MUTUALITÉ SOCIALISTE

DIRECTEUR : JEAN-MARC LAASMAN

RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES

Téléphone : 02/515.03.93. – fax : 02/515.18.74. – mail : Etudes@mutsoc.be

EDITEUR RESPONSABLE :

ALAIN THIRION

Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles