KCE REPORT 309Bs

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

IMPACT GLOBAL ET EFFET REDISTRIBUTIF DES MESURES DE PROTECTION SOCIALE EN MATIÈRE DE COÛTS DE SANTÉ

EXEMPLES DE SIMULATIONS HYPOTHÉTIQUES





KCE REPORT 309Bs
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

IMPACT GLOBAL ET EFFET REDISTRIBUTIF DES MESURES DE PROTECTION SOCIALE EN MATIÈRE DE COÛTS DE SANTÉ

EXEMPLES DE SIMULATIONS HYPOTHÉTIQUES

MARÍA-ISABEL FARFAN-PORTET, NICOLAS BOUCKAERT, STEPHAN DEVRIESE, CARL DEVOS, CARINE VAN DE VOORDE

PRÉFACE

Dans notre régime d'assurance obligatoire soins de santé, depuis 1963, les veuves, invalides et pensionnés sont exonérés d'intervention personnelle car cela répond "à un vœu unanimement exprimé par le Groupe de Travail parlementaire qui constatait que certaines catégories de personnes ne peuvent, du fait de leur situation sociale, continuer à avoir accès aux ressources de la médecine que si les moyens matériels d'y recourir leur en sont fournis[a]." Le législateur reconnaissait l'utilité d'une intervention personnelle pour conscientiser les patients au coût des soins de santé et par conséquent pour en 'modérer' la consommation. Toutefois, il ne souhaitait pas que cette intervention devienne un obstacle à l'accès aux soins pour les moins favorisés. Depuis plus de cinquante ans, ces principes fondateurs sont restés inchangés et ont guidé les décideurs. Il a été possible de garder le cap, mais au prix d'une complexification croissante du système. Le document technique qui est soumis à votre lecture n'a pas pour vocation d'évaluer les aspects éthiques ou relatifs à la justice sociale des mesures de protection des patients contre les risques de 'faillite' en raison de coûts de soins trop élevés. Sa finalité est moins ambitieuse, il propose 'simplement' une série de scénarios caractérisés par un souci de cohérence ou de simplification. Il pourra toutefois s'avérer très utile pour celles et ceux qui auront à décider de l'évolution de notre système de remboursement car il décrit précisément les impacts budgétaires de chaque changement potentiel, mais il désigne aussi celles et ceux qui en seraient impactés. Derrière les euros, l'humain n'est jamais très loin.

Marijke EYSSEN
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD
Directeur Général a.i.

[a] Loi du 9 août 1963 instituant le régime d'assurance obligatoire soins de santé

SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE **1**

SYNTHÈSE **2**

1. INTRODUCTION **4**

1.1. LA STRUCTURE COMPLEXE DE L'ASSURANCE MALADIE BELGE 4

1.2. QUESTIONS DE RECHERCHE ET PORTÉE DE L'ÉTUDE 5

1.3. CORRECTIONS POUR LES GROUPES VULNÉRABLES D'UN POINT DE VUE ÉCONOMIQUE ET MÉDICAL 8

1.3.1. Protection des groupes économiquement vulnérables 8

1.3.2. Protection pour les groupes vulnérables d'un point de vue médical 10

2. UNE PROTECTION SOCIALE POUR LES MALADES (2012-2016) **13**

2.1. UTILISATION DU DROIT À L'INTERVENTION MAJORÉE PAR LES GROUPES FINANCIÈREMENT VULNÉRABLES 13

2.1.1. Qui ne fait pas usage de son droit au statut OMNIO ? 13

2.1.2. La fusion des deux systèmes 17

2.2. UNE PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE POUR LES MALADES CHRONIQUES 21

2.2.1. Le maximum à facturer pour enfant handicapé 21

2.2.2. Le maximum à facturer pour malades chroniques 21

2.2.3. Un nouveau statut pour les malades chroniques 22

2.2.4. Jusqu'où les différentes mesures de protection se rejoignent-elles ? 23

2.3. IMPACT GLOBAL DES MESURES 24

3. PISTES POUR UN REDESIGN DES MESURES DE PROTECTION EN MATIÈRE DE COÛTS DE SANTÉ **26**

3.1. PROTECTION DES MALADES DE LONGUE DURÉE : UN ÉLARGISSEMENT ET UNE SIMPLIFICATION 26
3.1.1. Limiter le MàF malades chroniques 26
3.1.2. Un maximum à facturer pour les patients atteints d'une affection psychiatrique de longue durée 27
3.2. LES REVENUS COMME MESURE DE LA CAPACITÉ FINANCIÈRE 28
3.2.1. Maximum à facturer : fixer les plafonds de tickets modérateurs sur la base de données plus récentes 29
3.2.2. Réformes fiscales : de la déduction à la réduction d'impôts 29
3.2.3. Adaptation au bien-être des seuils de revenus du MàF 31
3.2.4. Élargissement de l'enquête sur les revenus pour le droit à l'intervention majorée 31
3.3. PLAFONDS DE TICKETS MODÉRATEURS DU MÀF : INDEXATION ET ABAISSEMENT DU PLAFOND LE PLUS BAS 33
3.3.1. Indexation des plafonds de tickets modérateurs 33
3.3.2. Simplification de la protection des groupes à faibles revenus : suppression du MàF social et introduction d'un nouveau plafond de € 250 34
3.4. IMPACT GLOBAL DES MESURES 36
3.5. FRANCHISE OU MAXIMUM À FACTURER ? 38
4. DISCUSSION 41
■ **RECOMMANDATIONS 44**
■ **RÉFÉRENCES 46**

1. INTRODUCTION

1.1. La structure complexe de l'assurance maladie belge

Un système solidaire

Toute assurance maladie, même privée et volontaire, vise à protéger contre l'imprévisibilité des coûts de santé (potentiellement importants) : l'affilié paie une cotisation et, s'il tombe malade ou doit être hospitalisé, tout ou partie des frais lui sont remboursés. L'assurance maladie obligatoire qui existe en Belgique n'est toutefois pas qu'une simple assurance pour les coûts de santé, mais aussi un système solidaire visant à réduire les inégalités. Elle cherche à mettre en place deux formes de solidarité : un partage des revenus et un partage des risques.

La notion de partage des revenus signifie que les personnes qui gagnent beaucoup contribuent davantage que celles qui disposent de rentrées plus faibles. Le partage des risques, lui, touche à la répartition des coûts de santé : les personnes dont les risques de santé sont faibles contribuent à financer les soins de celles qui sont exposées à des risques plus élevés, et ce indépendamment de leurs revenus. Dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, les malades chroniques ne paient par exemple pas davantage que leurs concitoyens en bonne santé et les personnes dont la consommation de soins est faible assument donc une part des frais de celles qui ont besoin de soins importants. En effet, les coûts de la santé sont répartis d'une manière très inégale, puisque plus de 50 % des dépenses de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) sont destinées à 5 % à peine de la population.[1] Une assurance maladie obligatoire reposant sur une solidarité des risques et des revenus vise à préserver l'accessibilité financière des soins pour tous, y compris ces 5 %.

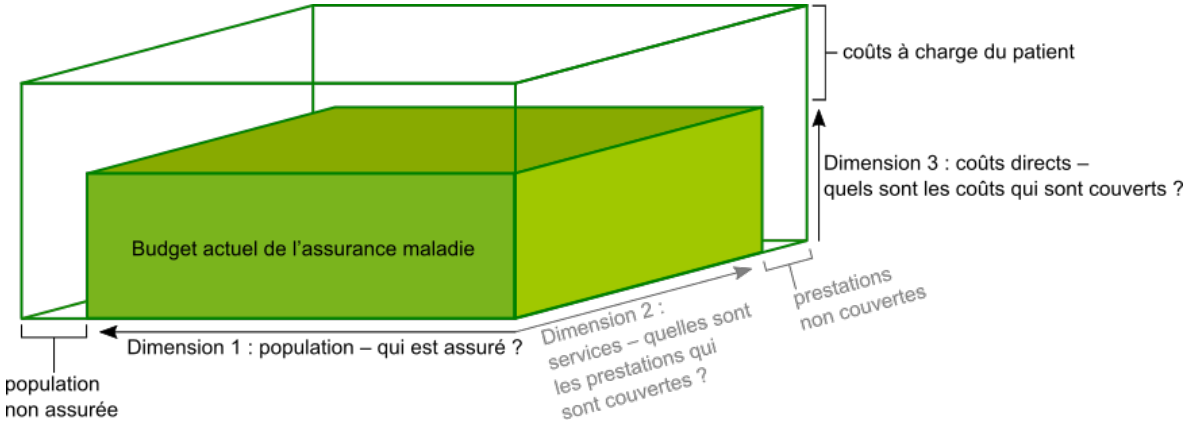
Une protection supplémentaire contre une quote-part personnelle élevée

Le cadre tridimensionnel de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est un outil fréquemment utilisé pour représenter la couverture des soins de santé par l'assurance maladie.[2] On y distingue la population assurée (dimension 1), les prestations couvertes par l'assurance (dimension 2) et enfin la part des coûts couverte par l'assurance (dimension 3 de la Figure 1). Dans ce cadre, le système belge d'assurance maladie obligatoire se caractérise par une population presque entièrement assurée (99 %) et par un large éventail de services pris en charge. Dans notre pays, les patients paient toutefois aussi de leur poche une part non négligeable de leurs frais de santé, composée d'une part d'une quote-part personnelle dans le tarif INAMI officiel (généralement appelée « ticket modérateur ») et d'autre part de suppléments (p.ex. pour les médicaments, le matériel médical, certaines prestations, le séjour en chambre privée à l'hôpital). En fonction du mode de calcul, cette contribution personnelle s'élève en moyenne à 20-25 % du total des frais de santé.[3]

Plusieurs mesures de protection sociale existent pour limiter cette contribution personnelle afin de rendre les soins de santé plus accessibles aux personnes vulnérables qui disposent de faibles revenus et/ou sont confrontées à des dépenses de santé importantes. Ceci confère à l'assurance obligatoire une structure extrêmement complexe, qui reflète les objectifs divers et parfois contradictoires de nos décideurs – en simplifiant : proposer des soins financièrement abordables sans compromettre la durabilité du système.

À côté de ces mesures de protection, il existe encore quelques autres exceptions à la règle générale du partage des coûts entre l'assurance maladie et le patient. Celui-ci ne paie p.ex. aucune contribution financière pour des médicaments essentiels comme l'insuline.

Figure 1 – Les trois dimensions de la couverture des coûts de santé



1.2. Questions de recherche et portée de l'étude

Pourquoi cette étude ?

Pour alléger la charge financière de la maladie, différentes mesures de protection ont été mises en place. Certaines concernent un groupe-cible spécifique dont la consommation de soins ou les dépenses de santé sont élevées (p.ex. les catégories de malades chroniques du forfait de soins – voir plus loin), d'autres s'adressent plus généralement aux ménages dont les moyens sont limités (p.ex. ceux qui répondent à une condition de revenus).

Les mesures de protection se basent chacune sur des définitions bien spécifiques des revenus, du ménage, des coûts ou de la chronicité et ces définitions ne sont (généralement) pas les mêmes, ce qui rend particulièrement complexe l'exercice d'évaluation de la charge et de la capacité financière des ménages.

Dans la présente étude, réalisée à la demande de l'INAMI, nous avons calculé l'impact budgétaire et l'effet redistributif des mesures politiques (prises entre 2012 et 2016) qui ont eu un impact sur la quote-part personnelle du patient (Chapitre 2). Nous avons également investigué l'impact d'un certain nombre de modifications hypothétiques ou apportées récemment aux mesures de protection actuelles (Chapitre 3).

Pour reprendre les termes de la Figure 1, cette étude traite des contributions financières personnelles (dimension 3) de toutes les personnes affiliées auprès d'un organisme assureur belge (dimension 1). L'éventail des services assurés (dimension 2) sort du cadre de nos recherches.

Qu'avons-nous concrètement étudié ?

Pour chaque mesure, nous avons calculé l'impact budgétaire global pour l'INAMI et pour les patients. Ces deux pôles forment des vases communicants : si, suite à une réforme, le ticket modérateur augmente (ou diminue) pour les patients, cela se traduira par une réduction (ou augmentation) équivalente pour l'INAMI. Nous mentionnons pour chaque simulation les variables suivantes :

- Total des tickets modérateurs (ticket modérateur brut)
- Remboursement dans le cadre du maximum à facturer (MàF)
- Total des tickets modérateurs après prise en compte du MàF (ticket modérateur net).

Nous avons aussi évalué l'impact de chaque mesure sur les chiffres suivants :

- Nombre de ménages bénéficiant de remboursements dans le cadre du MàF
- Nombre de ménages exposés à des dépenses extrêmes (« payeurs extrêmes »)
- Nombre de personnes ayant droit à l'intervention majorée.

À côté de l'impact global, nous avons dressé un profil détaillé des « gagnants » et des « perdants » pour une mesure donnée. Les gagnants sont les ménages qui voient leur ticket modérateur diminuer, les perdants ceux chez qui il augmente.

Nous n'avons pas étudié ici les réformes touchant les suppléments. Nous définissons les suppléments comme la différence entre le prix réellement payé par le patient et la base de remboursement prévue par l'INAMI (p.ex. les suppléments d'honoraires), ainsi que les montants payés par le patient pour des frais qui ne sont pas inclus dans le paquet de l'assurance maladie obligatoire (p.ex. les médicaments de la catégorie D). Dans le rapport scientifique, nous précisons par ailleurs l'impact de chaque mesure sur les contributions personnelles totales. Le montant des suppléments sous-estime toutefois la réalité, ceux qui sont payés en-dehors du cadre hospitalier n'étant pas (nécessairement) toujours enregistrés.

Les résultats concernant les **« payeurs extrêmes »** sont à interpréter avec prudence. Dans le cadre de cette étude, nous entendons par là des ménages qui consacrent plus de 10 % de leurs revenus au paiement de tickets modérateurs. Si leur revenu imposable est égal à € 0 et qu'ils ne paient pas de tickets modérateurs, ils n'entrent pas dans cette catégorie ; si au contraire ils s'acquittent bien de ces quotes-parts personnelles, ils font partie des payeurs extrêmes. D'après les données fiscales, il semble que plus de 75 % des payeurs extrêmes de notre simulation de base (voir plus loin) ne disposent pas de revenus nets imposables. Les mesures qui modifient les conditions de revenus n'ont donc guère d'impact sur eux ; par conséquent, l'effet global de ces mesures sur la catégorie des payeurs extrêmes reste limité. Dans le rapport scientifique, nous présentons pour chaque simulation des détails supplémentaires concernant les effets sur les payeurs extrêmes en fonction de leurs revenus.

Comment avons-nous procédé ?

Les impacts budgétaires et redistributifs des mesures politiques prises entre 2012 et 2016 ont été calculés à l'aide de la technique de la micro-simulation (voir Encadré 1). Cette même approche nous a permis d'évaluer l'impact d'une série de modifications hypothétiques des mesures de protection. Elle a déjà été utilisée dans le passé dans le Rapport KCE 80 (2008), qui évaluait les effets du maximum à facturer sur la consommation et l'accessibilité des soins.[4]

Encadré 1 – La technique de la micro-simulation

La micro-simulation permet **de calculer l'impact d'une mesure politique pour chaque ménage individuel**. Si cet impact est exprimé p.ex. en termes de ticket modérateur à payer, la micro-simulation permet de calculer le ticket modérateur de chaque ménage avant et après l'entrée en vigueur de la mesure et de dresser un tableau plus précis des gagnants et perdants.[b]

Nous utilisons ici un **modèle de micro-simulation statique**, qui ne tient pas compte des éventuels changements du comportement de consommation de soins après l'introduction d'une mesure politique donnée. Une augmentation ou diminution du ticket modérateur peut en effet accroître ou abaisser la demande de soins de santé : lorsqu'une personne ne doit plus (ou plus entièrement) supporter elle-même les conséquences financières de ses actes mais qu'elle peut les faire payer par un tiers payant (p.ex. une assurance), il est possible que son comportement change. Une modification de la consommation de soins après un changement de prix peut aussi être le reflet d'une sous-consommation qui s'estompe suite à une baisse du ticket modérateur. Il n'existe pas de chiffres sur cet effet des prix pour notre pays.

Les revenus, la composition de la population, les honoraires et les prix sont également maintenus à un niveau constant, ce qui signifie p.ex. que la part des plus de 75 ans dans notre échantillon (2012) ne change pas au fil des simulations. L'impact d'une mesure prise en 2016 est donc analysé en fonction de la composition de la population et des prix en 2012.

Nous avons appliqué la technique de la micro-simulation à un **fichier couplé des données fiscales et relatives aux soins de santé** pour un échantillon pondéré d'assurés sociaux (2012), auxquels s'ajoutent toutes les personnes appartenant à leur ménage (soit toutes les personnes cohabitant à la même adresse au 1er janvier selon les données du Registre National). L'échantillon pondéré est représentatif de la population belge assurée.

Les résultats sont rapportés à l'échelon du « ménage Registre national ». La plupart des variables contenues dans la base de données – comme l'âge, le droit à un revenu d'intégration, la présence d'une maladie chronique – sont toutefois enregistrées au niveau d'un individu et « transposées » à l'ensemble du ménage : dès lors qu'un membre du ménage a droit à un revenu d'intégration, le ménage y a droit aussi.

La synthèse repose sur les documents suivants :

- un Manuel Technique comprenant une description des données, des contrôles et du traitement des données ;
- un rapport scientifique comportant, pour chaque simulation, une fiche technique et des tableaux avec des résultats détaillés ;
- une annexe avec les effets de redistribution par simulation.

Les résultats de la **simulation de base**, qui reflète le mieux possible la réalité de 2012[c], constituent le point de départ des micro-simulations. Cette simulation de base part des données réellement enregistrées en 2012, mais en les adaptant pour répondre aux incohérences existant entre certaines variables et en y ajoutant des informations détaillées sur le maximum à facturer (pour les choix qui ont été posés, voir le Manuel Technique).

[b] Voir le chapitre 6 du rapport KCE 80 sur l'évaluation du maximum à facturer pour une présentation plus détaillée de la technique de la micro-simulation.[4]

[c] Le Manuel Technique (Chapitre 4) décrit dans le détail les différentes étapes séparant les données brutes de la simulation de base. Les données brutes (paragraphe 3.1.3 du Manuel Technique) et les résultats de la simulation de base (paragraphe 4.3) sont également comparés aux statistiques de l'INAMI.

Rapport technique

Cette synthèse, tout comme les documents qui y sont associés (rapport scientifique, manuel technique, annexes), doivent être lus comme un rappport technique illustrant comment les résultats des microsimulations peuvent être utilisés en soutien des choix politiques. Les résultats qui y apparaissent ne doivent pas être compris comme des recommandations positives ou négatives au sujet des mesures proposées.

1.3. Corrections pour les groupes vulnérables d'un point de vue économique et médical

Les fondements de la structure actuelle du ticket modérateur ont été posés dans la Loi sur l'Assurance Maladie du 9 août 1963.[5] À l'époque déjà, le législateur avait prévu une intervention majorée de l'assurance pour certains bénéficiaires, qui recevaient un remboursement plus élevé pour leurs frais de santé. Après l'introduction de cette intervention majorée (1963), sont venus s'ajouter le maximum à facturer (2002), le statut OMNIO (2007-2014) et le statut de malade chronique (2014), autant d'autres mesures visant à garantir l'accessibilité financière des soins de santé. En 1998 ont également été introduits les forfaits de soins pour les malades chroniques, qui apportent un soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques exposées à des coûts médicaux importants et fortement dépendantes de l'aide de tiers.

Ces mesures sont brièvement exposées aux paragraphes 1.3.1 et 1.3.2, en insistant sur l'état actuel de la réglementation (2018). Certaines mesures visent des catégories plutôt vulnérables sur le plan économique, d'autres sur le plan médical. L'aperçu ne reprend que les mesures pour lesquelles nous avons pu réaliser des calculs à l'aide des micro-simulations sur la base des données disponibles. Avec le système du tiers-payant (social), par exemple, le ticket modérateur reste le même mais le « signal de prix » change : les patients ne doivent plus avancer eux-mêmes la somme complète, mais paient uniquement le ticket modérateur. Pour mesurer l'impact de ce système, il serait nécessaire d'avoir une vue plus claire des éventuels changements de comportement (voir aussi Encadré 1), ce qui sort du cadre de cette étude. Une évaluation du régime (social) de tiers payant a montré que cette mesure augmente l'accessibilité pour les personnes ayant droit à l'intervention majorée, mais aussi qu'elle est assez peu appliquée et qu'elle est relativement inconnue des personnes ayant droit au statut de malade chronique (voir plus loin). Une description plus approfondie des différentes mesures est disponible sur le site de l'INAMI.

1.3.1. Protection des groupes économiquement vulnérables

Intervention majorée et statut OMNIO

À l'origine (1963), le remboursement majoré des frais de santé n'était accordé qu'aux veuves, invalides, pensionnés et orphelins (VIPO) et aux membres de leur ménage lorsque les revenus bruts imposables de l'ensemble du ménage étaient inférieurs à un certain seuil ; on parlait à l'époque de statut VIPO. En 1997 et 1998, ce système a été ouvert à d'autres groupes économiquement vulnérables et rebaptisé « intervention majorée (de l'assurance) ». Il a ensuite été élargi encore davantage au fil des années ; les bénéficiaires devaient toutefois toujours appartenir à des catégories bien précises et satisfaire à des conditions de revenus (à l'exception des enfants porteurs d'un handicap reconnu). Entraient en considération, les bénéficiaires d'un revenu d'intégration ou de la garantie de revenus aux personnes âgées, les chômeurs de longue durée et les bénéficiaires d'une allocation de personne handicapée. Le simple fait de disposer d'un revenu très faible n'était donc pas toujours suffisant (voir INAMI (2016)[6] pour un historique de la législation sur l'intervention majorée).

Grâce au statut OMNIO (1er juillet 2007), les ménages à faibles revenus ne satisfaisant pas aux autres conditions de l'intervention majorée se sont vus ouvrir le droit au ticket modérateur réduit. Ce droit n'était toutefois pas accordé de façon automatique, une enquête sur les revenus étant systématiquement réalisée par la mutuelle lorsqu'une nouvelle demande était introduite.

Les deux systèmes – l'intervention majorée et le statut OMNIO – ont existé en parallèle, mais appliquaient des conditions différentes en termes de revenus et de composition du ménage. Ils ont été fusionnés en 2014 ; depuis cette date, seul est utilisé le terme d'intervention majorée (voir Encadré 2). Le paragraphe 5.3 du Manuel Technique donne une description détaillée de la réglementation avant et après 2014 et de la manière dont la réforme a été implémentée dans les données.

Encadré 2 – Droit à l'intervention majorée (2018)

De quoi s'agit-il ? Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) paient un ticket modérateur moins élevé.

Pour qui ? Le droit à l'intervention majorée peut être obtenu de trois manières :

1. La mutualité l'octroie de façon automatique aux personnes ayant droit aux allocations suivantes :
   - le revenu d'intégration du CPAS ;
   - la garantie de revenus aux personnes âgées ;
   - l'allocation de personne handicapée ;
   - le supplément d'allocations familiales pour un enfant reconnu handicapé à au moins 66 %.
2. La mutualité octroie également l'intervention majorée de façon automatique :
   - aux enfants (de moins de 25 ans) inscrits à la mutuelle sous le statut d'orphelin ;
   - aux mineurs étrangers non accompagnés.
3. La mutualité peut en outre accorder l'intervention majorée sur la base des revenus, moyennant demande auprès de ses services et enquête sur les revenus.

Quelle conception du ménage ? L'intervention majorée est accordée au bénéficiaire, à son partenaire cohabitant et à leurs personnes à charge dans les cas qui relèvent des points 1 et 2. Pour ceux qui relèvent du point 3, elle est accordée au titulaire du demandeur (qui peut être le demandeur lui-même, mais pas forcément), au partenaire cohabitant et à leurs personnes à charge.

Quelle conception des revenus ? En principe, on tient compte du revenu brut imposable du ménage pour l'année précédente (« période de référence »). Lorsqu'il est question de revenus stables (p.ex. chez les pensionnés), on prendra toutefois en considération le revenu mensuel brut imposable au cours du mois qui précède la demande (cette situation est appelée « indicateur » et se base sur une déclaration sur l'honneur).

Revenus pris en considération	*Condition de revenus*
Revenu brut imposable du ménage pour l'année qui précède	Revenu inférieur ou égal à € 18 335,43 pour le demandeur + € 3 394,38 par membre du ménage supplémentaire
Revenu actuel recalculé sur base annuelle	Revenu inférieur ou égal à € 18 730,66 pour le demandeur + € 3 467,55 par membre du ménage supplémentaire

Le maximum à facturer

Il existe quatre types de maximum à facturer (MàF), qui reposent chacun sur une conception différente des revenus et du ménage. Tous les ménages ont droit à un ou plusieurs types de maximum à facturer (voir Encadré 3).

Le principe de base du maximum à facturer est que le montant total des tickets modérateurs payés au cours d'une année par un ménage ne peut pas excéder un certain plafond. Tous les tickets modérateurs qui dépassent ce plafond sont donc intégralement remboursés par l'assurance maladie.

Dans le système actuel, la quasi-totalité des soins remboursés par l'assurance maladie sont repris dans le système du MàF ; parmi les exceptions, on retrouve notamment les tickets modérateurs sur certains produits pharmaceutiques et sur les séjours de longue durée en hôpital psychiatrique (voir également section 4.1 du Manuel Technique). La loi du 14 juillet 1994 (article 37sexies) dresse une liste des grandes catégories d'exceptions, mais sans vraiment entrer dans les détails, et cette absence de source authentique débouche parfois sur des applications différentes d'une mutuelle à l'autre (voir Manuel Technique, paragraphe 4.1).

La protection qu'offre le maximum à facturer contre les coûts de santé (élevés) ne s'applique qu'aux tickets modérateurs, pas aux suppléments ou aux coûts de santé non médicaux.

Encadré 3 – Le maximum à facturer (2018)

Maximum à facturer social

Dans le cadre du maximum à facturer social, les tickets modérateurs sont plafonnés à € 468,18 par ménage. Les bénéficiaires de l'intervention majorée ont en principe également droit au maximum à facturer social ; ce n'est toutefois pas le cas lorsque l'intervention majorée a été octroyée sur la base d'un revenu d'intégration pour personne handicapée et que le conjoint dispose d'un revenu.

Maximum à facturer « revenus »

Dans le cadre du maximum à facturer « revenus », sont considérées comme un ménage toutes les personnes cohabitant à une même adresse à la date du 1er janvier suivant les données du Registre National (ménage Registre national). Sous certaines conditions, les personnes en situation de dépendance aux soins peuvent toutefois être considérées comme un ménage distinct, même si elles résident à la même adresse.

Tous les ménages ou membres d'un ménage qui n'ont pas droit au MàF social ont droit au MàF revenus.

Le plafond dépend ici des revenus nets imposables du ménage trois ans avant l'année où la demande est introduite (t-3) :

Tranche de revenus	*Plafond pour les tickets modérateurs*
de € 0,00 à € 18 620,31	€ 468,18
de € 18 620,32 à € 28 625,25	€ 676,26
de € 28 625,26 à 38 630,22	€ 1 040,40
de € 38 630,23 à 48 218,29	€ 1 456,56
à partir de € 48 218,30	€ 1 872,72

Les malades chroniques, les personnes handicapées et les personnes en situation de dépendance qui vivent auprès d'un ménage à haut revenus mais sont considérées comme un ménage distinct peuvent donc bénéficier d'un plafond plus faible.

Maximum à facturer pour un enfant de moins de 19 ans

Pour les enfants de moins de 19 ans, le plafond annuel s'élève à € 676,26 quels que soient les revenus du ménage. Si le plafond du ménage est inférieur à € 676,26, c'est toutefois ce dernier qui s'applique. Il s'agit ici d'un droit individuel de l'enfant, qui n'est pas transférable aux autres membres du ménage.

Depuis 2014, les enfants qui ont droit à des allocations familiales majorées (handicapés à 66 %) peuvent également, dans certaines circonstances, bénéficier du maximum à facturer social. Ceux qui touchaient déjà des allocations familiales supplémentaires avant le 4 juillet 2002 et qui y ont encore droit au cours de l'année civile sur laquelle portent les dépenses bénéficient en outre d'un plafond individuel non indexé de € 450.

1.3.2. Protection pour les groupes vulnérables d'un point de vue médical

Le législateur a également introduit des mesures de protection supplémentaires pour les malades chroniques, qui viennent s'ajouter à la protection de l'assurance maladie obligatoire. Ces diverses mesures ont toutes leur propre définition de la « maladie chronique », mais on peut distinguer deux grandes tendances : d'une part les définitions qui se basent sur les coûts de santé (pour le patient ou pour l'INAMI) et d'autre part celles qui reposent sur le recours aux soins (ou à certains types de soins). Le droit au « statut de personne atteinte d'une affection chronique » et le maximum à facturer pour les malades chroniques appartiennent à la première catégorie, le droit à l'intervention forfaitaire pour les malades chroniques à la seconde.

Le maximum à facturer pour les malades chroniques

Depuis 2009, le maximum à facturer pour les malades chroniques offre à ces derniers une protection supplémentaire contre des tickets modérateurs élevés.

Encadré 4 – Le maximum à facturer pour malades chroniques (2018)

De quoi s'agit-il ? Le maximum à facturer pour malades chroniques diminue automatiquement le plafond des tickets modérateurs à charge du patient de € 104,04 pour le MàF social, le MàF revenus et le MàF pour les enfants qui ont un plafond de € 676,26. Les malades chroniques bénéficient donc plus rapidement d'une intervention intégrale de l'assurance maladie obligatoire.

Pour qui ? Pour tout ménage composé d'au moins un malade chronique. On entend par malade chronique :

- un membre du ménage qui a dépassé un certain plafond en tickets modérateurs au cours des deux années civiles précédentes (€ 450 en 2016, € 459 en 2017) ou
- un membre du ménage qui s'est vu accorder le statut de personne atteinte d'une affection chronique (voir Encadré 5) au cours de l'année civile en cours.

Quelle conception du ménage ? Suivant le ménage auquel appartient le malade chronique, on appliquera la notion de ménage du MàF social, du MàF revenus ou du MàF enfants.

Quelle conception des revenus ? Suivant le ménage auquel appartient le malade chronique, on appliquera la notion de revenus du MàF social, du MàF revenus ou du MàF enfants.

Statut de personne atteinte d'une affection chronique

Le statut de personne atteinte d'une affection chronique a été introduit en 2014.

Encadré 5 – Statut de personne atteinte d'une affection chronique 2018)

De quoi s'agit-il ? Ce statut donne droit à l'application du tiers-payant chez le médecin généraliste et le dentiste et à une réduction du plafond des tickets modérateurs à charge du patient (voir le passage sur le maximum à facturer pour malades chroniques). Dans le système du tiers-payant, le patient doit uniquement payer au prestataire le ticket modérateur et les éventuels suppléments.

Pour qui ? Le statut est automatiquement octroyé par la mutualité pour une durée de deux ans (et peut être prolongé)

- lorsque la personne a droit au forfait de soins (voir encadré suivant) ou
- lorsque la personne a eu au moins € 300 (indexés : € 307,68 en 2016 et € 315,40 en 2017) de dépenses en soins de santé (INAMI + ticket modérateur) par trimestre pendant huit trimestres consécutifs (constituant deux années civiles).

Les personnes dont les dépenses de santé se sont élevées à au moins € 300 (indexés) par trimestre pendant huit trimestres consécutifs et qui souffrent d'une maladie rare ou orpheline peuvent demander ce statut pour une période de cinq ans au lieu des deux années accordées automatiquement. Cette demande sera évaluée par la mutuelle sur la base d'une attestation médicale.

Quelle conception du ménage ? Le tiers-payant est un droit individuel. Pour ce qui est du plafond réduit pour les tickets modérateurs, la définition du ménage sera celle du MàF social, du MàF revenus ou du MàF enfants, suivant le type de ménage auquel appartient le bénéficiaire du statut de personne atteinte d'une affection chronique.

Quelle conception des revenus ? Pour la réduction du plafond de tickets modérateurs, les critères de revenus qui s'appliquent sont ceux du MàF social, du MàF revenus ou du MàF enfants, suivant le type de ménage auquel appartient le bénéficiaire du statut de personne atteinte d'une affection chronique.

Le forfait de soins pour les malades chroniques

Le forfait de soins (1998) est une intervention annuelle destinée aux malades chroniques fortement dépendants d'autrui.

Encadré 6 – Forfait de soins pour malades chroniques (2018)

De quoi s'agit-il ? Le montant de l'intervention annuelle est défini en fonction de la situation de dépendance et indexé chaque année. Le forfait est automatiquement octroyé par la mutuelle.

Pour qui ? Deux conditions doivent être remplies : une perte d'autonomie et des dépenses élevées en tickets modérateurs.

Perte d'autonomie

Intervention de € 307,68

- être reconnu pour une période d'au moins six mois comme bénéficiaire atteint d'une pathologie lourde nécessitant un traitement de kinésithérapie ou de physiothérapie ;
- avoir séjourné dans un hôpital général ou psychiatrique à au moins six reprises ou pendant au moins 120 jours durant l'année civile en cours et/ou écoulée ;
- satisfaire aux conditions médicales donnant droit aux allocations familiales majorées pour un enfant atteint d'un handicap ou d'une maladie grave.

Intervention de € 461,55

- satisfaire aux critères de dépendance pour bénéficier de l'allocation d'intégration pour les personnes handicapées ;
- satisfaire aux critères de dépendance pour bénéficier de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées en situation de dépendance et atteintes d'un handicap ;
- avoir droit à une intervention pour l'aide d'une tierce personne (moins-valides) ;
- avoir droit, en tant qu'invalide avec d'autres personnes à charge, à une intervention pour l'aide d'une tierce personne ;
- avoir droit en tant qu'invalide sans autres personnes à charge à une allocation de bénéficiaire avec charge de ménage suite à la nécessité de disposer de l'aide d'un tiers.

Intervention de € 615,38

- avoir droit pour une période d'au moins trois mois à des soins infirmiers à domicile donnant lieu au paiement d'un forfait B ou C (ces deux forfaits reflètent un haut degré de dépendance physique).

Tickets modérateurs élevés

Un total de € 450 par an (€ 365 en cas d'intervention majorée) a été payé en tickets modérateurs durant l'année civile en cours et celle qui précède. Ce total tient compte uniquement des tickets modérateurs du malade chronique.

Quelle conception du ménage ? Le droit au forfait de soins est strictement individuel.

Quelle conception des revenus ? Ce forfait ne fait pas intervenir de conditions de revenus.

2. UNE PROTECTION SOCIALE POUR LES MALADES (2012-2016)

Les paragraphes 2.1 et 2.2 proposent une description détaillée des mesures introduites entre 2012 et 2016 et de leurs effets redistributifs.

Vous trouverez un aperçu de l'impact global de ces mesures dans le Tableau 1 et la Figure 7 à la fin de ce chapitre. Tous les montants sont exprimés en euros (2012).

2.1. Utilisation du droit à l'intervention majorée par les groupes financièrement vulnérables

En 2012, il existait deux systèmes parallèles donnant droit à des tickets modérateurs réduits : l'intervention majorée et le statut OMNIO. L'intervention majorée était automatiquement accordée aux personnes bénéficiant de certains avantages sociaux tels que le revenu d'intégration ou la garantie de revenus aux personnes âgées. Ce droit était également ouvert automatiquement aux assurés possédant une certaine qualité (p.ex. VIPO, chômeurs complets de longue durée âgés de 50 ans ou plus), mais toujours après une enquête sur les revenus réalisée par la mutuelle. Le statut OMNIO devait par contre être activement sollicité auprès de l'organisme assureur, qui effectuait ensuite une enquête sur les revenus du demandeur. La définition des revenus et du ménage était en outre différente dans les deux systèmes.

En 2014, le statut OMNIO a été supprimé et les deux systèmes ont été fusionnés sous le nom d'intervention majorée (Arrêté Royal du 15 janvier 2014[7]). L'objectif premier était de simplifier les conditions d'octroi de l'intervention majorée, un cadre conceptuel uniforme étant pour ce faire un outil important. En sus de ce cadre conceptuel uniforme, la réforme de 2014 prévoyait une série d'autres mesures pour stimuler encore d'avantage l'utilisation effective du droit à l'intervention majorée. La simulation de cette réforme est exposée au paragraphe 2.1.2 ; la situation avant son entrée en vigueur est examinée au paragraphe 2.1.1. L'impact de la réforme de 2014 peut ainsi être analysé indépendamment de celui d'une utilisation complète du statut OMNIO.

2.1.1. Qui ne fait pas usage de son droit au statut OMNIO ?

L'introduction du statut OMNIO (2007) s'est accompagnée d'une estimation du nombre d'utilisateurs potentiels. Leur nombre réel s'étant avéré sensiblement plus faible que prévu en 2010, trois nouveaux groupes ont été ajoutés au système de l'intervention majorée classique.[6] À partir de cette date, les chômeurs de longue durée (sans limite d'âge), les familles monoparentales et les personnes bénéficiant d'une intervention du Fonds Social Chauffage ont également eu droit à l'intervention majorée à condition de satisfaire aux conditions de revenus.

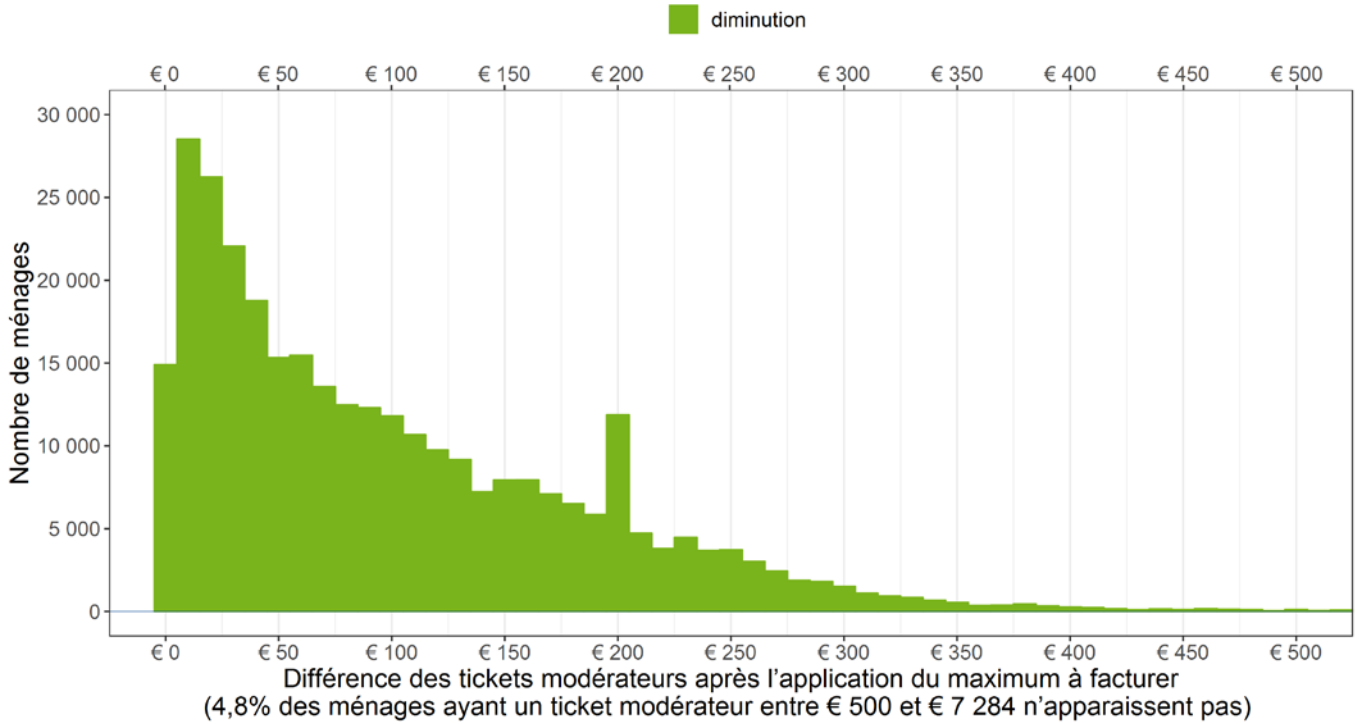
Contrairement aux autres simulations du Chapitre 2, qui calculent l'impact d'une mesure effectivement introduite au cours de la période 2012-2016, ce paragraphe entend avant tout dresser un profil-type des assurés qui ont droit au statut OMNIO mais n'en font pas usage. Les résultats ont été comparés à la simulation de base (N_0). Nous avons donc calculé l'impact global d'une **utilisation complète du statut OMNIO** (en 2012 ; simulation N_1) et comparé les caractéristiques des assurés qui ne faisaient pas usage de leur droit au statut OMNIO aux caractéristiques de ceux qui l'utilisaient.

Impact global d'une utilisation complète du statut OMNIO

L'utilisation du statut OMNIO par toutes les personnes entrant dans les conditions pour en bénéficier déboucherait sur une baisse des remboursements de l'INAMI dans le cadre du maximum à facturer (-6,85 %), sur une baisse du montant total net des tickets modérateurs (-1,86 %), sur une baisse du nombre de ménages Registre national bénéficiant de remboursements dans le cadre du MàF (-4,96 %) et sur une baisse du nombre de payeurs extrêmes (-5,53 %) (voir Tableau 1 du rapport scientifique). La baisse du nombre de ménages bénéficiant de remboursements dans le cadre du MàF et du montant des remboursements peut s'expliquer par le nombre moindre de ménages qui atteignent le plafond de tickets modérateurs requis : 70 % des ménages qui se voyaient accorder le statut OMNIO et qui avaient recours au MàF dans la simulation de base ne touchaient plus de remboursements dans le cadre du MàF. Le coût global pour l'INAMI (évolution du montant net en tickets modérateurs) s'élève à 33,06 millions d'euros.

En cas d'utilisation complète, le nombre de personnes ayant droit à l'intervention majorée augmenterait de 43,99 %. La proportion de ménages Registre national comprenant au moins un membre ayant droit au statut OMNIO passerait de 1,88 % (N = 93 560) à 11,49 % (N = 572 350), ce qui signifie que quelque 478 790 ménages Registre national n'ont pas utilisé leur droit au statut OMNIO. Dans 33 883 de ces ménages, au moins une personne avait toutefois déjà droit à l'intervention majorée. Pour un peu plus de 66 % de ces ménages (N = 316 398), le droit au statut OMNIO signifie aussi moins de tickets modérateurs à payer. En moyenne, cette diminution du montant des tickets modérateurs s'élève à € 104,49 par ménage (voir également Figure 2). Le pic observé dans la Figure 2 au niveau de € 200 concerne les ménages qui ont à présent droit au statut OMNIO et donc à un plafond de € 450 pour les tickets modérateurs, alors qu'ils bénéficiaient précédemment d'un plafond de € 650 dans le cadre du MàF revenus.

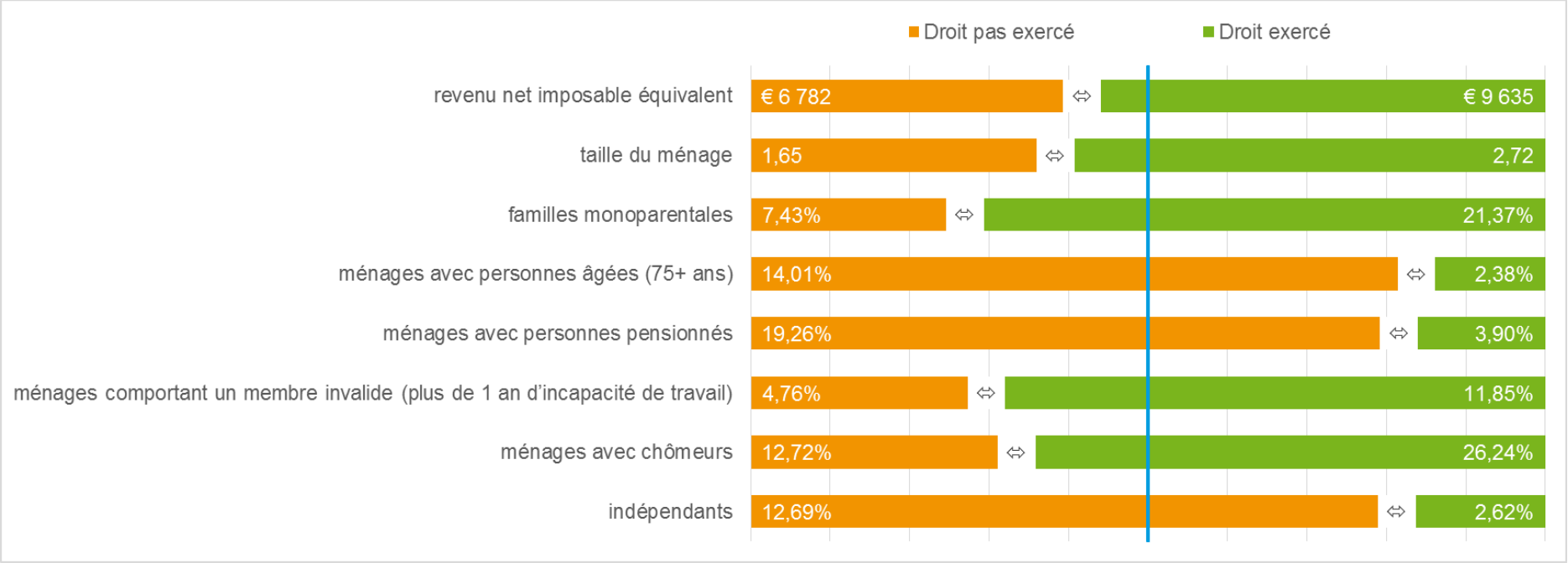
Figure 2 – Nombre de ménages par palier de diminution du montant des tickets modérateurs en cas de recours au statut OMNIO



Qui n'a pas recours au statut OMNIO ?

Si l'on **compare les ménages qui n'utilisent pas leur droit au statut OMNIO** (478 790 ménages) **à ceux qui le font** (93 560 ménages), on observe un certain nombre de différences démographiques et socio-économiques assez frappantes (voir Figure 3).

Figure 3 – Caractéristiques démographiques et socio-économiques des ménages suivant leur utilisation du statut OMNIO



Revenu équivalent = revenu du ménage corrigé pour le nombre de personnes qui le composent. La ligne bleue verticale indique le point d'égalité entre les deux groupes. La taille des barres vertes et oranges ne peut être comparée que par variable, pas entre variables.

Les caractéristiques liées à la santé diffèrent moins fortement entre les deux groupes (cet aspect n'est pas repris dans la Figure 3 ; voir Tableau 4 du rapport scientifique). La proportion de ménages satisfaisant à l'une des conditions requises pour avoir droit au forfait de soins pour malades chroniques est à peu près équivalente dans les deux groupes, sauf pour le droit aux allocations familiales majorées. La part de ménages comprenant au moins un membre ayant droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique est plus faible parmi les ménages qui ne font pas usage de leur droit (8,21 % vs 10,39 %). La différence entre les deux groupes est sensiblement plus marquée pour le droit au MàF malades chroniques : 5,13 % des ménages qui ne font pas usage du statut OMNIO comportent au moins un membre ayant droit au MàF malades chroniques. Parmi ceux qui ont font usage du statut OMNIO, cette proportion n'est que de 1,52 %.

Le montant des tickets modérateurs est un autre indicateur qui trahit des coûts de santé élevés. Il s'élève en moyenne (avant prise en compte du maximum à facturer) à € 135,50 dans les ménages qui ne font pas usage de leur droit au statut OMNIO et à € 198,17 dans ceux avec statut OMNIO.

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille plus modeste des ménages du premier groupe (voir Figure 3). Le percentile 90 pour le montant des tickets modérateurs (soit le point où 90 % des ménages dépensent moins en tickets modérateurs tandis que 10 % dépensent davantage) se situe à € 377,14 pour les ménages qui n'utilisent pas leur droit au statut OMNIO et à € 441,67 pour ceux qui le font.

Pour une comparaison entre les ménages qui dépensent aussi moins en tickets modérateurs en cas d'utilisation complète (N = 316 398) et la **population belge totale**, voir Tableau 4 du rapport scientifique.

2.1.2. La fusion des deux systèmes

Un système plus simple, mais aussi plus de contrôles

Grâce à la fusion du statut OMNIO et du droit à l'intervention majorée en un seul système en 2014, le droit à l'intervention majorée est octroyé soit de façon automatique (sur la base d'une allocation ou d'une qualité), soit après une enquête sur les revenus réalisée par la mutuelle (voir Encadré 2).

L'objectif de toute mesure de protection sociale est d'atteindre le mieux possible son groupe-cible. La réforme de 2014 a fortement simplifié la procédure de demande du droit à l'intervention majorée et a rendu celui-ci plus accessible. D'un autre côté, on ne veut évidemment accorder le droit à l'intervention majorée qu'aux ménages qui satisfont aux conditions de revenus. C'est pour cela que la réforme s'est accompagnée d'une adaptation non seulement des règles ouvrant l'accès à ce droit, mais aussi des contrôles. Le processus de contrôle systématique a été optimisé afin que les bénéficiaires potentiels puissent obtenir plus rapidement le droit à l'intervention majorée, mais celui-ci est aussi plus rapidement retiré aux ménages qui dépassent le plafond prévu.

Interventions proactives pour accroître le droit à l'intervention majorée

Pour atteindre encore mieux le groupe-cible visé, il a également été décidé lors de la réforme de 2014 que l'INAMI et les mutuelles devraient désormais rechercher activement les ayants-droits potentiels de l'intervention majorée plutôt que d'attendre qu'ils introduisent eux-mêmes une demande. Cette initiative, baptisée « flux proactif », signifie plus concrètement qu'un échange d'informations concernant les revenus bruts imposables a été mis en place entre d'une part le Service Public Fédéral (SPF) Finances et d'autre part l'INAMI et les mutuelles. L'AR du 14 janvier 2014 définit les ménages pour qui cet échange de données n'est pas requis, p.ex. parce qu'ils ont perdu le droit à l'intervention majorée dans les années précédentes. Les ménages avec un revenu inférieur au plafond fixé pour pouvoir bénéficier de l'intervention majorée (maximum 600 000) sont activement contactés par leur mutuelle depuis novembre 2015. Ce flux de données proactif est toujours en place à ce jour (septembre 2018).

Impact global de la réforme du droit à l'intervention majorée en 2014

Il est impossible, avec les données dont nous disposons, de calculer l'impact global de chaque mesure de la réforme (p.ex. flux proactif). Ceci nécessiterait des recherches complémentaires comme celles qui ont été réalisées par la Mutualité Chrétienne en collaboration avec l'université d'Anvers, qui ont chiffré l'impact de la prise de contact proactive par la mutuelle sur les ménages à faible revenus.[8] Dans le groupe contacté par écrit, par téléphone ou par e-mail, le pourcentage de ménages qui a fait usage de son droit à l'intervention majorée était de trois à quatre fois plus élevé que dans un groupe contrôle qui n'avait pas été contacté.

Les résultats présentés dans cette section et la suivante (gagnants et perdants) illustrent l'impact global de l'uniformisation de la définition du ménage (le demandeur, son partenaire et leurs personnes à charge ; simulation N_2) et du contrôle des revenus suivant la nouvelle définition du ménage (simulation N_3). Dans la simulation N_3, le contrôle des revenus n'est pas appliqué aux ménages qui avaient droit à l'intervention majorée avant 2014 ni à ceux qui bénéficiaient du statut OMNIO, pour lequel le ménage était également composé de l'ayant-droit, de son partenaire et de leurs personnes à charge : ils conservent ce droit sans contrôle des

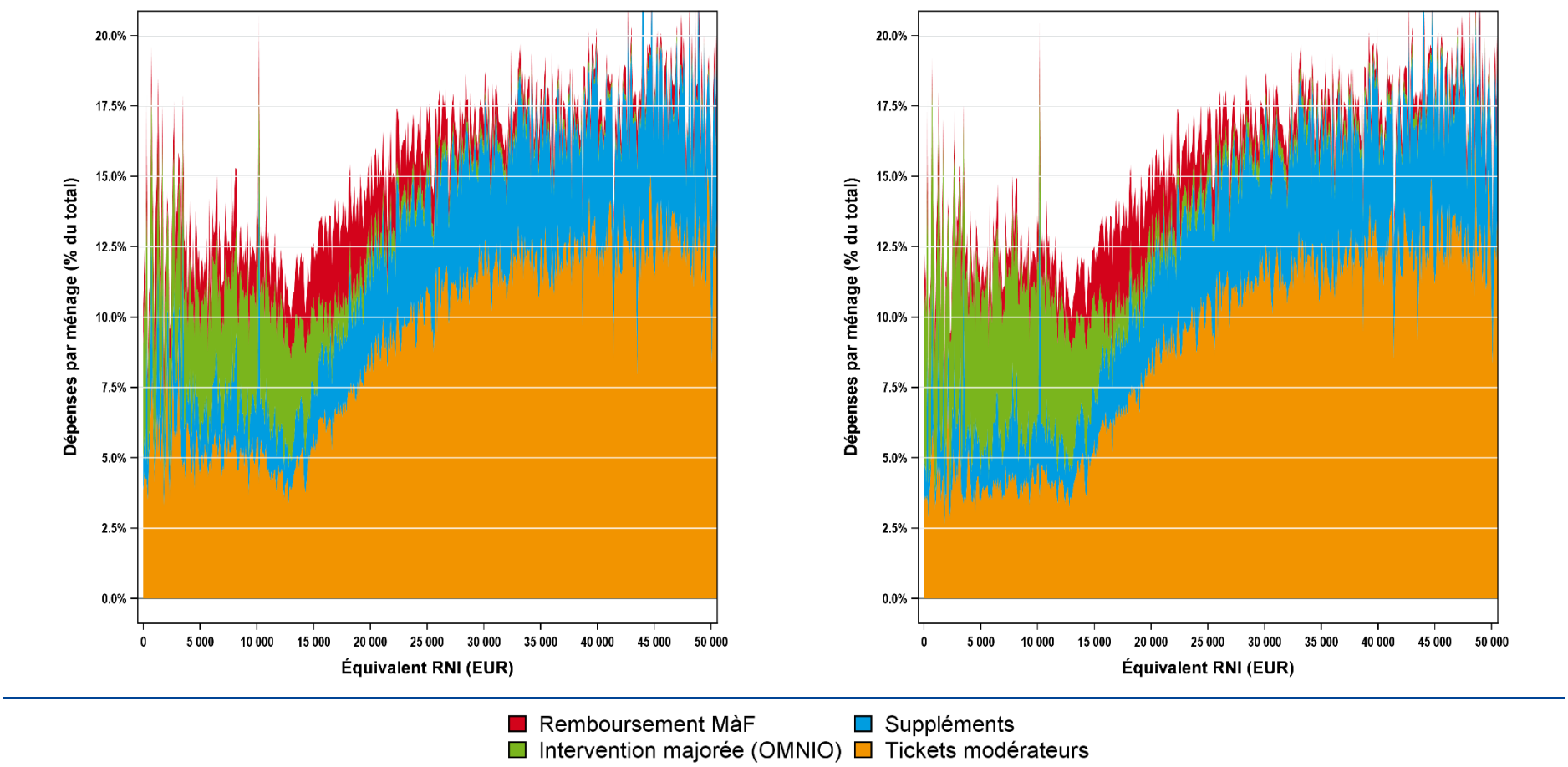
revenus. Cette sélection des ménages soumis ou non à un contrôle des revenus correspond aux mesures de transition mises en place lors de la réforme de 2014. L'impact d'un contrôle des revenus sur un échantillon plus large de ménages est abordé au paragraphe 3.2.4. Nous partons ici encore du principe d'une *utilisation complète du droit à l'intervention majorée*. Le contrôle des revenus (sur la base de nos données) permet en effet de déterminer qui a droit ou non à l'intervention majorée, mais pas d'opérer une distinction entre les assurés qui font aussi (ou non) un usage effectif de ce droit.

En comparaison avec la simulation de base (N_0), le nombre de personnes ayant droit à l'intervention majorée (N_3) a augmenté de 1 039 710 unités (appartenant à 715 500 ménages Registre national). Dans plus de 93 % de ces ménages, personne n'avait droit à l'intervention majorée avant la réforme. Le nombre de payeurs extrêmes a diminué de 5,7 % (passant de 152 098 à 143 343 ménages).

Pour l'INAMI, la réforme représente (dans l'hypothèse d'une utilisation complète) une baisse de € 27 120 274 des remboursements dans le cadre du MàF. Au total, 33 848 ménages ne touchent plus de remboursements de ce type. Le montant net des tickets modérateurs payés diminue de 2,88 %.

La Figure 4 illustre la modification de la structure des contributions personnelles (en distinguant tickets modérateurs et suppléments), des remboursements dans le cadre de l'intervention majorée (et d'OMNIO) et des remboursements dans le cadre du maximum à facturer pour les ménages disposant d'un revenu imposable équivalent inférieur ou égal à € 50 000. Les effets d'une utilisation complète du droit à l'intervention majorée se situent principalement au niveau des revenus les plus faibles, jusqu'à un revenu imposable équivalent de € 15 000. Dans ce groupe, les dépenses en tickets modérateurs diminuent (passant en moyenne de 5,07 % des dépenses en soins de santé dans la simulation N_0 à 4,15 % dans la simulation N_3) et les remboursements dans le cadre de l'intervention majorée augmentent (de 4,00 % en moyenne à 5,26 %). La baisse du montant payé en tickets modérateurs a pour effet qu'un nombre moindre de ménages atteignent les plafonds du maximum à facturer, avec à la clé une légère baisse des dépenses pour ce poste (qui passent de 1,53 % à 1,04 % des dépenses de santé).

Figure 4 – Aperçu des quotes-parts personnelles et des remboursements dans le cadre du MàF et de l'intervention majorée



RNI = revenu net imposable

Définition uniforme du ménage : qui y gagne et qui y perd ?

L'impact global de la réforme recouvre des conséquences très variables pour différents groupes de bénéficiaires. Les gagnants de cette réforme sont les ménages qui dépensent moins en tickets modérateurs (N = 520 192), les perdants (N = 1 893) ceux qui paient davantage. Le Tableau 9 du rapport scientifique compare les caractéristiques des ménages gagnants et perdants à celles de la population générale.

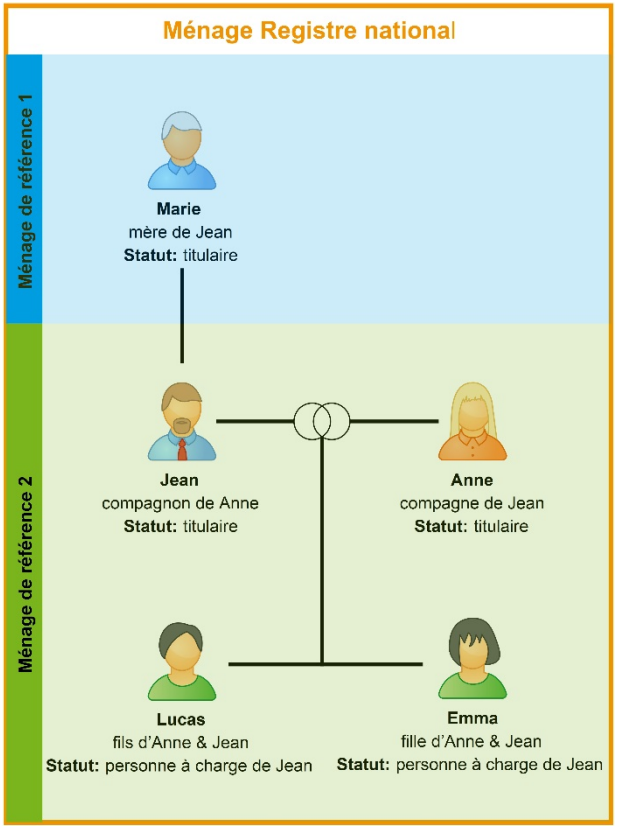
Le profil des gagnants peut être comparé à celui des perdants, de la population générale et des gagnants du paragraphe 2.1.1 (ménages qui dépensaient moins en tickets modérateurs après accès au statut OMNIO, mais sans adaptation de la définition du ménage et du contrôle des revenus). Dans ce paragraphe, nous nous bornons à comparer les gagnants (N = 520 192) aux gagnants du paragraphe 2.1.1 (N = 316 398) ; la comparaison avec les deux autres groupes figure au Tableau 9 du rapport scientifique.

En comparaison avec les gagnants dans un système sans définition uniforme du ménage et adaptation du contrôle des revenus (N_1, avec utilisation complète du droit à l'intervention majorée), les gagnants de la réforme de 2014 (N_3, également avec utilisation complète du droit à l'intervention majorée) :

- ont un revenu imposable équivalent sensiblement plus élevé (€ 17 363 vs € 8 457) ;
- appartiennent à un ménage plus grand (2,56 vs 1,88 personnes) ;
- sont moins nombreux à être au chômage (10,12 % vs 15,35 %) ;
- sont moins nombreux à exercer une activité indépendante (9,95% vs 14,84%).

La différence de revenus est particulièrement frappante. La réforme de 2014 a introduit une autre définition du ménage et un contrôle des revenus en fonction de cette nouvelle définition. Ce qui constituait dans l'ancien système un ménage Registre national peut à présent correspondre à plusieurs « ménages de référence » (l'ayant-droit, son partenaire et leurs personnes à charge) (voir Figure 5). Contrairement à ce qui se passe dans la simulation N_1, un ménage Registre national dont les revenus imposables dépassent la limite de revenus peut donc, dans la simulation N_3, bénéficier malgré tout d'un droit (partiel) à l'intervention majorée s'il se compose de plusieurs ménages de référence de plus petite taille dont les revenus sont plus faibles et qui bénéficient par conséquent de l'intervention majorée (p.ex. le ménage de référence 1 de la Figure 5). Ceci explique pourquoi le revenu imposable équivalent des ménages Registre national gagnants est plus élevé dans la simulation N_3 que dans la simulation N_1.

Figure 5 – Exemple de la distinction entre un ménage Registre national et un ménage de référence



Les caractéristiques liées à la santé (comme les catégories de malades chroniques du forfait de soins, le droit au MàF malades chroniques et le statut de personne atteinte d'une affection chronique) sont largement comparables chez les gagnants de la simulation N_1 et ceux de la simulation N_3 (voir Tableau 4 et Tableau 6 du rapport scientifique).

2.2. Une protection supplémentaire pour les malades chroniques

2.2.1. Le maximum à facturer pour enfant handicapé

Avant 2014, les enfants qui avaient droit à des allocations familiales majorées depuis une date antérieure au 4 juillet 2002 bénéficiaient d'un plafond de tickets modérateurs plus bas (plafond non indexé de € 450) (voir aussi Encadré 3). En 2014, ce plafond réduit a été élargi à tous les enfants porteurs d'un handicap physique ou mental reconnu d'au moins 66 % et ayant droit à l'intervention majorée (simulation N_4). Dans ce groupe, le plafond des tickets modérateurs a été aligné sur celui du MàF social (€ 450 indexables).

Cet élargissement a permis à 9 681 ménages supplémentaires de bénéficier d'un plafond réduit pour leurs tickets modérateurs (+57,9 %). Pour 614 d'entre eux, ceci s'accompagnait aussi effectivement de remboursements plus importants dans le cadre du MàF. Pour une comparaison des gagnants de la réforme (N = 614) avec l'ensemble des ménages avec un enfant handicapé, nous vous renvoyons au Tableau 16 du rapport scientifique.

2.2.2. Le maximum à facturer pour malades chroniques

Avant 2014, les malades chroniques bénéficiaient d'une protection supplémentaire au travers du forfait de soins et du MàF malades chroniques. Dans les deux systèmes, l'exercice du droit supposait – à côté d'autres conditions – d'avoir payé un certain montant en tickets modérateurs (voir paragraphe 1.3.2). Par contre, le droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique (2014) ne se base pas sur le montant des tickets modérateurs uniquement, mais sur l'ensemble des dépenses de santé (hors suppléments).

Nous calculerons dans un premier temps l'impact du MàF malades chroniques, puis (au paragraphe 2.2.3) celui du statut de personne atteinte d'une affection chronique.

Impact global

Les résultats cumulés des simulations N_1 à N_4 (voir Tableau 1) constituent le point de départ de cette simulation. Le coût supplémentaire en remboursements dans le cadre du maximum à facturer pour l'INAMI s'élève à un peu plus de 22 millions d'euros. Pour les bénéficiaires, l'introduction du MàF malades chroniques signifie que :

- 8,37 % des ménages (N = 416 590) sont susceptibles de bénéficier de cette mesure ;
- 58,81 % (N = 236 667) des ménages qui entrent en considération ont atteint le plafond de tickets modérateurs réduit et bénéficient donc de remboursements plus élevés dans le cadre du MàF ;
- le montant moyen payé en tickets modérateurs diminue de € 93,75.

Qui dépense moins en tickets modérateurs ?

Les gagnants du MàF malades chroniques sont les ménages qui paient un montant plus faible en tickets modérateurs (N = 236 667). Une comparaison avec la population générale révèle que :

- ces ménages disposent d'un revenu imposable équivalent plus faible que celui de la population générale (€ 20 116 vs 24 828) ;
- une proportion plus importante de ces ménages comptent des personnes d'un certain âge (65-74 ans dans 30,78 % vs 15,07 % des ménages et plus de 75 ans dans 49,88 % vs 17,09 %), et donc des pensionnés (62,91 % vs 26,79 %) ;
- une proportion plus importante de ces ménages comptent au moins une personne invalide (15,07 % vs 6,05 %) ;
- une proportion considérablement plus importante de ces ménages ont droit à l'une des catégories du forfait de soins (à l'exception de celles qui sont liées au supplément d'allocations familiales).

En résumé, nous pouvons conclure que le MàF malades chroniques a un impact bénéfique surtout pour les personnes âgées en perte d'autonomie (cf. droit au forfait de soins).

2.2.3. Un nouveau statut pour les malades chroniques

Impact global

Les ménages dont un membre a droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique bénéficient d'un plafond de tickets modérateurs plus faible (€ 100 de moins en 2014). Les résultats cumulés des simulations N_1 à N_4 (voir Tableau 1) constituent le point de départ de cette simulation. Le coût supplémentaire pour l'INAMI en remboursements dans le cadre du maximum à facturer s'élève à environ 12,5 millions d'euros. 15,43 % (N = 765 402) des ménages Registre national ont droit au statut, dont 57,24 % ne bénéficiaient pas encore du MàF malades chroniques. Grâce à ce nouveau droit, 146 633 ménages voient aussi effectivement diminuer leurs dépenses en tickets modérateurs (= gagnants). Le montant moyen de leurs tickets modérateurs diminue de € 85,09.

Qui dépense moins en tickets modérateurs ?

Les gagnants sont les ménages qui voient diminuer le montant qu'ils paient en tickets modérateurs : avant l'introduction du statut, ils n'avaient pas droit au MàF malades chroniques. En comparaison avec la population générale, ces ménages :

- disposent d'un revenu imposable équivalent plus faible (€ 15 949 vs € 24 828) ;
- sont plus nombreux à être composés de personnes âgées, surtout des plus de 75 ans (53,48 % vs 17,09 %) ;
- bénéficient plus souvent d'un revenu d'intégration ou de la garantie de revenus aux personnes âgées (10,01 % vs 4,57 %) ;
- comprennent plus souvent une personne invalide (14,98 % vs 6,05 %) ;
- sont substantiellement plus nombreux à avoir droit à l'une des catégories du forfait de soins.

Comme pour l'introduction du MàF malades chroniques, le nouveau statut se solde surtout par une baisse du montant des tickets modérateurs chez des personnes âgées en perte d'autonomie (cf. droit au forfait de soins). Les

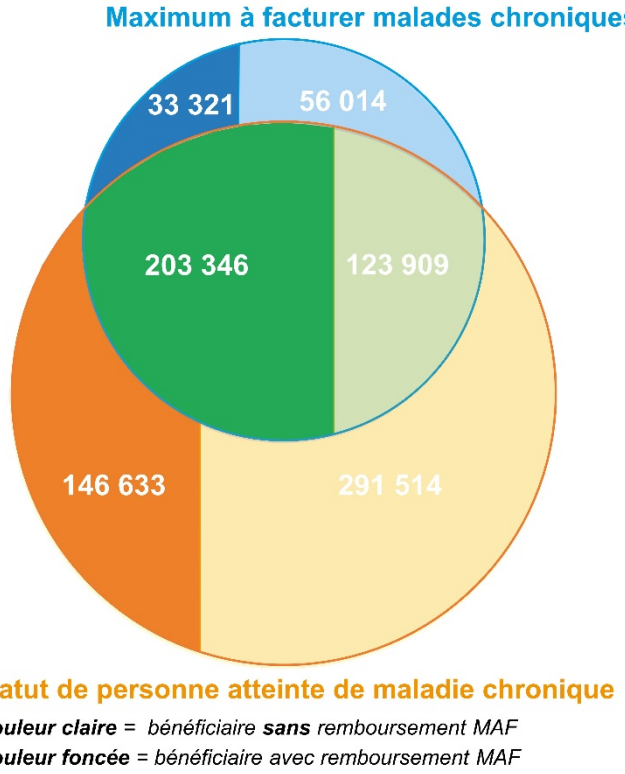
caractéristiques des gagnants des deux mesures sont globalement assez comparables. Il semble toutefois que les ménages qui bénéficient aujourd'hui d'une réduction de leurs tickets modérateurs n'atteignaient pas le seuil de tickets modérateurs requis pour profiter du MàF malades chroniques et que c'est donc sur la base de leurs coûts de santé totaux (tickets modérateurs + intervention de l'INAMI) qu'ils jouissent désormais d'une protection supplémentaire par le biais de l'introduction du statut de personne atteinte d'une affection chronique. La principale différence entre les deux groupes de gagnants réside dans le revenu imposable équivalent plus faible et la proportion plus importante de ménages bénéficiant d'un revenu d'intégration ou de la garantie de revenus aux personnes âgées parmi ceux qui ont vu leurs tickets modérateurs diminuer grâce au nouveau statut.

2.2.4. Jusqu'où les différentes mesures de protection se rejoignent-elles ?

Le fait d'utiliser des définitions différentes du malade chronique dans les diverses mesures de protection peut générer aussi bien des failles que des chevauchements ; il en va d'ailleurs de même pour les mesures visant à protéger les groupes financièrement vulnérables. La Figure 6 illustre le chevauchement entre le MàF malades chroniques et le statut de personne atteinte d'une affection chronique.

Des 765 402 ménages Registre national avec au moins une personne ayant droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique, 327 255 (42,76 %) avaient également droit au MàF malades chroniques avant l'introduction du statut. Environ 80 % des ménages bénéficiant du MàF malades chroniques comptent un membre ayant droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique. Au total, 854 737 ménages (17,16 % de l'ensemble des ménages belges) sont candidats à un plafond de tickets modérateurs réduit et 44,92 % d'entre eux paient effectivement un montant moins élevé en tickets modérateurs.

Figure 6 – Convergence des mesures de protection pour les malades chroniques



Le Tableau 19 du rapport scientifique compare les profils des différents groupes (aucun droit, droit au MàF malades chroniques uniquement, droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique uniquement, droit aux deux avantages, tous les ménages avec droit au MàF malades chroniques et tous les ménages avec droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique). Il est frappant de constater que les ménages qui n'ont pas droit au MàF malades chroniques mais dont un membre a droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique :

- comptent davantage de plus de 75 ans ;
- ont un revenu imposable équivalent (pour l'ensemble du ménage) légèrement plus faible ;
- font davantage appel au revenu d'intégration ou à la garantie de revenus aux personnes âgées ;
- ont plus souvent droit aux catégories du forfait de soins (voir Encadré 6).

2.3. Impact global des mesures

L'impact global des mesures prises entre 2012 et 2016 est repris dans le Tableau 1 et la Figure 7. Le coût budgétaire pour l'INAMI correspond à l'évolution du montant net des tickets modérateurs. Tous les montants sont exprimés en euros (2012).

Figure 7 – Total des tickets modérateurs, réparti en remboursements dans le cadre du maximum à facturer et montant résiduel des tickets modérateurs par simulation, 2012-2016

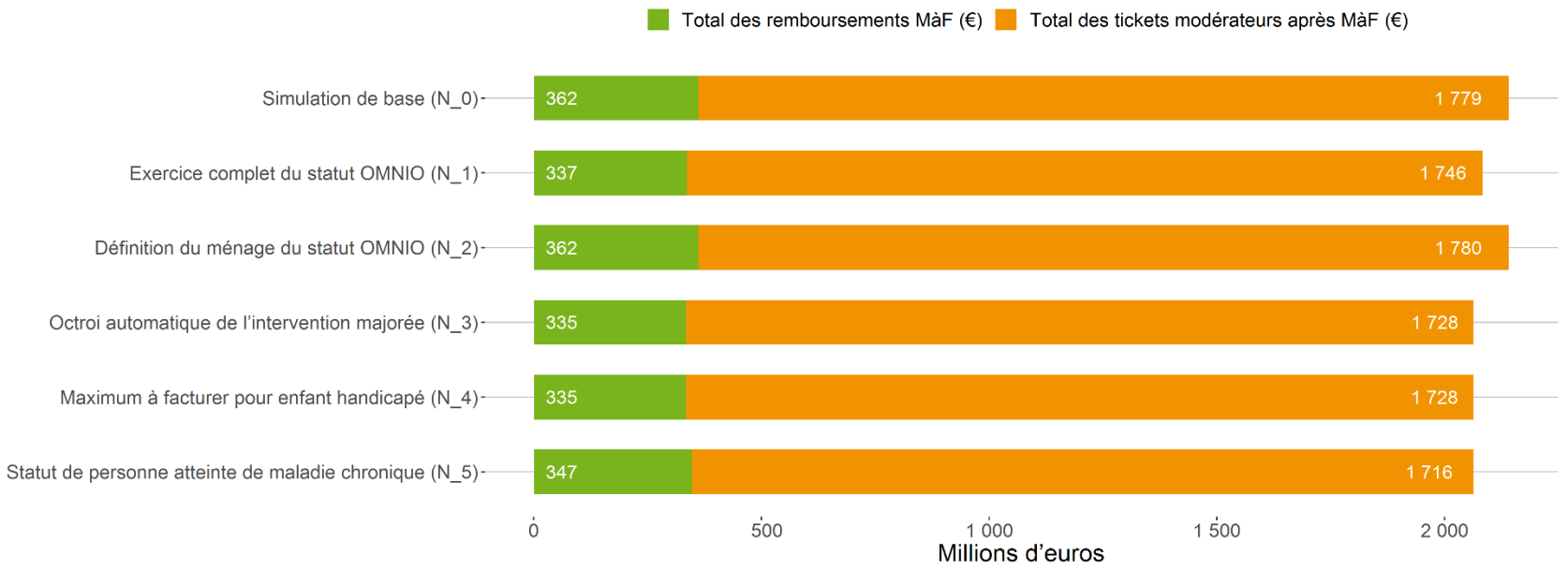


Tableau 1 – Impact des mesures de protection sociale (2012-2016)

Mesure (N° de la simulation)	Nombre de ménages Registre national avec remboursements MàF (N)	Nombre de payeurs extrêmes (N)	Nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée (N)
Simulation de base (N_0)	650 180	152 098	1 667 038
Exercice complet du statut OMNIO (N_1)	617 961	143 686	2 400 406
Définition du ménage du statut OMNIO (N_2)	650 393	152 109	1 662 664
Octroi automatique de l'intervention majorée (N_3)	616 332	143 434	2 706 748
Maximum à facturer pour enfant handicapé (N_4)	616 467	143 434	2 706 748
Statut de personne atteinte d'une affection chronique (N_5)	657 171	143 020	2 706 748

3. PISTES POUR UN REDESIGN DES MESURES DE PROTECTION EN MATIÈRE DE COÛTS DE SANTÉ

Pourquoi ces mesures ?

Un modèle de micro-simulation ne permet pas seulement d'évaluer les mesures existantes : c'est aussi un outil important pour les améliorer ou les affiner, et aussi pour en développer de nouvelles.

À la demande de l'INAMI, nous avons examiné dans ce rapport l'impact d'une série de mesures potentielles ou récemment introduites et d'un affinage des mesures en place. Nous avons là aussi chiffré l'impact global pour l'assurance maladie et pour les patients, ainsi que pour certains groupes plus spécifiques. Il va sans dire qu'il s'agit ici d'une sélection non exhaustive : en principe, il est possible de calculer l'impact de tout changement de politique touchant à des variables disponibles dans le fichier couplé (données relatives aux soins de santé et données fiscales). Le choix d'en implémenter certains revient aux décideurs. Le calcul de l'impact d'une modification donnée au moyen de la technique de la micro-simulation permet toutefois de jauger l'ordre de grandeur de l'impact financier global et de contrôler si la mesure atteint bien le groupe-cible voulu.

Le choix des nouvelles mesures potentielles calculées dans cette étude a été fait à titre purement exemplatif. Les résultats des simulations des paragraphes 3.1 à 3.4 inclus sont comparés à ceux de la simulation N_5 du chapitre précédent.

3.1. Protection des malades de longue durée : un élargissement et une simplification

3.1.1. Limiter le MàF malades chroniques

Les malades chroniques bénéficient d'une protection supplémentaire grâce à un volet spécifique du MàF et au statut de personne atteinte d'une affection chronique. Comme le montre la Figure 6, les deux systèmes présentent une large plage de chevauchement.

La protection des malades chroniques pourrait être simplifiée en accordant uniquement la réduction du plafond de tickets modérateurs sur la base de la présence dans le ménage d'au moins un membre avec droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique, et plus sur la base de l'actuel MàF malades chroniques. Cette mesure ferait perdre à 89 335 ménages leur droit à un plafond de tickets modérateurs réduit (voir Figure 6) ; environ un tiers de ces ménages devraient aussi, en plus, payer un montant plus élevé en tickets modérateurs.

Impact global

L'impact budgétaire global d'une telle mesure s'élèverait à un peu plus de 3 millions d'euros – un montant qui ne serait donc plus à charge de l'INAMI par le biais des remboursements dans le cadre du maximum à facturer, mais supporté par les patients à raison (en moyenne) de € 90,62 par an et par ménage concerné.

Qui sont les perdants ?

Les perdants sont les ménages qui doivent dépenser davantage en tickets modérateurs parce qu'ils perdent leur droit au MàF malades chroniques (N = 33 321). Les Tableaux 19 et 24 du rapport scientifique nous permettent de comparer ce groupe à la population générale et aux différentes catégories de personnes qui bénéficient du droit au MàF malades chroniques et/ou au statut de personne atteinte d'une affection chronique. Lorsqu'on compare les perdants aux ménages avec un membre ayant droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique (N = 765 402), les perdants :

- sont moins nombreux à avoir droit à un revenu d'intégration ou à la garantie de revenus aux personnes âgées (1,61 % vs 6,32 %) ;
- sont moins nombreux à avoir droit à l'une des catégories du forfait de soins (à l'exception de celle qui repose sur un minimum de six hospitalisations) ;
- comptent davantage de pensionnés (61,49 % vs 50,92 %), alors même que la proportion de ménages avec des sujets très âgés (plus de 75 ans) est à peu près identique. On rencontre donc surtout parmi les perdants une plus grande proportion de ménages comportant des 65-74 ans (31,83 % vs 23,38 %).

Il est aussi frappant de constater que le (petit) groupe des perdants présente un profil comparable à celui de la population générale, sauf en ce qui concerne la proportion de personnes âgées et de pensionnés et la catégorie du forfait de soins reposant sur au moins six hospitalisations.

3.1.2. Un maximum à facturer pour les patients atteints d'une affection psychiatrique de longue durée

Lors d'une hospitalisation en hôpital psychiatrique d'une durée d'un an maximum, le ticket modérateur lié aux frais de séjour est pris en compte dans le calcul du maximum à facturer. À partir de la seconde année d'hospitalisation, ce n'est plus le cas et le patient doit donc payer le ticket modérateur de sa poche, même si le ménage auquel il appartient a atteint son plafond de tickets modérateurs. Sur une base annuelle, on parle de montants pouvant atteindre € 2 066 (le prix de la journée s'élève à € 5,66 depuis le 1er janvier 2018) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et € 5 814 (€ 15,93 par jour) pour les patients qui ne bénéficient pas de ce droit. Ce montant journalier augmente encore lorsque la durée d'hospitalisation dépasse six ans (€ 15,93 et € 26,55 respectivement).

Impact global

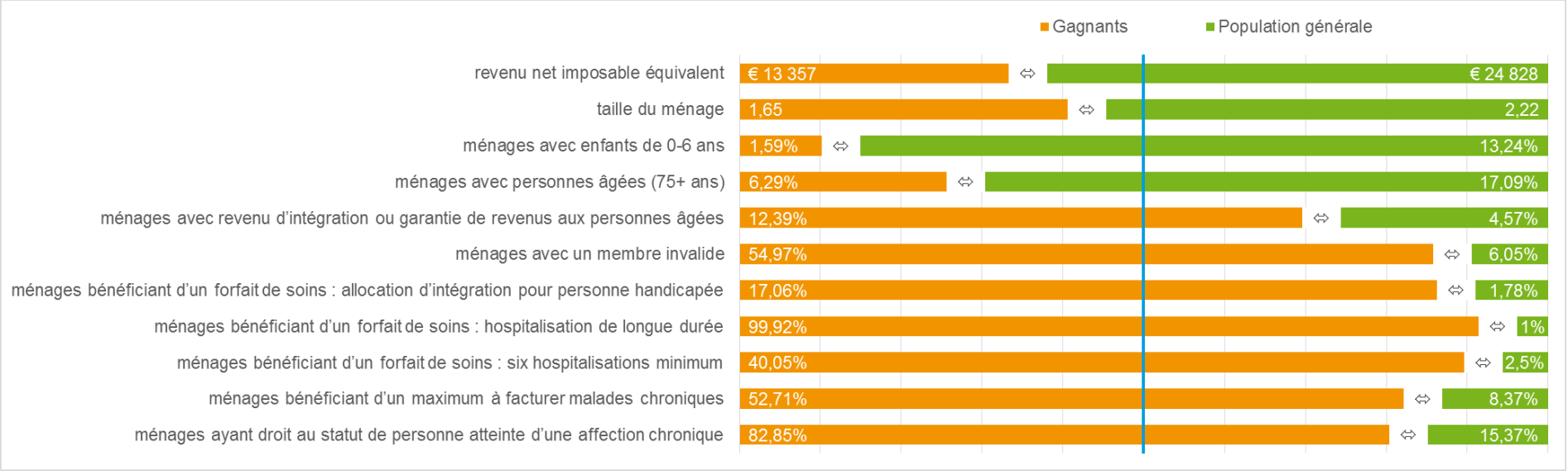
En 2012, 5 572 ménages comptaient au moins un membre admis dans un hôpital psychiatrique pour une période prolongée (d'un à six ans) (5 576 personnes au total). Environ un tiers ne payaient pas de tickets modérateurs.

Lorsque les frais de séjour sont pris en compte dans le calcul du maximum à facturer, les remboursements de l'INAMI dans le cadre de ce dernier augmentent d'environ 3,9 millions d'euros. Près de 4 000 ménages bénéficient de remboursements majorés, dont environ 1 600 n'atteindraient pas leur plafond en tickets modérateurs sans cette mesure. En comparaison avec les autres nouvelles mesures potentielles, le montant moyen des tickets modérateurs réduits reste ici très élevé, de l'ordre de € 973,76. Pour les 10 % de ménages dont les tickets modérateurs sur les frais de séjour sont les plus élevés, ce montant diminue d'au moins € 1 699,75.

Quel est le profil des gagnants?

Du côté des patients, il n'y a que des gagnants : soit le ménage avec un patient souffrant d'une maladie psychiatrique de longue durée n'atteint toujours pas le plafond en tickets modérateurs après introduction de la mesure, ce qui signifie que le montant de ses tickets modérateurs reste inchangé, soit il atteint ce plafond et ne doit plus rien payer au-delà. Le nombre de payeurs extrêmes parmi les patients atteints d'une maladie psychiatrique de longue durée recule de 53 % à 19 % (N = 1 321). La Figure 8 compare les caractéristiques des gagnants à celles de la population générale.

Figure 8 – Comparaison des caractéristiques des ménages dans la population générale et parmi les gagnants d'un système où les tickets modérateurs d'un séjour prolongé en hôpital psychiatrique sont pris en compte dans le calcul du maximum à facturer



La ligne bleue verticale indique le point d'égalité entre les deux groupes. La taille des barres vertes et oranges ne peut être comparée que par variable, pas entre variables.

3.2. Les revenus comme mesure de la capacité financière

Diverses mesures de protection s'appuient sur les revenus du ménage pour lui accorder ou non un droit donné ou en déterminer le niveau : le statut OMNIO (jusqu'en 2014), le maximum à facturer, l'intervention majorée (y compris par le biais du contrôle des revenus lors de l'attribution de certains droits qui sortent du cadre de l'assurance maladie), etc. En dépit des efforts consentis ces dernières années pour harmoniser davantage la notion de revenus entre les différentes mesures, plusieurs définitions continuent à coexister : revenu imposable net ou brut, périodes de référence différentes (année ou mois faisant l'objet du contrôle des revenus), adaptation au bien-être ou non, etc. Au paragraphe 3.2, nous examinerons l'impact d'une série de mesures potentielles qui supposent une adaptation des seuils de revenus, de leur définition ou de leur contrôle.

3.2.1. Maximum à facturer : fixer les plafonds de tickets modérateurs sur la base de données plus récentes

Les seuils utilisés dans le cadre du MàF revenus se basent sur les revenus nets imposables du ménage au cours de l'année t-3. Il est toutefois évident que les revenus d'un ménage peuvent fluctuer considérablement sur une période de trois ans. Notre simulation calcule l'impact de seuils basés sur les chiffres de l'année précédente (t-1) ; ce sont donc les données de 2011 qui sont prises en considération plutôt que celles de 2009, et ce tant pour les revenus que pour les seuils de revenus. Étant donné que l'intervention majorée est accordée sur la base d'une autre définition des revenus, rien ne change pour les ménages qui ont droit au MàF social. Cette simulation ne tient pas compte de la faisabilité administrative de l'utilisation des données fiscales de l'année t-1.

Impact global

Près de 96 % de la population voient les revenus nets imposables de leur ménage évoluer entre l'année t-3 et l'année t-1 ; la quasi-totalité des ménages dont les rentrées sont restées stables ont un revenu net imposable égal à zéro. Pour 22,8 % de l'ensemble des ménages (N = 922 961), le nouveau revenu est synonyme de nouveau plafond de tickets modérateurs, plus faible dans 36,1 % des cas et plus élevé dans 63,9 % des cas. Pour 12,7 % (N = 117 168) de ces 922 961 ménages, ce nouveau plafond de tickets modérateurs s'accompagne d'une modification des remboursements dans le cadre du MàF :

- 35,4 % touchent des remboursements plus importants dans le cadre du MàF ;
- l'augmentation moyenne s'élève à € 280,3 (10^{e} percentile = € 49,5 ; 90^{e} percentile = € 400), la diminution moyenne à € 237,2 (10^{e} percentile = € 42,7 ; 90^{e} percentile = € 400).

Le fait d'utiliser des données plus récentes (celles de l'année t-1 au lieu de celles de l'année t-3) pour l'évaluation de la capacité financière du ménage se solde pour l'INAMI par une diminution de € 6 339 877 des remboursements dans le cadre du MàF – un montant qui se retrouve entièrement à la charge des patients. L'impact global est donc relativement limité, mais pour les ménages gagnants ou perdants, le montant déboursé en tickets modérateurs peut différer de façon considérable.

Qui sont les gagnants et les perdants ?

Le groupe des payeurs extrêmes y gagne : pratiquement aucun des ménages perdants (ceux qui doivent payer davantage en tickets modérateurs) ne se retrouve dans cette catégorie suite à la réforme. Parmi les gagnants, on dénombre par contre environ 1 700 ménages qui sortent du groupe des payeurs extrêmes grâce aux remboursements supplémentaires dans le cadre du MàF.

Nous avons comparé le profil des gagnants (les ménages qui déboursent moins en tickets modérateurs) à celui des perdants. Les ménages perdants (N = 75 719) sont plus nombreux que les gagnants (N = 41 449), ce qui signifie qu'en moyenne, le revenu net imposable a augmenté plus rapidement que les seuils de revenus indexés entre 2009 et 2011. Les gagnants :

- ont un revenu imposable équivalent plus faible (€ 18 402 vs € 23 641) ;
- sont plus nombreux à compter au moins un prépensionné (6,07 % vs 1,16 %) ;
- sont légèrement plus nombreux à avoir droit à l'une des catégories du forfait de soins (à l'exception de la catégorie « aide aux personnes âgées ») ;
- sont plus nombreux à bénéficier du droit au MàF malades chroniques (36,41 % vs 26,34 %) et du droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique (39,31 % vs 31,40 %).

3.2.2. Réformes fiscales : de la déduction à la réduction d'impôts

La 6^{e} Réforme de l'État a transféré aux régions un certain nombre de compétences autrefois fédérales en matière de fiscalité. Pour faciliter ce processus, la quasi-totalité des dépenses déductibles (dons, épargne-pension, chèques-services…) ont été remplacées par des réductions d'impôts, ce qui a du même coup fait augmenter le revenu net imposable des ménages qui avaient droit à ces déductions d'impôts.[9]

Cette mesure a été simulée par le biais de l'adaptation d'une série de codes pour les revenus de l'année t-3. Puisque l'intervention majorée est octroyée sur la base du revenu brut imposable, cette modification fiscale n'a pas d'impact sur les ménages bénéficiant du MàF social.

Impact global

- 34,32 % des ménages (N = 1 709 027) ont vu augmenter leur revenu net imposable ;
- Les remboursements dans le cadre du MàF revenus ont diminué de € 3 664 168, soit une baisse moyenne de € 216 par ménage touché (10e percentile = € 36,77 ; 90e percentile = € 400) ;
- Tous les ménages touchés avaient droit à des remboursements dans le cadre du MàF. Suite à la réforme, 54 % ne touchaient plus de remboursements (en d'autres termes, leurs dépenses en tickets modérateurs étaient devenues inférieures au plafond). Les 46 % restants touchaient des remboursements plus faibles et payaient de leur poche la différence entre l'ancien plafond et le nouveau.

Qui doit payer davantage en tickets modérateurs ?

La réforme n'a pas eu d'impact sur le montant des tickets modérateurs des ménages suivants :

- les ménages ayant droit au MàF social ;
- les ménages appartenant à la classe de revenus la plus élevée (que leurs revenus aient ou non changé), puisque leur plafond (€ 1 800) et leurs dépenses en tickets modérateurs ne pouvaient de toute façon plus augmenter davantage ;
- les ménages dont les revenus sont devenus plus élevés, mais dont le plafond de tickets modérateurs est resté le même qu'avant la réforme ;
- les ménages dont les revenus sont devenus plus élevés et dont le plafond a augmenté, mais sans que ceci n'affecte le montant déboursé en tickets modérateurs parce qu'ils n'atteignaient pas leur plafond avant la réforme.

Au final, cette réforme fiscale n'a accru le montant payé en tickets modérateurs que pour moins de 1 % des ménages (N = 16 968).

Le Tableau 40 du rapport scientifique donne une description détaillée des différents groupes. Nous nous bornerons ici à épingler quelques caractéristiques marquantes du (petit) groupe de ménages pour qui le montant des tickets modérateurs a augmenté suite à la réforme fiscale. Ces ménages :

- ont un revenu imposable équivalent relativement plus faible (€ 19 109) que ceux de tous les autres groupes ;
- comptent davantage de membres que ceux des autres groupes (3,11 vs 1,89 à 2,81) ;
- sont plus nombreux à compter de jeunes enfants de six ans ou moins (39,70 %) ;
- sont moins nombreux à compter des personnes âgées (plus de 75 ans) (8,45 % vs 17,09 % dans la population globale) ; pour les ménages avec un revenu accru mais sans modification du plafond de tickets modérateurs et les ménages avec une modification du plafond sans effet sur le montant déboursé en tickets modérateurs, ces pourcentages sont respectivement de 9,41 % et 2,23 % ;
- sont plus nombreux à bénéficier de l'une des catégories suivantes du forfait de soins : kinésithérapie ou physiothérapie pour une pathologie lourde, hospitalisations multiples, allocations familiales majorées ;
- sont plus nombreux à bénéficier du MàF malades chroniques et du statut de personne atteinte d'une affection chronique.

3.2.3. Adaptation au bien-être des seuils de revenus du MàF

Les seuils de revenus du MàF sont revus chaque année en fonction de l'évolution des prix à la consommation. Une simple indexation des allocations ou des mesures de protection sociale n'est toutefois pas (forcément) suffisante pour suivre l'évolution générale du bien-être. Quel serait l'impact d'une adaptation des seuils du MàF revenus à une évolution réelle du bien-être de p.ex. 2 % en plus de l'inflation ? Aucune adaptation n'a été appliquée au MàF social.

Impact global

L'impact budgétaire au niveau macro est relativement limité :

- les remboursements effectués par l'INAMI dans le cadre du MàF augmentent de 5,9 millions d'euros ;
- 3,05 % (N = 151 701) de l'ensemble des ménages voient leur plafond de tickets modérateurs diminuer ;
- 16 % de ces ménages (N = 24 615) paient aussi effectivement un montant moins élevé en tickets modérateurs. La baisse moyenne est de € 239,6 ; dans les 10 % de ménages chez qui elle est la plus marquée, elle atteint toutefois € 400 ou plus. Il s'agit principalement de ménages disposant de revenus modestes (73,1 % bénéficient d'un plafond de tickets modérateurs de € 450 ou € 650).

Qui sont les gagnants d'une adaptation au bien-être ?

Les ménages qui paient un montant moins élevé en tickets modérateurs :

- ont un revenu imposable équivalent moyen inférieur à celui de la population générale (€ 21 490 vs € 24 828). Dans la mesure où l'adaptation au bien-être n'a pas, dans cette simulation, d'impact sur les ménages qui ont droit au MàF social, les gagnants ne se situent toutefois pas parmi les revenus les plus bas ;
- sont plus nombreux à être composés de personnes âgées (65-74 ans : 31,02 % vs 15,07 %, plus de 75 ans : 39,10 % vs 17,09 %) et donc de pensionnés (56,01 % vs 26,79 %) ;
- sont plus nombreux à bénéficier d'un forfait de soins, et ce dans toutes les catégories. La différence entre les gagnants et la population générale est la plus marquée pour la catégorie « au moins six admissions dans un hôpital général ou psychiatrique » (11,34 % vs 2,53 %) ;
- sont 39,54 % à bénéficier du droit au MàF malades chroniques et 45,93 %, du droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique. Dans la population générale, ces pourcentages sont de 8,37 % et 15,37 % respectivement.

3.2.4. Élargissement de l'enquête sur les revenus pour le droit à l'intervention majorée

Lors de la fusion du statut OMNIO et du droit à l'intervention majorée, en 2014, un certain nombre de mesures de transition ont été introduites pour l'enquête sur les revenus (voir paragraphe 2.1.2). Après un certain temps, celle-ci a été élargie. L'octroi automatique du droit à l'intervention majorée a été maintenu pour les bénéficiaires d'un revenu d'intégration ou de la garantie de revenus aux personnes âgées, d'un revenu de remplacement, d'une allocation d'intégration ou d'une allocation d'aide aux personnes âgées (+ partenaire et personnes à charge), ainsi que pour les enfants handicapés.[6] Pour tous les autres ménages ou membres d'un ménage, le droit à l'intervention majorée était et reste à ce jour conditionné par les revenus. Depuis l'expiration des mesures de transition, le revenu des ménages ayant obtenu le droit à l'intervention majorée sur cette base est contrôlé de façon systématique, ce qui permet de le prolonger ou de le retirer (éventuellement après une enquête plus approfondie de la mutuelle).

Notre simulation est une approximation de cette réforme ; elle s'appuie sur un contrôle des revenus de l'année t-1, alors qu'on se base dans la réalité sur ceux de l'année t-2. Un grand nombre de ménages obtiennent aussi l'octroi ou la prolongation du droit à l'intervention majorée sur la base d'une déclaration sur l'honneur avec une période de référence d'un mois pour les revenus.

Impact global

L'application des seuils de revenus à tous les ménages qui n'ont pas automatiquement droit à l'intervention majorée pourrait faire perdre ce droit à 199 212 personnes (appartenant à 118 924 ménages) qui en bénéficient à l'heure actuelle. Ces personnes perdent également leur droit au MàF social. 41,9 % de ces ménages bénéficient d'un plafond de tickets modérateurs de € 450 dans le MàF revenus, 39,4 % d'un plafond de € 650 et les 18,7 % restants de l'un des plafonds supérieurs, de € 1 000 à € 1 800.

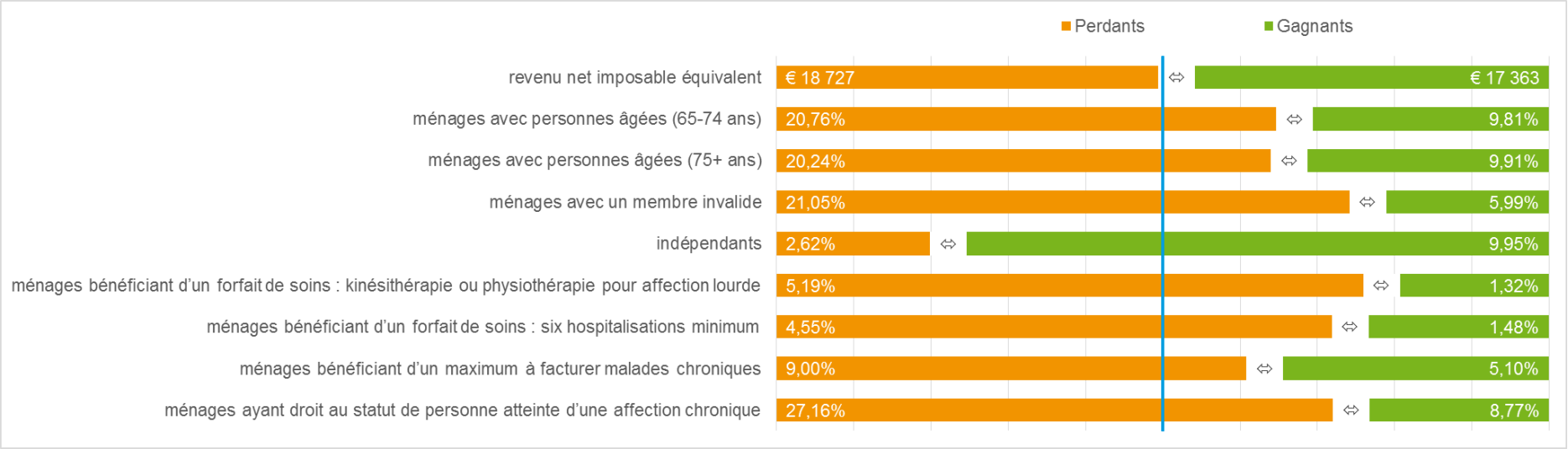
Ces ménages voient pratiquement doubler le montant (brut) de leurs tickets modérateurs, qui passe de 46,8 millions d'euros à 86,3 millions d'euros (+39,5 millions d'euros). L'augmentation du montant des tickets modérateurs débouche toutefois aussi sur une augmentation des remboursements de l'INAMI dans le cadre du MàF (qui augmentent de 14,2 millions d'euros pour atteindre 32,9 millions d'euros). Le montant réellement payé par les patients en tickets modérateurs augmente donc d'environ 20,8 millions d'euros, ce qui représente une somme moyenne d'environ € 200 par ménage. Dans les 10 % de ménages les plus durement touchés par cette augmentation (P90), elle peut toutefois atteindre ou dépasser € 394.

Qui perd son droit à l'intervention majorée et paie aussi davantage en tickets modérateurs ?

Des 118 924 ménages qui perdent leur droit à l'intervention majorée, plus de 87 % (N = 103 898) dépensent aussi effectivement plus en tickets modérateurs. Le Tableau 28 du rapport scientifique compare les caractéristiques de ces ménages à celles de la population générale. La perte du droit à l'intervention majorée et le montant plus élevé déboursé en tickets modérateurs sont la conséquence de l'application d'un contrôle des revenus à tous les ménages à l'exception de ceux qui jouissent de certaines allocations ou comptent des enfants handicapés, et plus seulement à ceux pour lesquels la définition du ménage avait changé, comme dans la simulation N_3. La Figure 9 compare les perdants de cette simulation (N_8, N = 103 898) aux gagnants de la simulation N_3 (N = 520 192).

Les ménages qui perdent leur droit à l'intervention majorée et paient davantage en tickets modérateurs en cas de contrôle des revenus sont des ménages plus âgés dont plus de 20 % comptent au moins un invalide.

Figure 9 – Comparaison des caractéristiques des ménages qui gagnent ou perdent à l'élargissement de l'enquête sur les revenus



La ligne bleue verticale indique le point d'égalité entre les deux groupes. La taille des barres vertes et oranges ne peut être comparée que par variable, pas entre variables.

3.3. Plafonds de tickets modérateurs du MàF : indexation et abaissement du plafond le plus bas

3.3.1. Indexation des plafonds de tickets modérateurs

Depuis le 1er janvier 2017, les plafonds de tickets modérateurs du MàF sont également soumis à l'index et les ménages doivent donc payer eux-mêmes un montant plus élevé en tickets modérateurs avant de bénéficier de l'effet du maximum à facturer. Cette indexation s'applique à tous les types de maximum à facturer (MàF social, MàF revenus, MàF enfants, MàF malades chroniques). Pour le MàF malades chroniques, le montant minimum à débourser en tickets modérateurs au cours des deux années calendrier écoulées est également indexé.

Impact global

Pour 86,82 % des ménages, l'indexation des plafonds de tickets modérateurs n'a aucun impact. Les 13,18 % restants (N = 656 192) déboursent un total de € 7 903 153 supplémentaires en tickets modérateurs et les remboursements de l'INAMI dans le cadre du maximum à facturer diminuent d'autant. Ce sont principalement les ménages qui ont droit au MàF social ou bénéficient d'un plafond de € 450 ou € 650 dans le cadre du MàF revenus qui paient un montant plus élevé en tickets modérateurs. L'impact par ménage reste toutefois limité, avec une augmentation moyenne de € 12,04 (10e percentile = € 7 ; 90e percentile = € 20).

Qui sont les perdants ?

En comparaison avec la population générale, les 656 192 ménages qui paient davantage en tickets modérateurs :

- ont un revenu imposable équivalent légèrement plus faible (€ 18 730 vs € 24 828) ;
- sont moins nombreux à compter des enfants en bas âge (7,5 % vs 13,24 %) ;
- sont plus nombreux à compter des personnes âgées (p.ex. plus de 75 ans : 43,19 % vs 17,09 %) ;
- sont plus nombreux à compter un invalide (12,84 % vs 6,05 %) ;
- sont sensiblement plus nombreux à avoir droit à l'une des catégories du forfait de soins, au MàF malades chroniques et au statut de personne atteinte d'une affection chronique.

3.3.2. Simplification de la protection des groupes à faibles revenus : suppression du MàF social et introduction d'un nouveau plafond de € 250

La réforme de l'intervention majorée, en 2014, avait pour objectif de simplifier la procédure de demande et les conditions d'octroi. Le maximum à facturer pourrait lui aussi être simplifié en supprimant le MàF social pour ne conserver que le MàF revenus (en plus du MàF enfants et du MàF malades chroniques).

En divisant les plafonds de tickets modérateurs (valables à partir du 1/1/2018) par les seuils de revenus, on voit que les ménages consacrent un maximum de 3,63 % à 3,88 % de leurs revenus nets imposables au paiement de tickets modérateurs (à l'exclusion de ceux qui ne sont pas repris dans le maximum à facturer). Ceci n'est toutefois pas vrai pour le groupe dont les revenus sont les plus faibles : un ménage dont le revenu net imposable est de € 10 000 paiera par exemple un maximum de 4,68 % de ce revenu en tickets modérateurs (plafond indexé de € 468,18 en 2018). Introduire un nouveau plafond de tickets modérateurs inférieur à € 450 pourrait assurer une protection accrue aux groupes disposant des revenus les plus modestes (revenu net imposable inférieur à € 10 000 pour l'ensemble du ménage).

Quel serait l'impact de l'introduction d'un plafond de tickets modérateurs supplémentaire de € 250 et de la suppression du MàF social ? Le plafond de € 250 a été fixé de manière arbitraire. Nous avons calculé le droit au MàF revenus sur la base des revenus de l'année t-3 (comme dans la réglementation actuelle). Le paragraphe 3.7.2 du rapport scientifique examine en outre l'impact de cette même simulation lorsqu'elle se base sur les revenus de l'année t-1.

Impact global

La suppression du MàF social a pour conséquence que les ménages concernés se voient attribuer un plafond de tickets modérateurs en fonction de leurs revenus. Au total, ce sont 588 217 ménages Registre national qui entrent en considération pour le plafond de tickets modérateurs réduit, dont 84 % avaient déjà droit au MàF social et 16 % au plafond de € 450 du MàF revenus. Pour 174 152 de ces ménages, la mesure a aussi un impact sur le montant payé en tickets modérateurs : 55 % (N = 96 003) dépensent moins en tickets modérateurs, 45 % (N = 78 149) davantage.

La grande majorité (86,32 %) des ménages qui n'avaient précédemment droit qu'au MàF social bénéficient à présent d'un plafond de tickets modérateurs inférieur (€ 250) ou identique (€ 450) dans le MàF revenus. Pour 10,26 % d'entre eux, le plafond de tickets modérateurs passe à € 650, le reste (3,39 %) se retrouve dans une catégorie plus élevée. Près de 26 % des ménages qui avaient droit au plafond de € 450 du MàF revenus bénéficient à présent du plafond inférieur de € 250.

Pour l'INAMI, une telle mesure débouche sur une diminution d'un peu plus de 4,1 millions d'euros des remboursements dans le cadre du MàF. Ce montant est le résultat de deux effets opposés :

- 96 003 ménages touchent des remboursements plus élevés dans le cadre du MàF grâce à l'introduction d'un seuil de tickets modérateurs de € 250. Un peu plus de 50 % d'entre eux ne touchaient jusque-là aucun remboursement dans le cadre du MàF, leurs dépenses en tickets modérateurs étant supérieures à € 250 mais inférieures à € 450. Le

montant total des remboursements supplémentaires dans le cadre du MàF s'élève à 13,3 millions d'euros, avec une moyenne de € 138 par ménage concerné (10e percentile = € 26,5 ; 90e percentile = € 200). Cette mesure abaisse d'environ 2 000 le nombre des payeurs extrêmes ;

- 78 149 ménages touchent des remboursements plus faibles suite à la suppression du MàF social. Ils ont à présent droit au MàF revenus, mais sur la base d'un plafond de tickets modérateurs supérieur à € 450, leurs revenus étant trop élevés pour bénéficier de ce dernier. Environ 56 % de ces ménages ne touchent plus du tout de remboursements dans le cadre du MàF, et le nombre de payeurs extrêmes augmente de 1 173 ménages. L'impact budgétaire pour l'INAMI est de 17,4 millions d'euros, le coût moyen pour les ménages touchés s'élève à € 222,2 (10e percentile = € 32,7 ; 90e percentile = € 516,6).

Qui sont les gagnants et les perdants de cette simplification ?

Le nombre de ménages gagnants (ceux qui paient moins en tickets modérateurs) et perdants est assez comparable (96 003 gagnants vs 78 149 perdants), mais leurs profils sont très différents. Pour une comparaison avec la population globale, nous vous invitons à consulter le Tableau 43 du rapport scientifique.

En comparaison avec les perdants, les gagnants :

- disposent d'un revenu net imposable équivalent sensiblement plus faible (€ 10 344 vs € 18 932). Globalement, la mesure abaisse le nombre de payeurs extrêmes (-2 090 vs +1 173). La part initiale des payeurs extrêmes était toutefois très importante parmi les ménages qui ont gagné à cette mesure (27,08 % vs 2 % parmi les perdants) ;
- sont plus nombreux à bénéficier d'un revenu d'intégration ou de la garantie de revenus aux personnes âgées (20,09 % vs 9,04 %) – dans la population générale, 4,57 % des ménages touchent ce type d'allocation ;
- ont des ménages moins grands (1,43 vs 2,89 membres) et sont moins nombreux à compter des enfants de 0 à 6 ans (5,68 % vs 11,50 %) ou des personnes âgées (65-74 ans : 14,42 % vs 27,93 %, plus de 75 ans : 29,36 % vs 42,03 %). Ce sont surtout les ménages comportant des personnes âgées qui perdent à la suppression du MàF social, même si celui-ci est compensé par l'introduction d'un plafond de tickets modérateurs plus faible ;
- sont moins nombreux à compter un membre invalide (10,03 % vs 23,12 %) ;
- sont plus souvent des indépendants (10,57% vs 4,68%) ;
- sont moins nombreux à bénéficier d'un forfait de soins pour la plupart des catégories qui y donnent droit ;
- sont 16,86 % à bénéficier du MàF malades chroniques et 47,07 % à avoir droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique, contre 31,68 % et 62,61 % respectivement chez les perdants.

Les gagnants (grâce au plafond plus bas) sont globalement des ménages disposant de faibles revenus ou d'un revenu d'intégration/de la garantie de revenus aux personnes âgées, mais qui ont aussi moins de problèmes chroniques que les perdants. La suppression du MàF social touche surtout des personnes âgées (plus de 75 ans) et des invalides qui ont davantage de problèmes de santé, mais aussi des revenus nets imposables supérieurs à ceux des gagnants. Des personnes âgées qui bénéficiaient du MàF social avec un plafond de tickets modérateurs de € 450 en raison de leur droit à l'intervention majorée se retrouvent à présent avec un plafond plus élevé. La définition des revenus utilisée dans le cadre de l'intervention majorée tient compte de la taille du ménage, alors que ce n'est pas le cas pour le MàF revenus. S'ajoute à cela que l'intervention majorée tient compte du revenu brut imposable et le maximum à facturer du revenu net imposable, ce qui signifie concrètement qu'un ménage composé p.ex. de deux personnes de plus de 75 ans peut parfaitement rester en-deçà du seuil de revenus fixé pour l'intervention majorée (€ 18 730,66 par an + € 3 467,55 par membre du ménage en 2018), mais se retrouver avec le plafond de tickets modérateurs de € 676,26 qui correspond à un revenu net imposable de € 22 198,21, les revenus nets et bruts étant souvent très proches dans ce public spécifique.

3.4. Impact global des mesures

La Figure 10 et le Tableau 2 illustrent l'impact global par simulation.

Figure 10 – Montant total des tickets modérateurs, réparti en remboursements dans le cadre du maximum à facturer et montant des tickets modérateurs restant à charge des patients (par simulation)

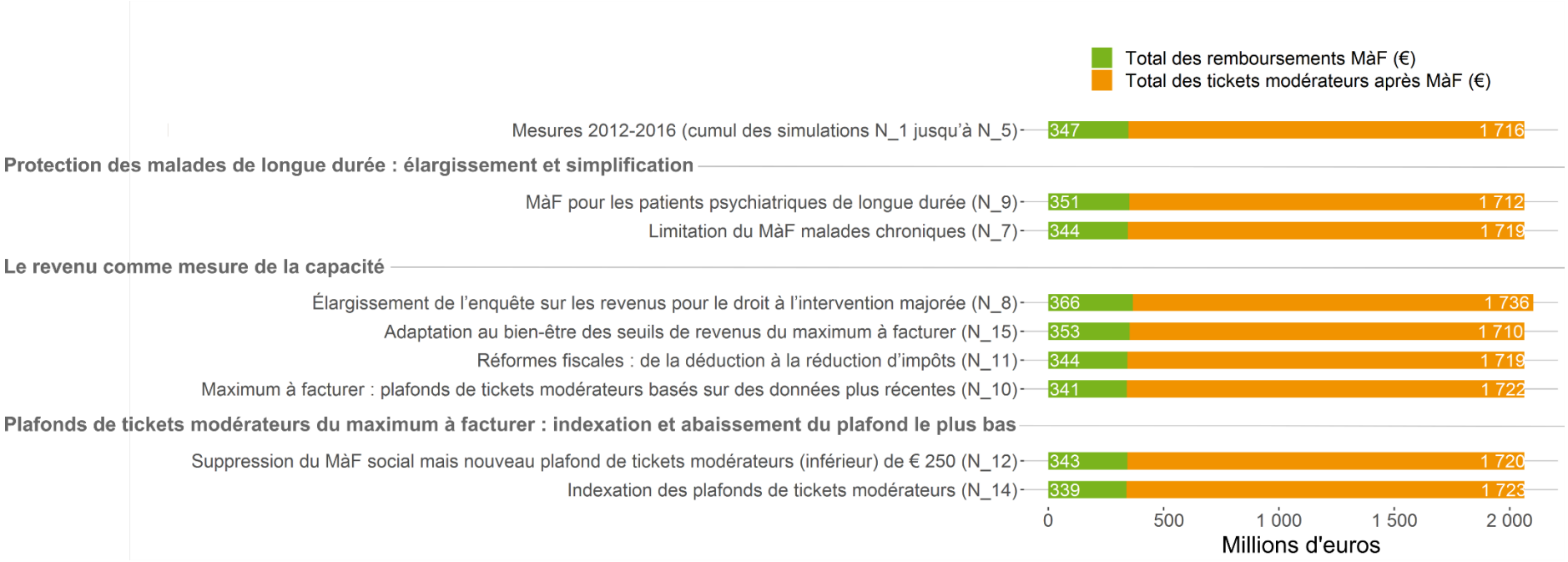


Tableau 2 – Impact pour les patients des adaptations apportées aux mesures de protection sociale

Mesure (N° de la simulation)		Nombre de ménages Registre national avec remboursements MàF (N)	Nombre de payeurs extrêmes (N)	Nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée (N)
	Mesures 2012-2016 (cumul des simulations N_1 à N_5)	657 171	143 020	2 706 748
Protection malades de longue durée : élargissement et simplification	Limitation du MàF malades chroniques (N_7)	651 107	143 116	2 706 748
	MàF pour les patients psychiatriques de longue durée (N_9)	658 783	141 698	2 706 748
Le revenu comme mesure de la capacité	Maximum à facturer : plafonds de tickets modérateurs basés sur des données plus récentes (N_10)	636 941	141 378	2 706 748
	Réformes fiscales : de la déduction à la réduction d'impôts (N_11)	648 043	143 606	2 706 748
	Adaptation au bien-être des seuils de revenus du maximum à facturer (N_15)	667 624	142 805	2 706 748
	Élargissement de l'enquête sur les revenus pour le droit à l'intervention majorée (N_8)	673 214	143 203	2 507 536
Plafonds de tickets modérateurs du maximum à facturer : indexation et abaissement du plafond le plus bas	Indexation des plafonds de tickets modérateurs (N_14)	639 370	143 324	2 706 748
	Suppression du MàF social mais nouveau plafond de tickets modérateurs (inférieur) de € 250 (N_12)	661 837	142 103	2 706 748

3.5. Franchise ou maximum à facturer ?

Qu'entend-on par franchise ou risque propre?

Les termes de franchise ou risque propre (« *deductible* » en anglais) sont quelquefois utilisés pour désigner le montant des tickets modérateurs qu'un individu ou ménage doit payer de sa poche avant que le maximum à facturer n'intervienne (plafond). Ce n'est toutefois pas tout à fait exact. La différence entre le maximum à facturer et les autres notions tient en effet au mode de calcul du plafond : dans le cas du maximum à facturer, la contribution personnelle se compose uniquement des tickets modérateurs, tandis que les autres concepts prennent en compte le coût de santé total. Nous pouvons clarifier cette différence à l'aide d'un exemple concret : pour une consultation chez un généraliste accrédité pendant les heures ouvrables, un patient avec dossier médical global paye un honoraire de € 25,43 (août 2018), dont sa mutuelle lui remboursera € 24,43 s'il a droit à l'intervention majorée et € 21,43 si ce n'est pas le cas. Le ticket modérateur s'élève donc à € 1 ou à € 4. Dans le cadre du maximum à facturer, seul le montant des tickets modérateurs (€ 1 ou € 4) est pris en compte dans le calcul du plafond. Dans le cas d'une franchise, c'est le coût total des soins (€ 25,43) qui est pris en considération. Dans ce système, il n'est évidemment plus question d'une intervention majorée.

Un glissement de paradigme pour l'assurance maladie

Les mesures récemment introduites ou hypothétiques des paragraphes précédents s'inscrivent dans les limites actuelles de l'assurance maladie : celles d'une assurance avec un ticket modérateur obligatoire à acquitter par le patient au moment où il fait appel aux services de soins de santé. Les mesures de protection visent à limiter le montant des tickets modérateurs soit à chaque contact avec les soins de santé (p.ex. intervention majorée), soit au travers d'un plafond (comme dans le maximum à facturer).

Un système de franchise comporte également un plafond, mais celui-ci porte sur l'ensemble des coûts plutôt que sur le seul ticket modérateur. La notion de « ticket modérateur » disparaît alors en tant que base de la mesure de protection.

Conception de la simulation

Pour pouvoir comparer le système du maximum à facturer (ticket modérateur après intervention du maximum à facturer) à un système d'assurance avec franchise, en termes de coût pour l'INAMI et de protection du patient, nous avons conçu notre simulation comme suit :

- le coût des remboursements pour l'INAMI lorsque le patient atteint le plafond du montant à sa charge dans un système avec franchise est identique à celui du maximum à facturer actuel (données 2012 avec les mesures décrites au Chapitre 2. Pour l'INAMI, cette simulation est donc neutre sur le plan budgétaire ;
- la progressivité inhérente au système actuel, où le niveau du plafond dépend des revenus, a été maintenue. Concrètement, dix plafonds ont été calculés en fonction des déciles des revenus nets imposables de l'année t-3 ; ils varient de € 85,01 pour le groupe dont les revenus sont les plus faibles à € 966,14 pour le groupe aux revenus les plus élevés (voir Tableau 3) ;
- la franchise ne s'applique pas aux consultations et visites du médecin de famille, afin de promouvoir les soins de première ligne et la prévention. Ceci rejoint le principe de l'assurance maladie néerlandaise, qui prévoit une franchise excluant les consultations en médecine générale (voir Encadré 7). Ces dépenses sont entièrement à charge de l'INAMI et ne sont donc pas prises en compte dans le calcul des plafonds. Comme précisé ci-dessus, cette simulation est neutre pour l'INAMI d'un point de vue budgétaire, en tenant compte des dépenses supplémentaires en visites et consultation chez le généraliste.

Tableau 3 – Franchise et seuils de revenus

Revenus nets imposables année t-3		Franchise
Seuil inférieur	Seuil supérieur	
€ 0,00	€ 8 635,50	€ 85,01
€ 8 635,51	€ 12 869,75	€ 130,00
€ 12 869,76	€ 16 493,73	€ 165,01
€ 16 493,74	€ 21 114,61	€ 210,01
€ 21 114,62	€ 26 369,29	€ 265,01
€ 26 369,30	€ 32 849,49	€ 330,02
€ 32 849,50	€ 41 210,30	€ 410,02
€ 41 210,31	€ 51 298,77	€ 515,04
€ 51 298,78	€ 67 667,50	€ 675,04
€ 67 667,51		€ 966,14

Source : Calculs KCE par le biais d'un algorithme d'optimisation avec neutralité budgétaire

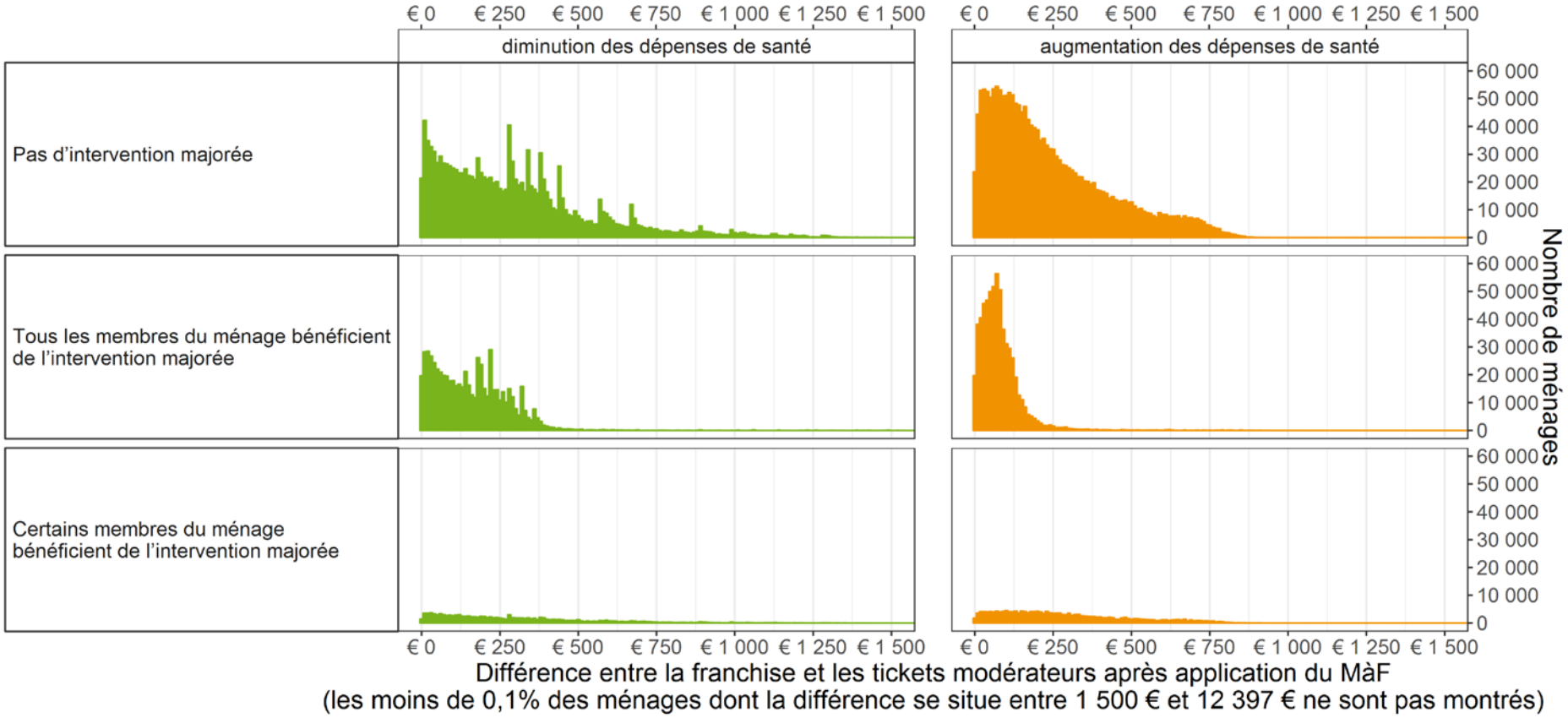
Encadré 7 – La franchise aux Pays-Bas

- La franchise est un montant que tout individu (de 18 ans ou plus) doit payer de sa poche pour ses frais de santé avant intervention de l'assurance. En 2018, elle s'élève à € 385.
- Cette franchise obligatoire peut être accrue sur base volontaire pour réduire la prime de l'assurance de base.
- Certains types de soins (comme ceux qui relèvent de la médecine générale) sont exclus du système de franchise et leur coût est intégralement couvert par l'assurance de base.

Impact global

Pour l'INAMI, cette mesure est neutre d'un point de vue budgétaire (cf. conception de la simulation) ; les remboursements sont identiques à ceux du maximum à facturer. Pour 54,5 % des ménages (N = 2 665 334) les dépenses de soins de santé augmentent de € 199 en moyenne ; pour 41 % (N = 2 092 29), elles diminuent de € 264 en moyenne. Ces montants moyens recouvrent toutefois une fourchette extrêmement large (voir Figure 11).

Figure 11 – Différence en coûts de santé entre un système avec franchise et les remboursements du MàF, par statut d'intervention majorée



Qui sont les gagnants et les perdants ?

Tant les gagnants (les ménages dont les dépenses de santé diminuent) que les perdants sont extrêmement nombreux : le fait de remplacer le maximum à facturer par un système de franchise modifie les dépenses de soins de santé pour plus de 95 % de l'ensemble des ménages.

En comparaison avec les perdants, les gagnants…

- disposent d'un revenu imposable équivalent plus faible (€ 20 230 vs € 29 528). Le revenu moyen dans la population générale s'élève à € 24 828. Les perdants appartiennent donc aux groupes dont les revenus sont plus élevés ;
- sont plus souvent des ménages âgés (65-74 ans : 21,67 % vs 10,39 %, plus de 75 ans : 28,87 % vs 8,56 %). On dénombre également moins de ménages âgés parmi les perdants que dans la population générale ;
- comptent plus souvent un membre invalide (9,67 % vs 3,51 %) ;
- ont plus souvent droit à un forfait de soins, et ce dans toutes les catégories. Il en va de même pour le MàF malades chroniques (17,53 % vs 1,87 %) et le statut de personne atteinte d'une affection chronique (29,83 % vs 5,29 %).

De façon générale, nous pouvons conclure que ce sont surtout des ménages à faibles revenus et dont les frais de santé sont élevés qui voient leur contribution personnelle diminuer dans un système de franchise en comparaison avec le système du maximum à facturer.

4. DISCUSSION

Assurance maladie et redistribution

L'objectif premier de tout système d'assurance maladie est de protéger ses bénéficiaires contre des frais de santé imprévisibles (et potentiellement élevés). L'assurance maladie – et plus particulièrement son mode de financement – peut toutefois aussi contribuer à une redistribution des ressources. Le législateur belge a fait d'emblée le choix d'une assurance maladie obligatoire solidaire, dans laquelle les revenus les plus élevés paient davantage de contributions et d'impôts que les revenus les plus faibles pour financer le système. Ces contributions et impôts sont en outre indépendants de l'état de santé de l'assuré.

D'un autre côté, lorsqu'ils font appel aux soins de santé, les patients paient de leur poche 20 à 25 % des coûts. Diverses mesures supplémentaires ont été mises en place pour les protéger contre les frais de santé (trop) élevés. Ceci signifie concrètement que l'assurance maladie belge assure une redistribution non seulement au travers de son mode de financement, mais aussi lors de la consommation des soins.

Les conséquences concrètes de mesures de protection comme l'intervention majorée ou le maximum à facturer sont le reflet des choix éthiques qui sous-tendent cette redistribution. Le maximum à facturer, par exemple, est une mesure de protection mise en place au niveau du ménage (dont la composition est différente selon qu'il est question du MàF social ou du MàF revenus) plutôt que de l'individu – un choix qui peut s'expliquer par le fait que le ménage est l'entité économique au sein de laquelle sont mises en commun les rentrées et les dépenses. La simulation dans laquelle le MàF social est supprimé pour ne garder que le MàF revenus, avec adjonction d'un plafond supplémentaire de € 250, illustre aussi l'impact de la (non-)prise en compte de la taille du ménage. Vu que le seuil de revenus déterminant le droit à l'intervention majorée augmente avec le nombre de membres du ménage tandis que la condition de revenus pour bénéficier du MàF revenus reste la même quelle qu'en soit la taille, on constate que les ménages composés de personnes plus âgées et les ménages plus grands seraient, dans cette hypothèse, soumis à un plafond de tickets modérateurs plus élevé (€ 676,26 au lieu de € 468,18).

Une autre particularité importante du maximum à facturer concerne la charge relative (comprenez, le montant des tickets modérateurs en fonction des revenus). Les plafonds de tickets modérateurs exprimés en pourcentage du revenu net imposable sont à peu près comparables pour tous les groupes de revenus (à l'exception des plus faibles et des plus élevés) et se situent entre 3,63 % et 3,88 %. Pour un ménage disposant d'un revenu net imposable (inférieur ou) égal à € 10 000, cette charge relative peut toutefois atteindre (voire dépasser) 4,68 %. Le choix d'introduire un nouveau plafond de tickets modérateurs (indexé) de € 250, correspondant à une charge relative de 2,5 %, protégerait non seulement contre des frais élevés, mais assurerait en outre une redistribution supplémentaire des revenus les plus élevés vers les revenus les plus faibles, en plus de celle qui est déjà inhérente à l'assurance maladie obligatoire. Le choix du degré de redistribution de l'assurance maladie obligatoire non seulement via son financement mais aussi lors de la consommation de soins, est un choix qui appartient aux décideurs politiques.**Durabilité du système**

À côté des considérations éthiques, des facteurs économiques jouent également un rôle dans la conception de la protection sociale. Un élargissement de la protection offerte par le maximum à facturer (p.ex. pour les séjours de longue durée dans un hôpital psychiatrique) représenterait un poids supplémentaire pour le budget de l'assurance maladie, ce qui suppose soit d'accroître celui-ci, soit de faire des économies sur d'autres postes. L'introduction d'un ticket modérateur est déjà, en soi, un moyen de contribuer à la pérennité financière du système d'assurance maladie.

Quels choix en matière de protection sociale ?

L'exemple de l'hospitalisation psychiatrique prolongée est une bonne illustration des choix que font ou peuvent faire les décideurs. Le surcoût pour l'INAMI s'élève à environ 3,9 millions d'euros. Ce montant permet d'abaisser les tickets modérateurs de 4 000 ménages seulement, mais d'un montant moyen de € 973,76. Pour les 10 % de ménages chez qui le montant des tickets modérateurs est le plus élevé, cette baisse atteint même € 1 699,75 ou plus. Ces ménages disposent d'un revenu imposable équivalent de € 13 357, soit substantiellement moins que le revenu moyen de la population générale (€ 24 828). Un budget du même ordre (3 millions d'euros) pourrait être économisé en n'accordant le MàF malades chroniques qu'aux ménages dont un membre a droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique – une mesure qui infligerait une augmentation moyenne de € 90,62 du montant des tickets modérateurs à 33 321 ménages disposant d'un revenu net imposable équivalent de € 20 576.

Cet exemple illustre le fait qu'un même budget peut soit alléger sensiblement la charge financière de la maladie pour un petit nombre de ménages, soit apporter une aide beaucoup plus modeste à un plus grand nombre de ménages. Ce constat n'a évidemment rien de nouveau, si ce n'est que la technique des micro-simulations permet de dresser le tableau de leurs caractéristiques démographiques, socio-économiques et liées à la santé. Si les décideurs souhaitent offrir une protection supplémentaire contre des frais de santé élevés à un groupe-cible bien spécifique, les résultats des micro-simulations les aideront par ailleurs à déterminer quelle est la mesure qui permettra de réaliser au mieux cet objectif.

Dans la simulation où le maximum à facturer est remplacé par un système prévoyant une franchise, cette dernière ne s'applique pas au coût des visites et consultations chez le médecin de famille. Le choix d'assurer complètement ou non les soins de médecine générale revient aux décideurs, mais les résultats des micro-simulations offrent une bonne base empirique pour un débat sociétal à ce sujet.

Simplification et transparence

Des choix stratégiques successifs ont donné naissance à la structure complexe de notre assurance maladie actuelle, au principe du ticket modérateur et aux mesures de protection. Ces dernières années, toute une série de mesures ont été prises afin d'améliorer la transparence et la cohérence du système. La réforme de l'intervention majorée, en 2014, avait pour objectif explicite d'en simplifier les conditions d'octroi, en utilisant pour ce faire un cadre conceptuel uniforme.

En dépit des efforts consentis pour rendre la structure de l'assurance maladie (et ses mesures de protection) aussi transparente et aussi « lisible » que possible, une certaine complexité subsiste à cause de la définition variable des groupes médicalement ou économiquement vulnérables dans les mesures actuelles. Pour définir les groupes

médicalement vulnérables ou les malades chroniques, on utilise p.ex. des variables de substitution aussi diverses que la consommation de soins, le statut d'invalide, celui de moins-valide (certaines catégories du forfait de soins), un certain niveau de dépenses en tickets modérateurs (forfait de soins ou MàF malades chroniques) ou encore un certain niveau de dépenses de santé (ticket modérateur et statut de personne atteinte d'une affection chronique). Comme on peut le voir à la Figure 6, ceci peut générer aussi bien des lacunes que des redondances dans la protection.

L'efficacité de l'approche stratégique

L'objectif de toute mesure de protection sociale est d'atteindre le mieux possible son groupe-cible. Le degré d'utilisation (ou de non-utilisation) de certains droits peut être interprété comme une mesure de l'efficacité de la stratégie utilisée. Plusieurs simulations de notre rapport se sont efforcées à la fois de calculer l'ampleur de la non-utilisation du droit à l'intervention majorée et de dresser un tableau des caractéristiques des ménages qui ne font pas usage de ce droit. La simulation N_1 révèle ainsi qu'un groupe important de ménages ne faisait pas usage de l'ancien système OMNIO alors qu'ils y avaient droit. En comparaison avec les ménages qui utilisaient ce droit, c'étaient surtout des ménages de plus petite taille et composés de personnes âgées et de pensionnés qui n'en profitaient pas. Les ménages qui faisaient usage de ce droit étaient plus souvent des familles monoparentales comprenant une personne au chômage ou invalide.

Ce groupe de « non-utilisateurs » peut être sensiblement réduit par une prise de contact proactive par la mutuelle ou par d'autres mesures qui automatisent l'octroi du droit à l'intervention majorée.

Limitations de cette étude

- Tous les résultats sont exprimés en fonction du niveau des prix en 2012. L'échantillon pondéré est représentatif de la population belge assurée en 2012 en termes de taille et de composition (p.ex. âge, sexe, nombre de personnes composant le ménage) et l'impact des mesures simulées en termes de budget ou de nombre de ménages concernés n'est donc pas immédiatement extrapolable à 2018. Les montants et les nombres mentionnés livrent néanmoins une indication de l'ordre de grandeur de cet impact. Ceci ne remet toutefois pas en question le profil socio-démographique que nous avons dressé des gagnants et perdants d'une mesure donnée.
- Le Chapitre 3 ne reprend qu'une sélection de mesures susceptibles de faire l'objet d'une simulation. Cette sélection est purement exemplative et ne reflète en rien les projets politiques actuels. En principe, il est possible de calculer l'impact de tout changement de politique touchant à des variables disponibles dans le fichier couplé (données relatives aux soins de santé et données fiscales). Le choix d'en implémenter certains revient aux décideurs.

RECOMMANDATIONS[d]

À la ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique

- **Un modèle de micro-simulation reposant sur les données couplées des dépenses en soins de santé et des revenus permet aussi bien de réaliser une évaluation a posteriori des mesures de protection déjà mises en place que de jauger l'impact de nouvelles mesures. À l'avenir, les propositions politiques devraient pouvoir faire l'objet d'une analyse cohérente sur la base d'un couplage permanent, ce qui pourrait aussi autoriser un affinage plus poussé du modèle de micro-simulation ainsi qu'un suivi d'autres mesures mises en place dans le cadre de l'assurance maladie. Pour pouvoir exécuter cette mission, il conviendrait de mettre les moyens humains et financiers nécessaires à la disposition de l'INAMI.**
- **L'Arrêté Royal du 15 janvier 2014 concernant l'intervention majorée de l'assurance définit notamment la notion de ménage telle qu'elle est utilisée dans le cadre de l'intervention majorée et le fonctionnement du flux proactif visant à identifier les bénéficiaires qui y ont droit (sur la base d'une condition de revenus). Un ménage de référence se compose des partenaires cohabitants et de leurs personnes à charge ; on entend par partenaires cohabitants deux personnes formant un ménage de fait, ce qui va plus loin que la notion de partenaires au sens de la loi. Les mutuelles ne disposent pas de cette information. Pour faciliter le fonctionnement du flux proactif et l'identification des ayant-droits et de leur ménage, l'information relative au partenaire cohabitant devrait être systématiquement demandée par la mutuelle.**
- **L'une des réalisations de la réforme de l'intervention majorée a été de créer un cadre conceptuel uniforme et plus spécifiquement d'adapter la notion de ménage. Une uniformisation plus poussée du cadre conceptuel (notions de revenus, de ménage) du MàF revenus et de l'intervention majorée pourrait accroître encore la transparence. De même, l'utilisation d'une définition uniforme du malade chronique dans les diverses mesures de protection déboucherait sur une transparence et une cohérence accrues.**

[d] Le KCE est seul responsable de ces recommandations.

À l'INAMI

- **L'article 37sexies de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, cite les grandes catégories de tickets modérateurs qui ne sont pas prises en compte dans le calcul du plafond de tickets modérateurs du maximum à facturer. Cette énumération ne permet toutefois pas de dresser une liste exhaustive des codes de nomenclature pouvant être utilisée de manière uniforme par les mutuelles. Il conviendrait de dresser un registre avec l'historique des codes de nomenclature qui ne sont pas pris en compte dans le calcul du plafond de tickets modérateurs du maximum à facturer, conformément à l'article 37sexies de la loi du 14 juillet 1994.**
- **Dans cette étude, nous avons calculé l'impact des mesures politiques sur le ticket modérateur et la contribution personnelle totale du patient (ticket modérateur + suppléments), mais sans examiner la politique en matière de suppléments. Pour disposer d'une image plus correcte de l'ensemble des paiements à charge du patient, les suppléments facturés dans un cadre ambulatoire devraient être enregistrés et repris dans les données des organismes assureurs.**

Cette étude s'est attachée à calculer les effets budgétaires et redistributifs d'une série de mesures politiques affectant le montant des tickets modérateurs à charge du patient. Il peut s'agir aussi bien de mesures prises dans le passé que de modifications hypothétiques des mesures de protection existantes. Le choix d'effectuer certains changements relève des décideurs politiques. Nous ne formulerons donc pas de recommandations à ce sujet.

RÉFÉRENCES

1. Guillaume J, Avalosse H. Concentratie van gezondheidszorguitgaven binnen de populatie rechthebbenden verplichte ziekteverzekering. IMA-AIM; 2014.
2. WHO. Health financing for universal coverage [Web page]. [cited 10 November 2017]. Available from: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/
3. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 12/1/2016. KCE Reports 259 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259C_performancereport2015.pdf
4. Schokkaert E, Guillaume J, Lecluyse A, Avalosse H, Cornelis K, De Graeve D, et al. Effects of the Maximum Billing system on health care consumption and financial access to health care. Equity and Patient Behaviour (EPB). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 01/07/2008. KCE Reports 80 Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/effects-of-the-maximum-billing-system-on-health-care-consumption-and-financial-ac
5. Farfan-Portet M-I, Devos C, Devriese S, Cleemput I, Van de Voorde C. Simplification of patient cost sharing : the example of physician consultations and visits. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 180C (D/2012/10.273/38) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_180C_simplification_patient_cost_sharing_second%20print.pdf
6. RIZIV-INAMI. Implementatie van de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming. Brussel: RIZIV-INAMI; 2016.
7. Koninklijk Besluit van 15 januari betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige

verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. 19 januari 2014.

8. Goedemé T, Van Gestel R, Janssens J, Lefevere E, Lemkens R, De Spiegeleer T. De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren. CM-Informatie. 2017(270):19-25.

9. Wellens J. Zesde staatshervorming: aardverschuiving in de personenbelasting. Mechelen: Wolters Kluwer; 2014.

COLOPHON

Titre :	Impact global et effet redistributif des mesures de protection sociale en matière de coûts de santé – Synthèse
Auteurs :	Maria-Isabel Farfan-Portet (ex-KCE), Nicolas Bouckaert (KCE), Stephan Devriese (KCE), Carl Devos (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Coordinateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Irina Cleemput (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Christian Léonard (KCE)
Experts externes :	Brigitte Dormont (Université Paris Dauphine), Erik Schokkaert (KU Leuven), Frank Vandenbroucke (Universiteit van Amsterdam)
Validateurs externes :	Hervé Avalosse (Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV), Joanna Geerts (Federaal Planbureau)
Remerciements :	Nous voulons remercier explicitement les nombreux collaborateurs de l'INAMI et des Mutualités Chrétiennes (ANMC) et Socialistes (UNMS) pour leur contribution constructive à ce rapport.
Intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour cette étude ont été sélectionnés pour leur implication dans le sujet, notamment les contributions personnelles et les mesures de protection. Par conséquent, ils peuvent avoir des conflits d'intérêt potentiels de différentes natures en lien avec le sujet principal du rapport.
Layout:	Ine Verhulst
Disclaimer :	• **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.** • **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).** • **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**
Date de publication :	21 mars 2019
Domaine :	Health Services Research (HSR)

MeSH : Financing, Personal; Insurance Coverage; Health Services Accessibility; Cost Sharing; Health Expenditures

Classification NLM : W74

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2019/10.273/15

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.



Comment citer ce rapport ? Farfan-Portet M.I, Bouckaert N, Devriese S, Devos C, Van de Voorde C. Impact global et effet redistributif des mesures de protection sociale en matière de coûts de santé – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 309Bs. D/2019/10.273/15.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.