



**POD** | Maatschappelijke Integratie  
**SPP** | Intégration Sociale

## **FOCUS**

# **« Aide médicale : évolution depuis 1999 »**

**Numéro 9 – Octobre 2014**

## 1. Introduction

L'aide octroyée par le CPAS constitue le dernier filet de la protection sociale. Elle permet aux personnes aidées de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Au-delà d'une aide financière classique devant permettre aux personnes de subvenir aux besoins quotidiens tels le logement, la nourriture, l'habillement, le CPAS est tenu d'assurer une aide médicale (AM) aux personnes aidées. Cette aide médicale doit leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine, autrement dit elle doit leur permettre de préserver leur santé physique et psychique.

## 2. L'aide médicale

Avant tout chose, le CPAS a une obligation de vérifier si une personne aidée est en ordre de mutuelle, soit en tant que titulaire, soit en tant que personne à charge. Si ce n'est pas le cas, le CPAS est tenu d'affilier la personne aidée à un organisme assureur choisi par elle, et, à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI). Au besoin, le CPAS peut fournir une aide financière couvrant les cotisations de base et/ou complémentaires.

Le CPAS peut prendre en charge les soins de santé réguliers ou ponctuels des personnes aidées. Le montant de l'intervention du CPAS dépendra de l'état de besoin du bénéficiaire. Le CPAS peut prendre également en charge la totalité ou une partie des frais médicaux, paramédicaux ou pharmaceutiques qui ne sont pas remboursés par la mutuelle.

L'aide médicale du CPAS peut prendre plusieurs formes :

1. **La régularisation de la situation du demandeur** auprès d'une mutualité.
2. **La carte médicale** qui définit la période et les conditions dans lesquelles l'aide médicale peut être obtenue. En délivrant ce document, le CPAS s'engage auprès du prestataire de soins à prendre en charge les frais de certains actes médicaux pendant une période déterminée. La carte médicale offre au prestataire de soins qui en respecte les dispositions la certitude d'être payé par le CPAS pour les soins qu'il a prodigués. Quant au titulaire, il ne doit pas, à chaque fois, réintroduire une demande d'autorisation auprès du CPAS pour les prestations et les médicaments.
3. **La convention avec des dispensateurs de soins** : médecins généralistes et spécialistes ; kinésithérapeutes ; pharmaciens, dentistes, maisons médicales, services de santé mentale et hôpitaux collaborant avec le CPAS ;
4. **Le réquisitoire** : il s'agit d'un moyen de paiement octroyé par le CPAS permettant à la personne aidée d'obtenir des soins gratuitement. Dans le même temps, le prestataire de soins a la garantie que le CPAS règlera la facture.

5. **Le remboursement de médicaments** : certains médicaments peuvent être remboursés en partie s'ils sont prescrits par un médecin agréé ou s'ils sont achetés dans une pharmacie habilitée.

On distingue deux types de bénéficiaires d'une aide médicale :

- les ressortissants étrangers avec droit de séjour temporaire non-affiliés à une mutuelle, principalement les demandeurs d'asile et les étrangers autorisés à séjourner pour motifs médicaux (article 9 ter).
- les personnes en séjour irrégulier qui ne disposent pas de ressources suffisantes. Ces dernières ne peuvent prétendre qu'à l'aide médicale dite « urgente ».

### 3. L'aide médicale urgente

Toute personne en séjour illégal et ne disposant pas de moyens financiers pour payer elle-même ses frais médicaux peut demander au CPAS de son lieu de séjour de prendre ces frais en charge. L'aide médicale urgente est une aide sous la forme d'une intervention financière du CPAS dans les frais médicaux. Cette aide n'est pas une aide financière directement versée à la personne. Elle vise uniquement à assurer aux personnes en séjour illégal l'accès aux soins médicaux en payant le médecin, l'hôpital, la pharmacie, etc.

Son nom laisse supposer qu'il s'agit d'une aide urgente (par exemple après un accident ou suite à une maladie), mais elle dépasse l'urgence au sens strict et peut aussi concerner un examen médical, des séances de kinésithérapie ou une simple visite chez le médecin généraliste. L'aide médicale urgente peut donc couvrir des soins de nature tant préventive que curative<sup>1</sup>.

L'urgence de l'aide médicale est exclusivement déterminée par un médecin, et non par le patient ou le CPAS.

La personne concernée doit néanmoins obtenir préalablement l'accord d'engagement de paiement de la part du CPAS de son lieu de séjour habituel sauf si les circonstances sont de nature à rendre impossible la demande préalable.

---

<sup>1</sup> L'Arrêté Royale du 12 décembre 1996 stipule que l' "Aide Médicale Urgente" couvre les soins curatifs, mais aussi les soins préventifs et le suivi. Les médicaments, la consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, ... peuvent eux aussi être pris en charge par le CPAS. Cette mesure vaut aussi bien pour les soins médicaux ambulatoires que pour les soins médicaux résidentiels dans un établissement de soins infirmiers (hôpital, psychiatrie, ...).

Pour pouvoir prétendre à l'aide médicale urgente, la personne aidée doit remplir les conditions suivantes:

1. Vivre illégalement en Belgique : vit illégalement en Belgique la personne étrangère qui ne dispose pas ou plus d'un droit de séjour en Belgique. Il s'agit notamment des demandeurs d'asile débouté, d'(ex-)étudiants étrangers sans droit au séjour, de candidats au regroupement familial déboutés ou d'immigrés clandestins.
2. Être en état de besoin : le CPAS compétent constate, via l'enquête sociale, l'état de besoin sur base des ressources disponibles et des charges existantes.
3. Un certificat médical atteste le besoin de soins médicaux.

Tout comme l'aide médicale ordinaire, l'aide médicale urgente couvre des frais médicaux, ambulatoires ou non, des frais pharmaceutiques, des frais d'hospitalisation.

L'État, par l'intermédiaire du SPP-IS, rembourse au CPAS tous les soins médicaux ayant reçu un code nomenclature de l'INAMI.

## 4. Chiffres clés de l'aide médicale

### 4.1. Évolution depuis 1999

Le nombre de bénéficiaires d'une aide médicale augmente de manière régulière de 1999 à 2002 pour se stabiliser ensuite jusqu'en 2005. Après trois années consécutives de baisse, le nombre de bénéficiaires repart à la hausse de 2009 à 2010.

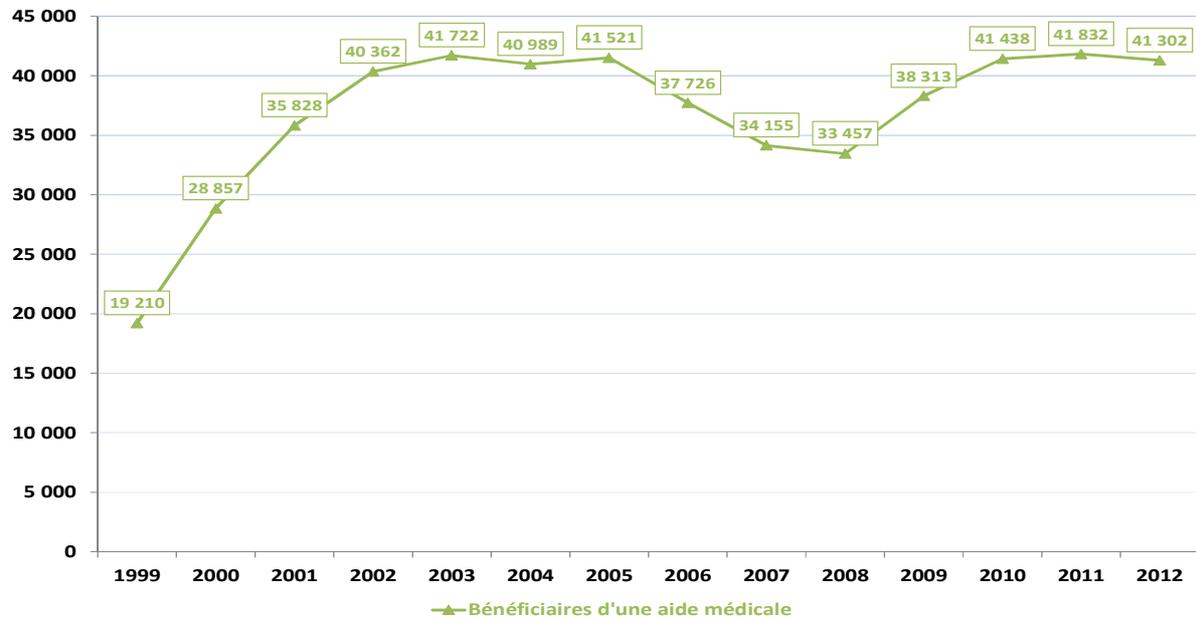
*Tableau 1 : nombre annuel<sup>2</sup> de bénéficiaires d'une aide médicale de 1999 à 2012*

Aide médicale	Aide médicale		dont non-urgente		dont urgente	
	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance
1999	19 210	-	17 423	-	1 826	-
2000	28 857	50.2%	24 974	43.3%	4 030	120.7%
2001	35 828	24.2%	30 877	23.6%	5 475	35.9%
2002	40 362	12.7%	32 046	3.8%	9 093	66.1%
2003	41 722	3.4%	31 571	-1.5%	11 303	24.3%
2004	40 989	-1.8%	27 760	-12.1%	14 568	28.9%
2005	41 521	1.3%	24 068	-13.3%	18 663	28.1%
2006	37 726	-9.1%	16 393	-31.9%	22 483	20.5%
2007	34 155	-9.5%	13 642	-16.8%	21 730	-3.3%
2008	33 457	-2.0%	13 774	1.0%	21 199	-2.4%
2009	38 313	14.5%	18 244	32.5%	22 291	5.2%
2010	41 438	8.2%	23 346	28.0%	20 332	-8.8%
2011	41 832	1.0%	26 351	12.9%	17 350	-14.7%
2012	41 302	-1.3%	25 838	-1.9%	17 185	-1.0%

<sup>2</sup> La somme du nombre annuel de bénéficiaires d'une aide médicale urgente et d'une aide médicale non-urgente est supérieure au nombre annuel de bénéficiaires d'une aide médicale. Ceci est dû au fait qu'un même bénéficiaire peut bénéficier d'un même type d'aide durant une année en fonction de son statut (demandeur d'asile, étrangers reconnus avec droit de séjour).

Depuis 2010, le nombre de bénéficiaires d'une aide médicale est stable. En 2012, ce n'est pas moins de 41302 personnes qui ont bénéficié d'un remboursement au titre de l'aide médicale, que ce soit pour des frais médicaux, des frais pharmaceutiques ou des frais d'hospitalisation.

**Graphique 1 – Évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale depuis 1999**



Sur base des chiffres relatifs au premier semestre de 2013<sup>3</sup>, on observe une baisse de 12,9% du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale par rapport à la même période de 2012. Cette baisse est due aux bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente dont le nombre diminue tandis que le nombre de bénéficiaires d'aide médicale urgente reste stable au premier semestre de 2013.

**Tableau 2 : bénéficiaires d'une aide médicale au premier semestre de 2013**

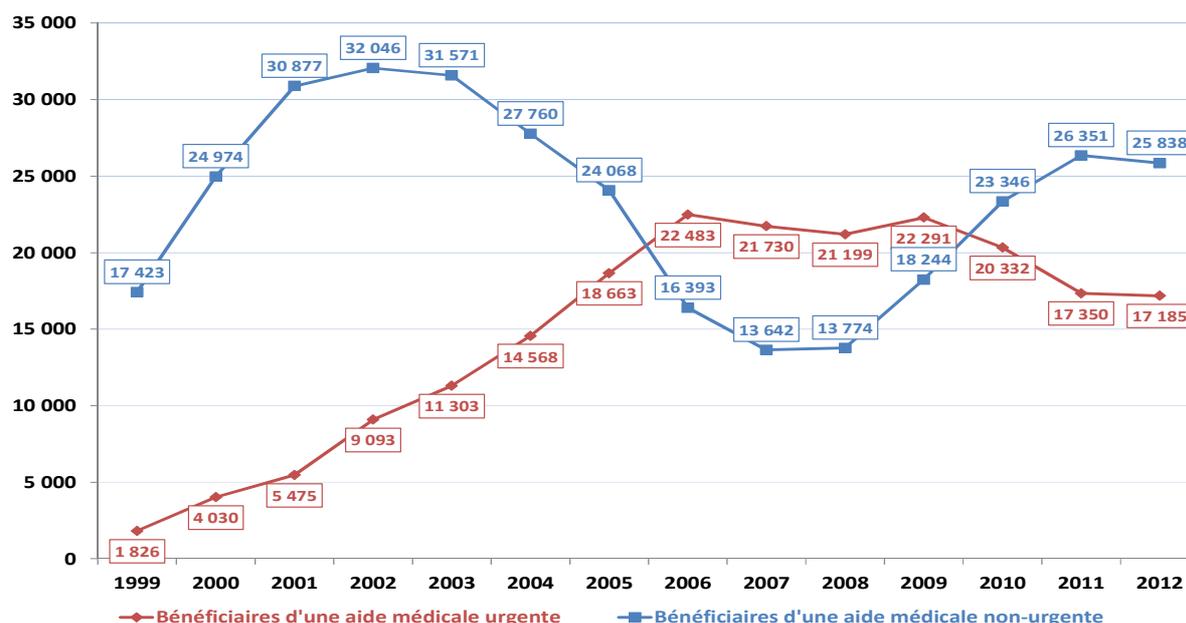
Aide médicale	Aide médicale		dont non-urgente		dont urgente	
	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance
<b>2013*</b>	27 168	-12.9%	15 342	-22.0%	12 520	2.8%

\* Premier semestre de l'année. Variations par rapport à la même période de l'année précédente

Comme le montre le graphique suivant, l'évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente diffère de celle des bénéficiaires de l'aide médicale non-urgente.

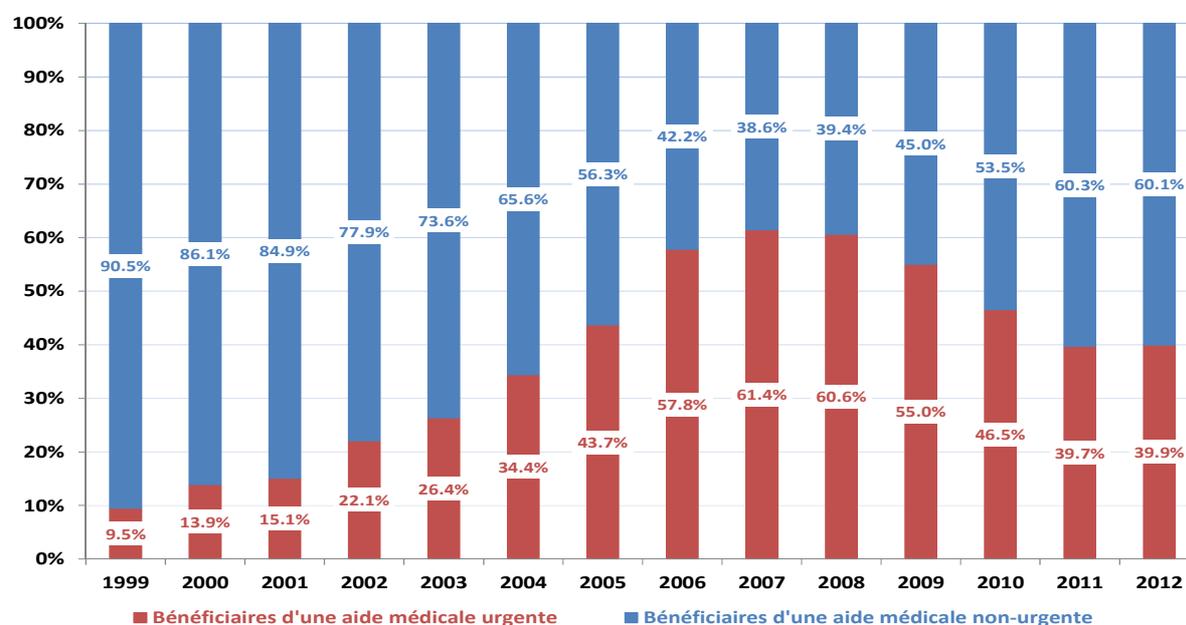
<sup>3</sup> Les chiffres de l'aide médicale ne sont stables qu'après 15 mois de recul. Ceci est lié au fait que les CPAS disposent d'un délai administratif de 12 à 15 mois pour soumettre leurs demandes de remboursement auprès du SPP Intégration sociale.

**Graphique 2 – Évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente ou d'une aide médicale non-urgente depuis 1999**



Du fait de ces évolutions distinctes, la part de l'aide médicale urgente dans l'aide médicale totale, qui n'était que de 9,5% en 1999, atteint son maximum en 2007 avec 61,4%. Elle redescend ensuite à 39,9% en 2012.

**Graphique 3 – Répartition des bénéficiaires entre aide médicale urgente et aide médicale non-urgente depuis 1999 (%)**



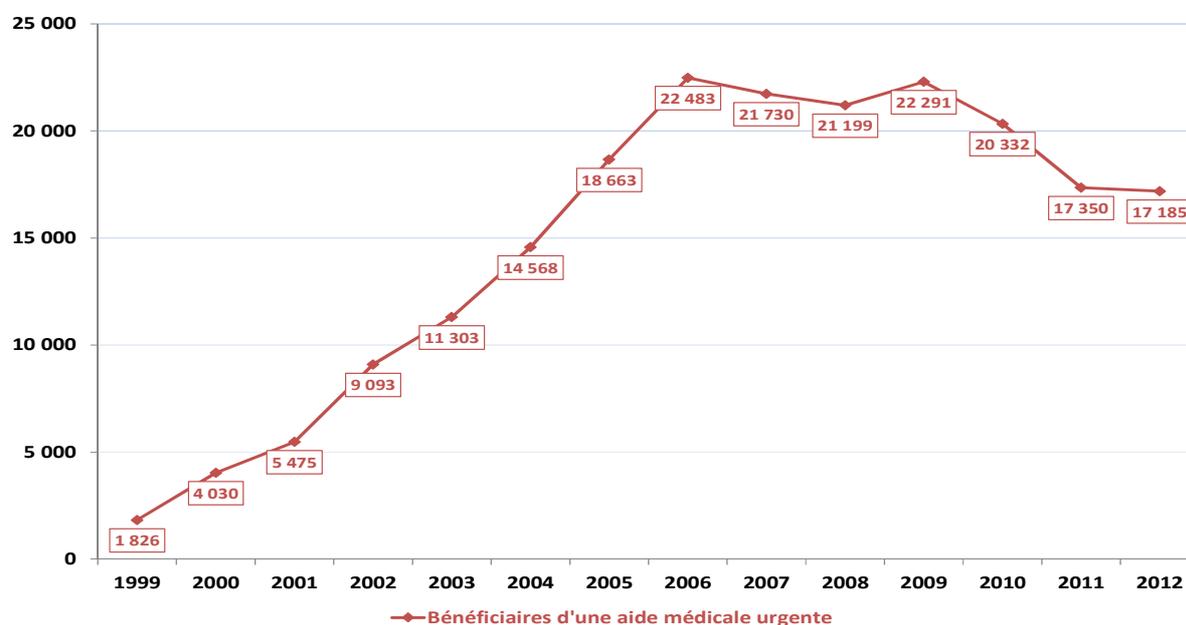
## 4.2. Aide médicale urgente

Pour rappel, l'aide médicale urgente est destinée aux personnes en séjour irrégulier qui ne disposent pas de ressources suffisantes.

Le nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente progresse fortement de 1999 à 2006, de 1826 à 22483 personnes et se stabilise ensuite jusqu'en 2009. Depuis 2010, le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale urgente diminue. En 2012, 17185 personnes ont bénéficié d'une telle aide.

Au cours du premier semestre de 2013, la baisse s'est renforcée : elle a été de 22% par rapport au même semestre de 2012.

*Graphique 4 – Évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente depuis 1999*



L'évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente dépend de plusieurs facteurs. Parmi ceux-ci, on peut citer l'évolution du nombre de personnes en situation irrégulière. Mais il est difficile de les dénombrer. Un autre facteur est le nombre de régularisations. Celles-ci sont de nature à diminuer le nombre de personnes faisant appel à l'aide médicale urgente.

Les années 2009, 2010 et 2011 ont connu un nombre exceptionnellement élevé de personnes régularisées aux motifs 9bis (raisons humanitaires) et 9ter (raisons médicales). On passe ainsi de 1039 dossiers de régularisation en 2008 à 4275 dossiers en 2009 et 12954 en 2010. En 2011, ce nombre reste encore élevé avec 6568 dossiers. Ces régularisations ont progressivement eu un impact à la baisse sur le nombre de bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente.

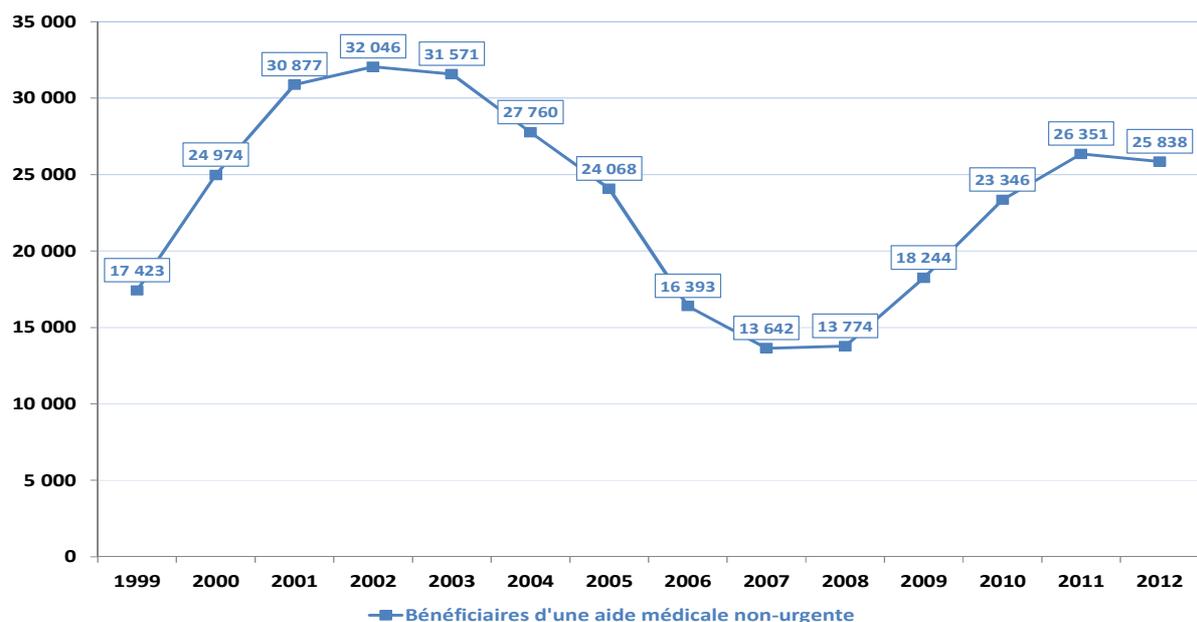
**Tableau 3 – Nombre de régularisations 9bis et 9ter 2007-2012**

	Régularisations 9bis et 9ter	
	Dossiers	Personnes
<b>2007</b>	65	104
<b>2008</b>	1039	1520
<b>2009</b>	4275	8349
<b>2010</b>	12954	20096
<b>2011</b>	6568	8886
<b>2012</b>	3256	4246

Source: Office des étrangers

En contrepartie de la baisse du nombre de bénéficiaires d’une aide médicale urgente, on observe une hausse du nombre de bénéficiaires d’une aide médicale non-urgente. En 2012, le renforcement des conditions d’accès au territoire (regroupement familial et filtre médical) a influencé ce nombre à la baisse.

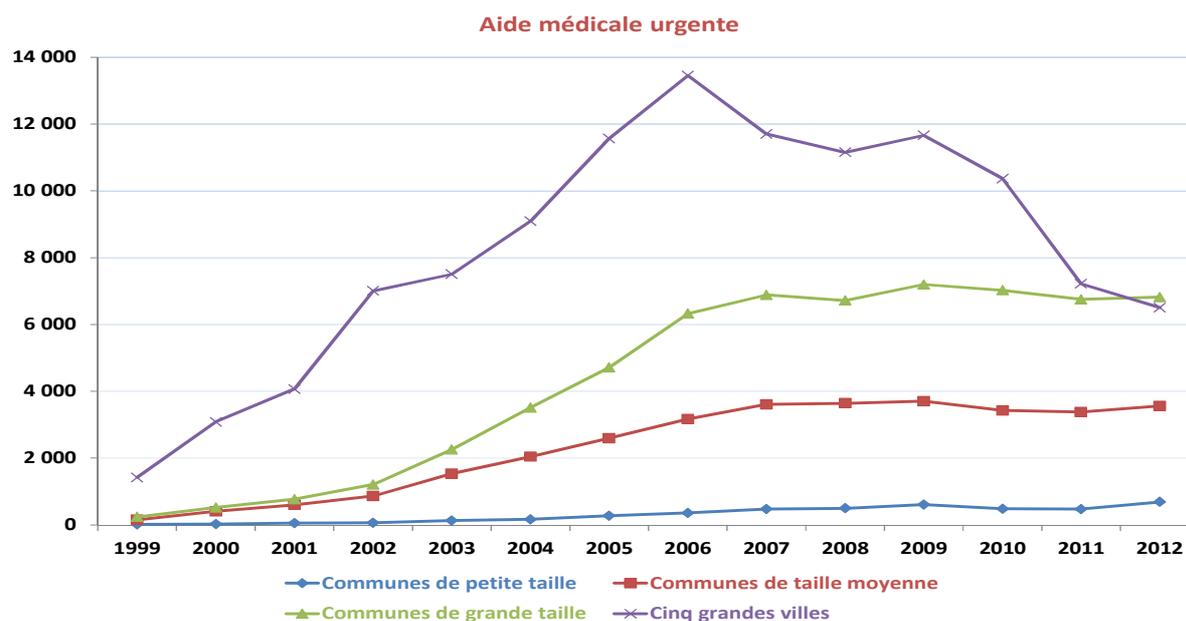
**Graphique 5 – Évolution du nombre de bénéficiaires d’une aide médicale non-urgente depuis 1999**



L’année 1999 a aussi connu un nombre élevé de régularisations de personnes en situation irrégulière. Néanmoins l’impact n’est pas visible dans les chiffres de l’aide médicale urgente. Ceci est dû à la mise en place progressive de l’aide médicale urgente qui a fait que de plus en plus de personnes en situation irrégulière y ont fait appel. Néanmoins, le graphique ci-dessus montre bien que le nombre de bénéficiaires d’une aide médicale non-urgente a augmenté de manière progressive dans la foulée des régularisations de 1999.

Alors que la croissance du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente a été plus forte dans le cluster<sup>4</sup> des 5 grandes villes au cours de la période 1999-2006, leur nombre y diminue plus rapidement de 2007 à 2012 tandis qu'il reste stable dans les autres clusters. Ceci est dû au fait que les personnes en situation irrégulière se concentrent dans les 5 grandes villes. Il y a désormais autant de bénéficiaires d'une aide médicale urgente dans le cluster des 5 grandes villes que dans celui des communes de grande taille.

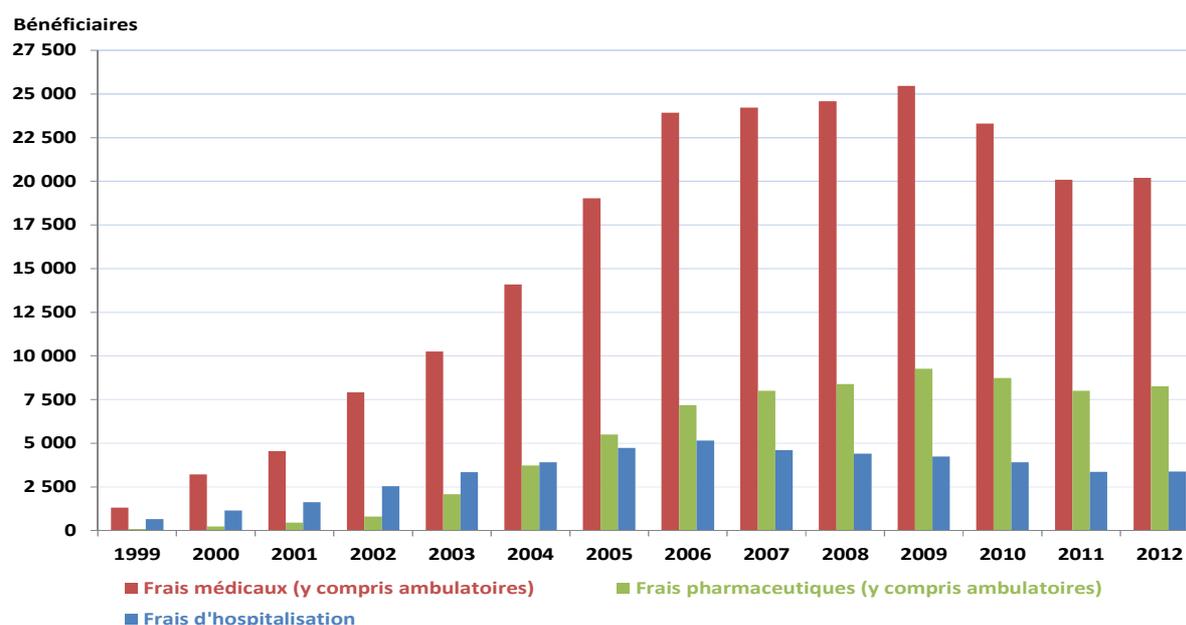
**Graphique 6 – Évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale urgente par cluster de taille depuis 1999**



Comme le montre le graphique suivant les remboursements du SPP intégration sociale au titre de l'aide médicale urgente concernent surtout des frais médicaux. Viennent ensuite les frais pharmaceutiques et les frais d'hospitalisation.

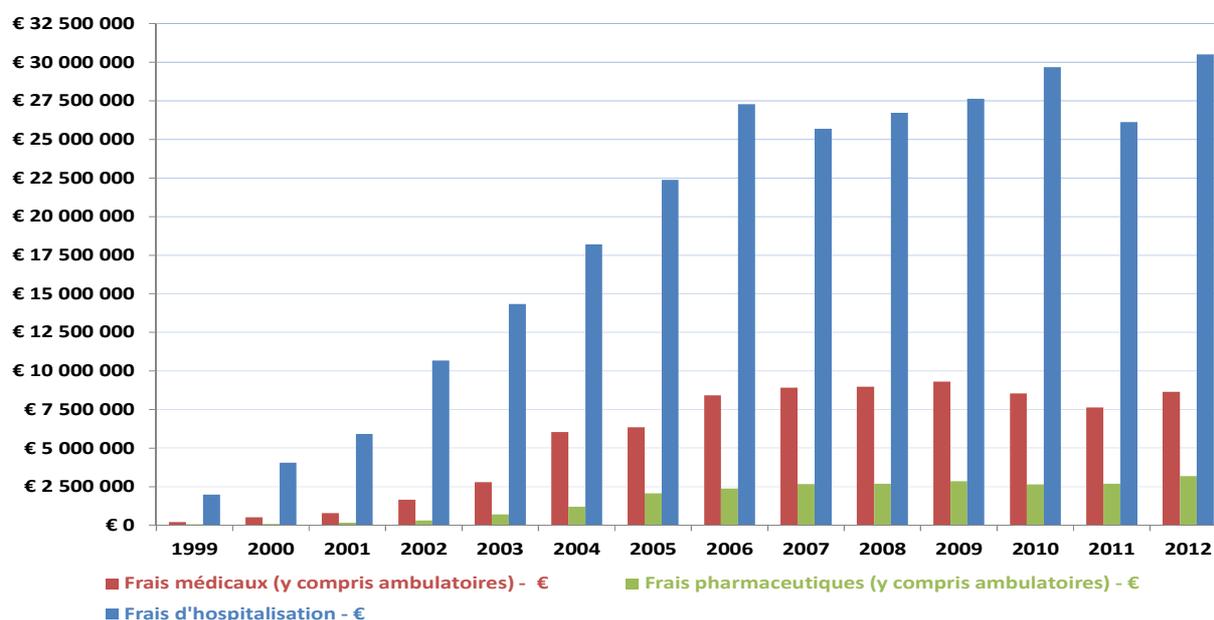
<sup>4</sup> Les 589 communes de Belgique ont fait l'objet d'un regroupement en clusters selon la taille de leur population. Les communes de petite taille ne dépassent pas 15000 habitants, celles de taille moyenne ont une population comprise entre 15001 et 50000 habitants, celles de grande taille ont une population de 50001 à 150000 habitants. Les 5 grandes villes sont Anvers, Bruxelles, Charleroi, Gand et Liège.

**Graphique 7 – Bénéficiaires d’une aide médicale urgente par type de frais**



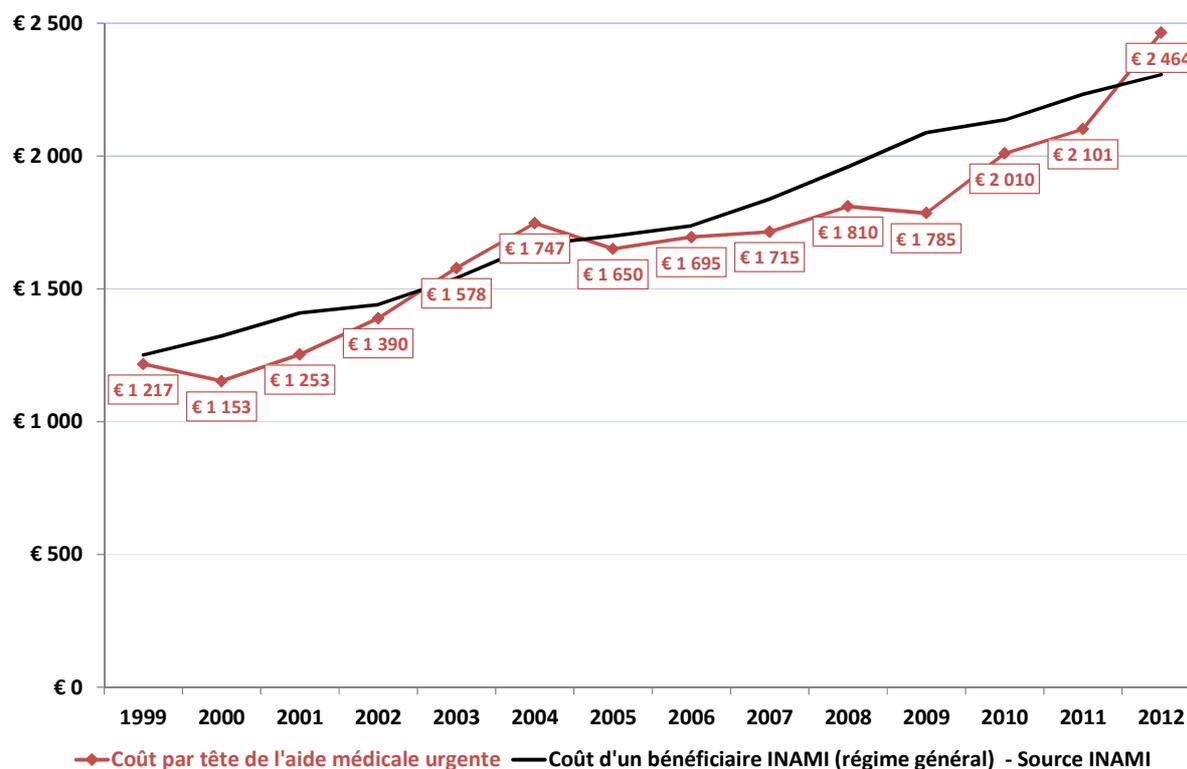
Si les hospitalisations ne représentent qu’une part relativement faible du nombre total d’interventions, il n’en est pas de même du coût relatif de celles-ci.

**Graphique 8 – Budget de l’État pour l’aide médicale urgente par type de frais**



Contrairement à l’aide médicale non-urgente, l’État rembourse aux CPAS, selon la nomenclature INAME, la totalité du coût des soins de santé des bénéficiaires de l’aide médicale urgente. Il est intéressant de noter que le coût par tête d’un patient en aide médicale urgente est proche et évolue de manière similaire à celui d’un assuré INAMI en régime général.

**Graphique 9 – Coût par tête de l'aide médicale urgente versus coût d'un bénéficiaire INAMI (régime général)**



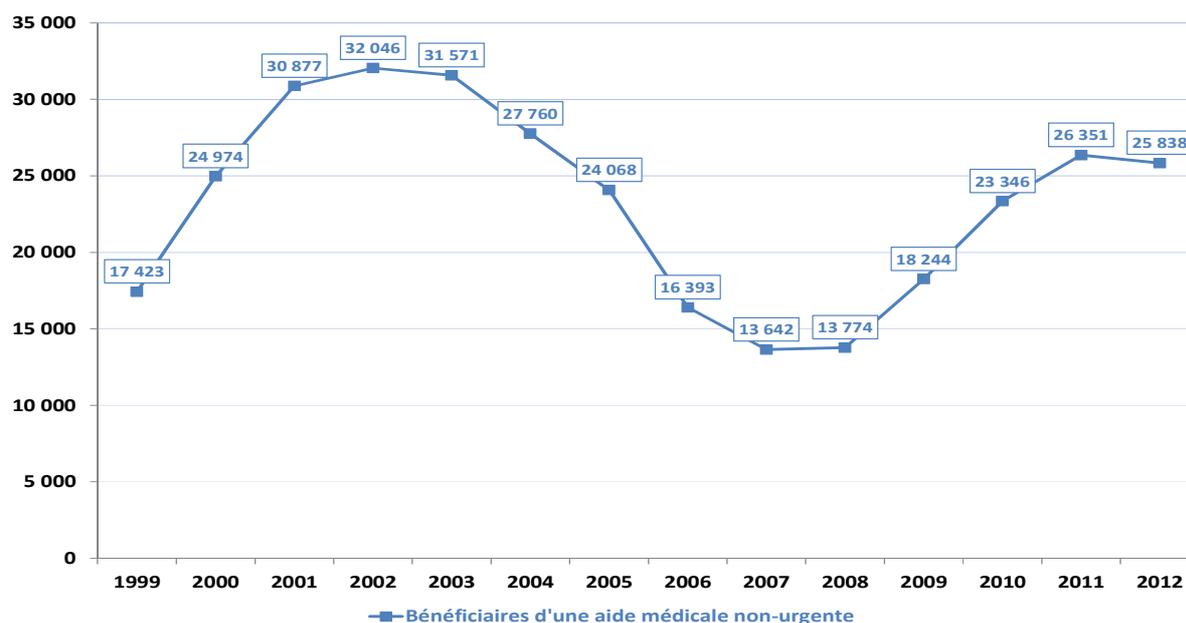
### 4.3. Aide médicale non-urgente

Pour rappel, l'aide médicale non-urgente est destinée aux ressortissants étrangers avec droit de séjour temporaire qui ne sont pas affiliés à une mutuelle. Il s'agit principalement de demandeurs d'asile mais aussi de personnes régularisées notamment pour raison médicale (9 ter).

Il existe aussi d'autres bénéficiaires de l'aide médicale non-urgente. Il s'agit entre autres de réfugiés reconnus ou d'apatrides; de résidents provisoires et d'étrangers de passage avec un visa; de mineurs nés de parents inconnus ou d'enfants belges abandonnés; de belges non-inscrits dans le registre de la population ; d'enfants belges mineurs. Ensemble, ces derniers ne représentaient que 8,4% de la population des bénéficiaires de l'aide médicale non-urgente en 2012. Ils ne sont pas abordés dans les parties qui suivent.

L'évolution du nombre bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente connaît plusieurs phases depuis 1999. Ces phases dépendent de facteurs externes tels les flux migratoires mais aussi de l'évolution de la politique en matière d'asile et d'immigration.

**Graphique 10 – Évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente depuis 1999**



Il faut cependant distinguer les évolutions relatives aux demandeurs d'asile de celles relatives aux étrangers autorisés à séjourner.

**Tableau 4 : nombre annuel de bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente de 1999 à 2012**

Aide médicale non-	Demandeurs d'asile		Etrangers autorisés à séjourner		Autres	
	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance
1999	9 044	-	5 045	-	3 425	-
2000	15 684	73.4%	5 733	13.6%	3 709	8.3%
2001	20 240	29.0%	7 415	29.3%	3 717	0.2%
2002	18 183	-10.2%	10 594	42.9%	3 699	-0.5%
2003	16 862	-7.3%	11 491	8.5%	3 524	-4.7%
2004	15 107	-10.4%	9 766	-15.0%	3 138	-11.0%
2005	13 696	-9.3%	8 057	-17.5%	2 627	-16.3%
2006	10 076	-26.4%	4 511	-44.0%	2 023	-23.0%
2007	7 721	-23.4%	4 454	-1.3%	1 767	-12.7%
2008	7 532	-2.4%	5 078	14.0%	1 557	-11.9%
2009	9 587	27.3%	7 838	54.4%	1 589	2.1%
2010	11 331	18.2%	11 817	50.8%	1 830	15.2%
2011	12 786	12.8%	13 102	10.9%	1 970	7.7%
2012	13 149	2.8%	11 839	-9.6%	2 109	7.1%

Après avoir fortement augmenté de 1999 à 2001, le nombre de demandeurs d'asile bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente s'inscrit à la baisse jusqu'en 2008. Il repart ensuite à la hausse jusqu'en 2012.

Les chiffres relatifs au premier semestre de 2013 montrent néanmoins une nouvelle baisse du nombre de demandeurs d'asile bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente : il y a eu 21,7% de bénéficiaires de moins au cours du premier semestre de 2013 par rapport au même semestre de 2012.

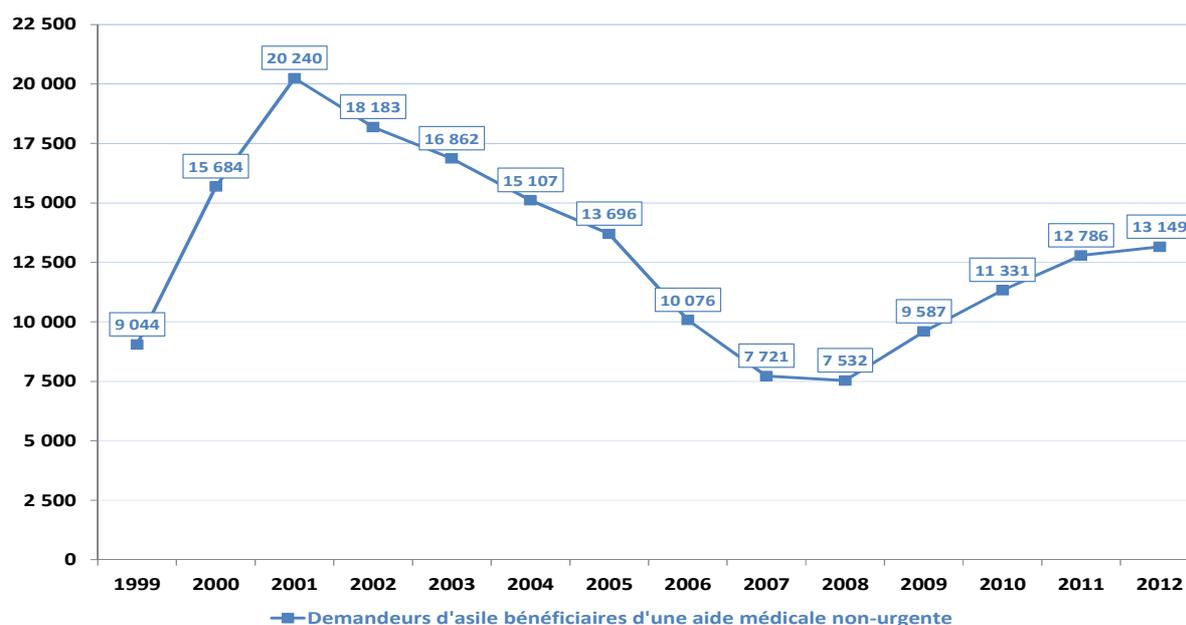
**Tableau 5 : bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente au premier semestre de 2013**

Aide médicale	Demandeurs d'asile		Etrangers autorisés à séjourner		Autres	
	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance	Nombre annuel de bénéficiaires	Taux croissance
<b>2013*</b>	7 779	-21.7%	6 801	-24.6%	1 130	-12.0%

\* Premier semestre de l'année. Variations par rapport à la même période de l'année précédente

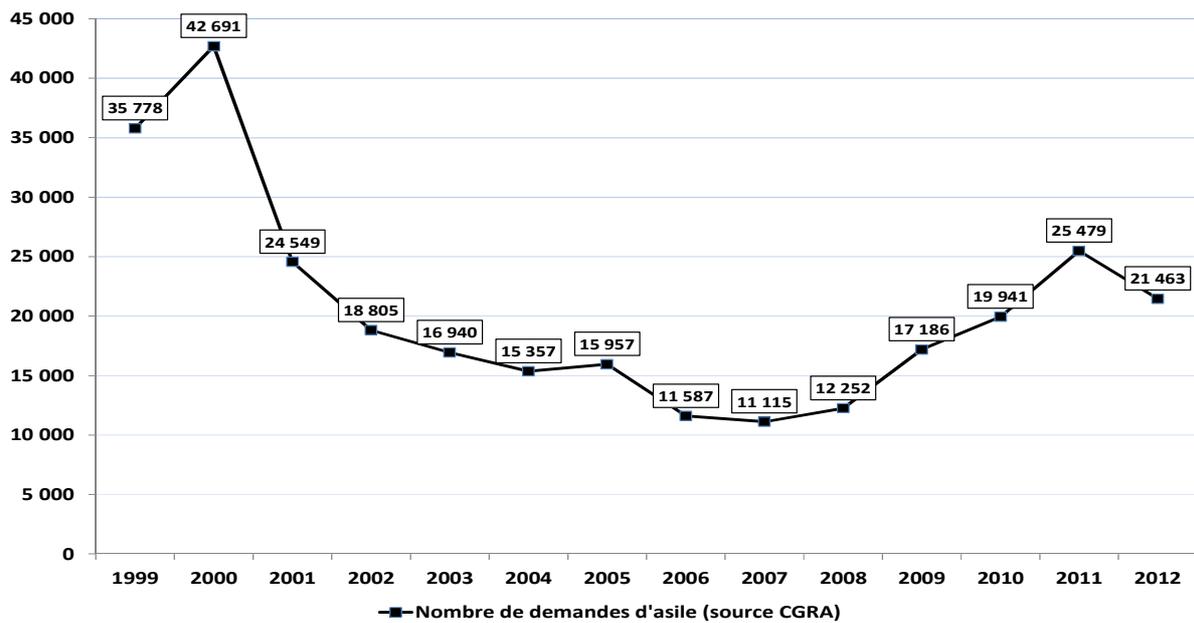
Comme le montre les graphiques suivants, l'évolution du nombre de demandeurs d'asile bénéficiaires d'une aide médicale suit, avec un léger recul, celle du nombre d'inscriptions comme demandeur d'asile auprès du CGRA<sup>5</sup>.

**Graphique 11 – Évolution du nombre de demandeurs d'asile bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente depuis 1999**



<sup>5</sup> Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. Les inscriptions reprises dans ce graphique se réfèrent uniquement aux demandeurs d'asile majeurs et aux demandeurs mineurs étrangers non accompagnés excluant les mineurs accompagnant un demandeur d'asile majeur. Il s'agit tant des premières demandes que des demandes multiples.

**Graphique 12 – Évolution du nombre de demandes d’asile depuis 1999**

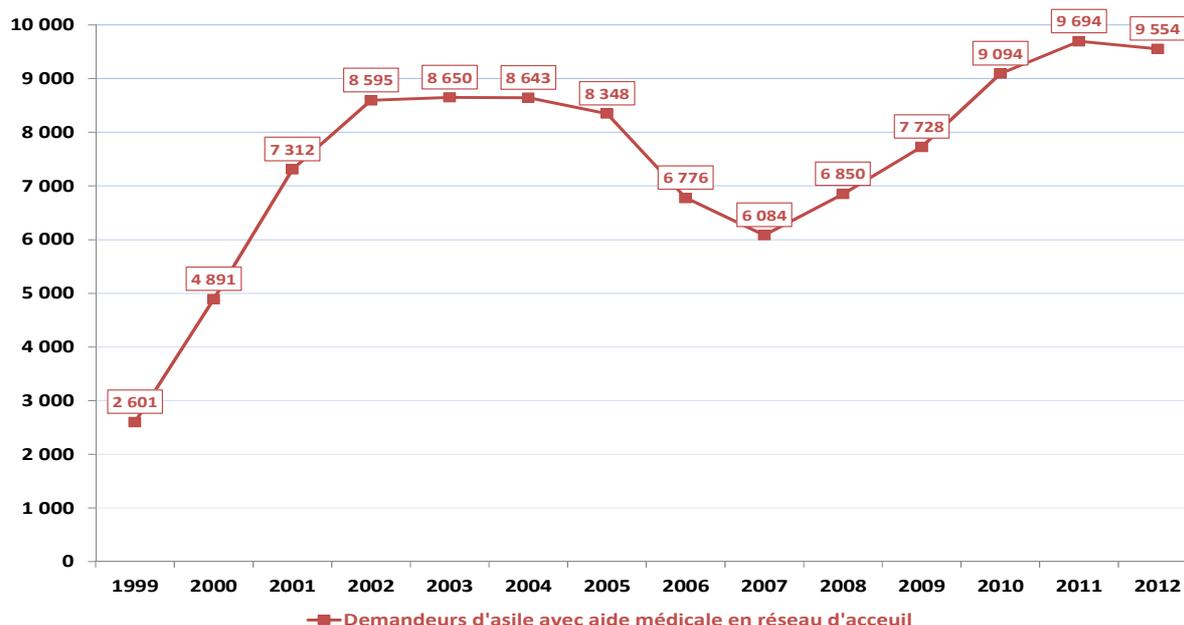


Parmi les demandeurs d’asile bénéficiaires d’une aide médicale, certains sont hébergés dans des initiatives locales d’accueil<sup>6</sup> (ILA) et se voient attribuer une aide matérielle, d’autres bénéficient d’une aide financière. Avec la substitution de l’aide matérielle à l’aide financière, le nombre de bénéficiaires en ILA tend à augmenter.

On observe néanmoins une légère hausse du nombre de demandeurs d’asile hors ILA de 2008 à 2012. Celle-ci est à mettre en parallèle avec la crise de l’accueil des primo-arrivants. En effet, la loi de 2007 prévoit qu’en cas de saturation du réseau d’accueil, on « basculer » de l’aide matérielle vers l’aide financière. Cela veut dire que certains demandeurs d’asile ne sont plus tenus de vivre en ILA et qu’ils sont orientés vers un CPAS pour leur prise en charge financière.

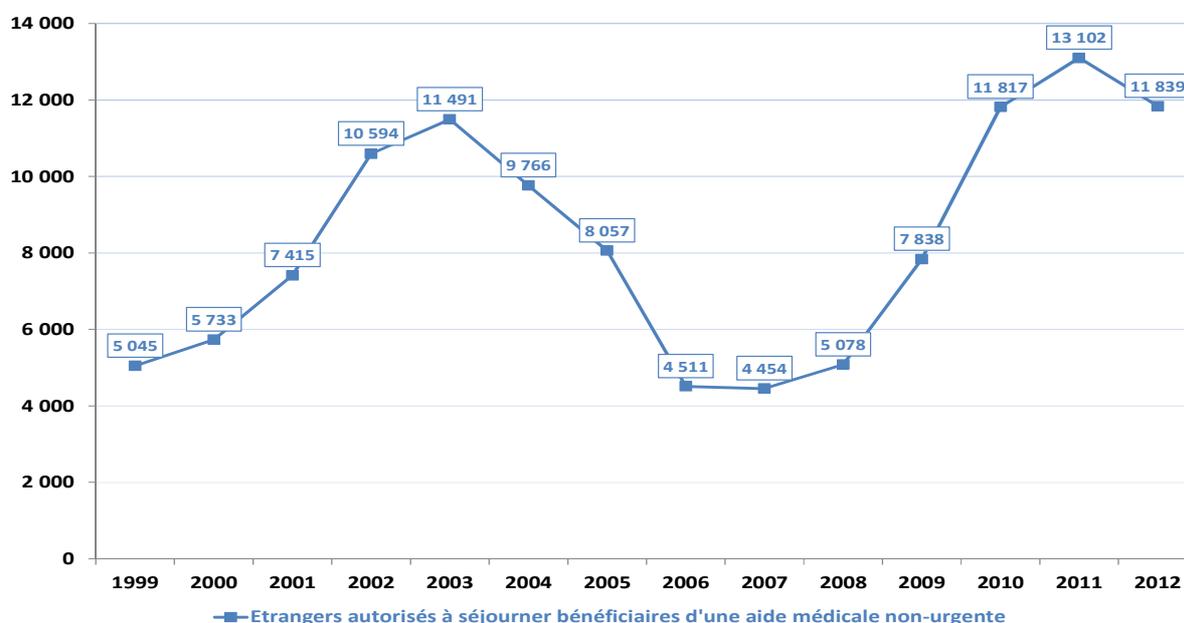
<sup>6</sup> Une ILA est un hébergement organisé par un CPAS et destiné aux demandeurs d’asile, durant la procédure de demande du statut de réfugié. Une ILA est la plupart du temps un logement privé, meublé, doté des équipements indispensables afin que les demandeurs d’asile puissent subvenir à leurs besoins quotidiens. Le CPAS assure quant à lui l’accompagnement social et médical de ces résidents.

**Graphique 13 – Évolution du nombre de demandeurs d'asile en réseau d'accueil bénéficiaires d'une aide médicale depuis 1999**



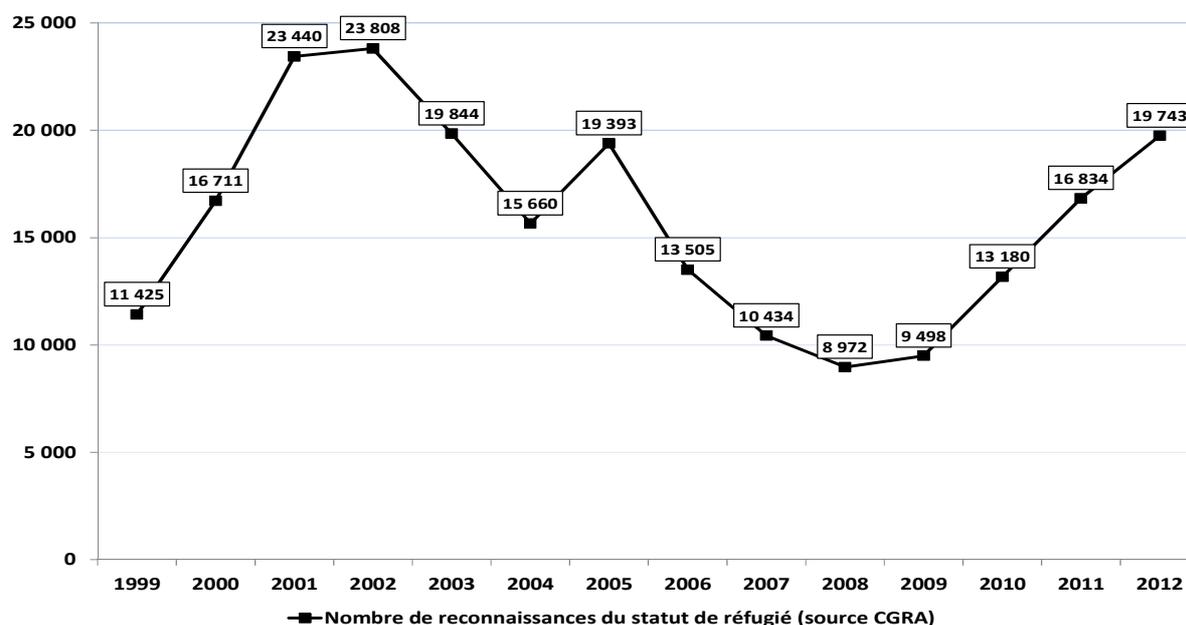
Quant à l'évolution du nombre d'étrangers autorisés à séjourner bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente elle est liée à l'évolution du nombre de demandeurs d'asile, aux régularisations aussi à la politique en matière d'asile.

**Graphique 14 - Évolution du nombre d'étrangers autorisés à séjourner bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente depuis 1999**



Comme indiqué plus haut, les vagues successives de régularisations pour raisons humanitaires (9bis) ou médicales (9bis) ont eu un impact à la hausse sur le nombre de bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente après 1999 et après 2010 mais la reconnaissance de la qualité de réfugié influence également ce nombre à la hausse.

**Graphique 15 - Évolution du nombre de reconnaissances du statut de réfugié depuis 1999**



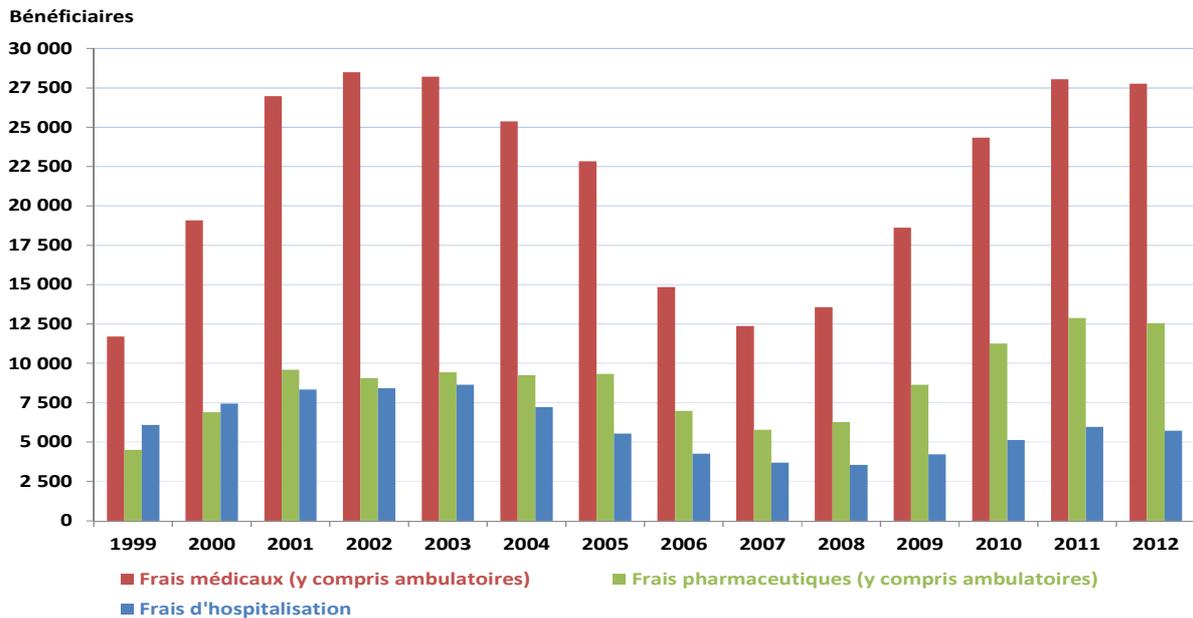
La baisse du nombre de bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente en 2012 est quant à elle à mettre en parallèle avec le renforcement des conditions d'accès au territoire avec l'instauration d'un filtre médicale pour les demandes 9ter<sup>7</sup>.

Les chiffres relatifs au premier semestre de 2013 confirment la baisse du nombre d'étrangers autorisés à séjourner bénéficiaires d'une aide médicale non-urgente : il y a eu 12% de bénéficiaires de moins par rapport au même semestre de 2012.

Tout comme l'aide médicale urgente, les remboursements du SPP intégration sociale au titre de l'aide médicale non-urgente concernent principalement des frais médicaux.

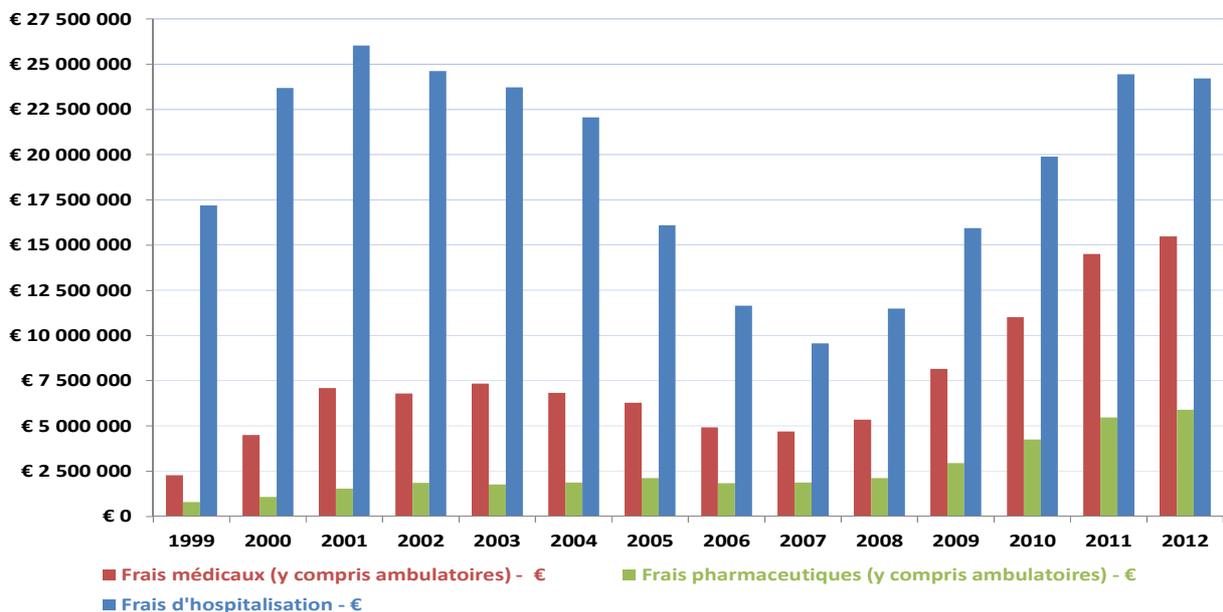
<sup>7</sup> Dès la phase de recevabilité, un avis médical est donné par un médecin de l'Office des étrangers, qui pourra déclarer la demande irrecevable.

**Graphique 16 – Nombre de remboursements au titre de l'aide médicale non-urgente par type de frais**



En termes de coût, ce sont néanmoins les frais d'hospitalisation qui pèsent de loin le plus lourd dans le budget de l'État alloué à l'aide médicale non-urgente.

**Graphique 17 – Budget de l'État pour l'aide médicale non-urgente par type de frais**



## 5. MediPrima

MediPrima est le système informatisé qui permet la gestion électronique des décisions de prise en charge de l'aide médicale par les CPAS. Ce système couvre tout le cycle des décisions d'aide médicale prises par les CPAS, depuis leur création dans une base de données jusqu'à leur utilisation par les prestataires de soins. Les

décisions électroniques sont ainsi accessibles à ceux qui, dans le processus de l'aide médicale, doivent les consulter. Cela permet en effet aux prestataires de facturer leurs prestations en faveur d'un bénéficiaire de l'aide médicale aux bons débiteurs et avec les bons montants.

Le système MediPrima est utilisé par:

- les CPAS, qui délivrent, consultent les décisions de prises en charge et envoient les factures électroniques ;
- les prestataires de soins – hôpitaux, docteurs, infirmiers, etc. ;
- la CAAMI, qui paie les factures des prestataires pour compte de l'État belge ;
- d'autres intervenants jouent un rôle essentiel en fournissant les services informatiques supportant le système MediPrima: CAAMI, SPP IS, CIN, BCSS, eHealth, etc...

Le système MediPrima a été mis en service en octobre 2013. Seules les factures émises par les hôpitaux ont été prises en compte par le système. Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014, le système est devenu obligatoire pour la facturation de tous les hôpitaux. À partir du 1<sup>er</sup> janvier, plus aucune facture d'hôpital pour lesquelles un remboursement de l'État est prévu ne pourra transiter par un CPAS.

En quelques chiffres, MediPrima concernait au 515 CPAS à la fin du mois de septembre 2014. 39052 personnes non assurables ou non assurées ont reçu une décision via le système pour un montant total facturé de 767.875,52 euros.

## Plus de chiffres ?

Ce focus n'aborde que quelques chiffres clés des bénéficiaires d'une mesure financée par le SPP IS. Vous trouverez également d'autres chiffres intéressants par région, province, arrondissement et commune par classe d'âge, selon le sexe, la nationalité, la catégorie ou le statut sur notre site Internet. Outre de nombreux tableaux téléchargeables, vous trouverez également nos autres publications statistiques.

## Renseignements complémentaires ?

Pour de plus amples informations, veuillez contacter le service « communication », au numéro suivant : 02/508.85.86 ou via notre site web : <http://www.mi-is.be/be-fr/contact>

## Mention de la source

SPP IS – Intégration sociale