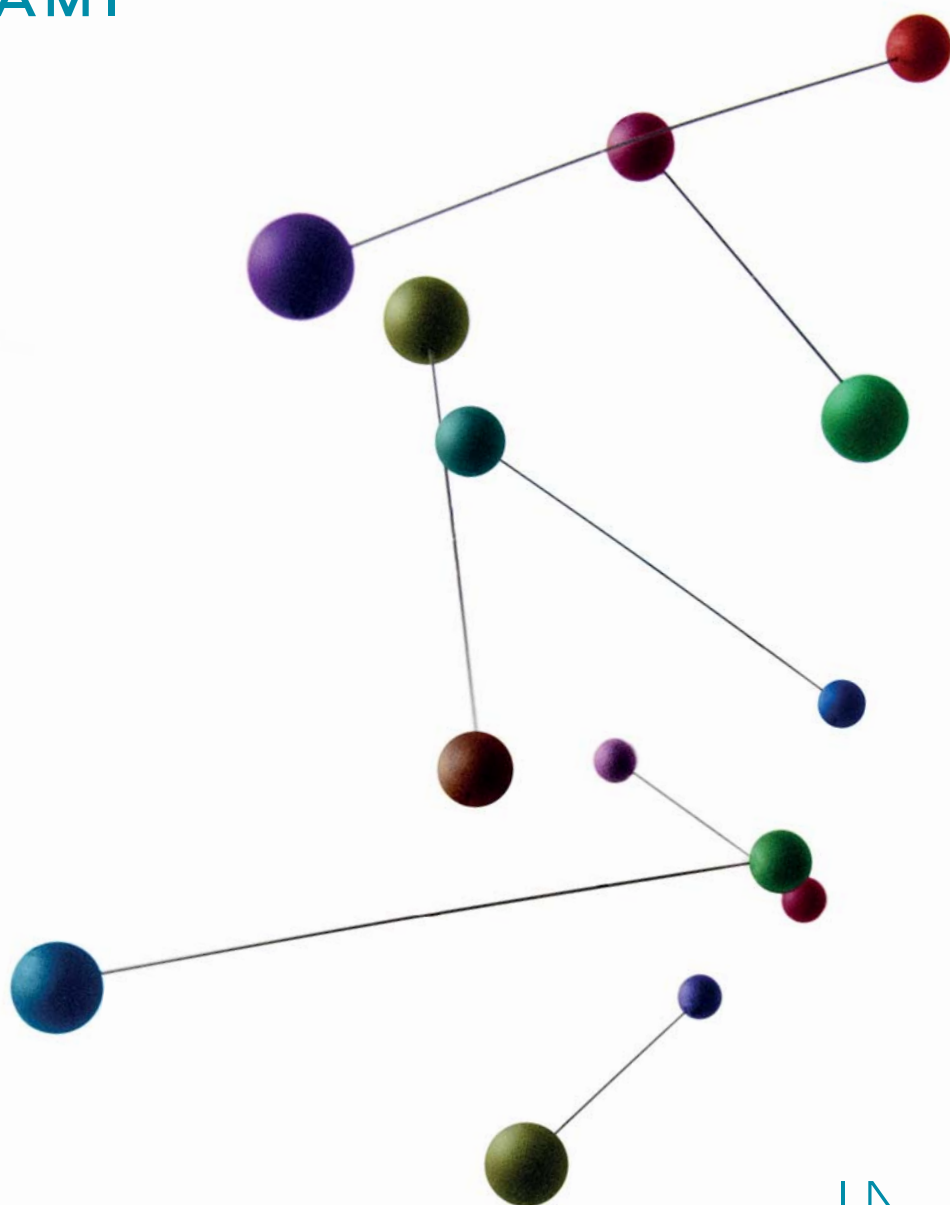




INAMI



INAMI

Rapport annuel 2013

.be

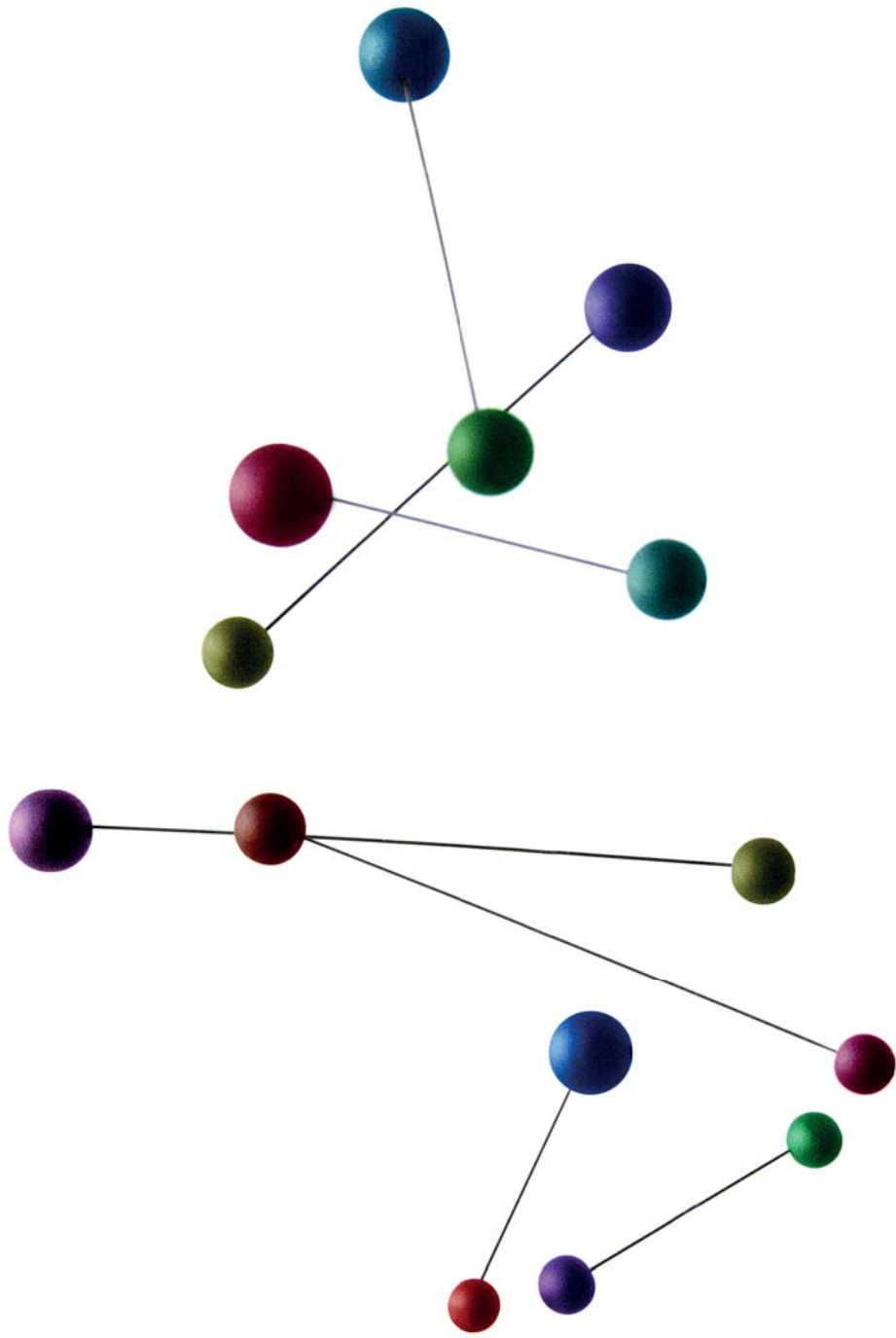
INAMI

Rapport annuel

2013

Sommaire

Avant-propos	6
1 ^{re} Partie - L'INAMI : carte d'identité	9
I. Missions de l'INAMI	10
II. Organigramme de l'INAMI	10
III. Personnel de l'INAMI	11
IV. Frais d'administration de l'INAMI	12
V. Recettes et dépenses (assurance soins de santé et indemnités)	13
2 ^e Partie - Bonne gouvernance	17
3 ^e Partie - Évolution de l'assurance	23
I. Aspects institutionnels et administratifs	24
II. Soins de santé	26
III. Indemnités	37
IV. Évaluation et contrôle médicaux	40
V. Contrôle administratif	40
4 ^e Partie - Exposés thématiques	43
I. La réforme de l'Etat et les soins de santé	45
II. BIM – malades chroniques	57
III. Santé mentale et travail	69
5 ^e Partie - Données statistiques	83
I. Statistiques des soins de santé	84
II. Statistiques des indemnités	109
III. Statistiques d'évaluation et de contrôle médicaux	123
IV. Statistiques du contrôle administratif	130
V. Statistiques des assurés sociaux (effectifs)	138
VI. Statistiques du Fonds des accidents médicaux	143
6 ^e Partie - L'INAMI en pratique	149
I. Adresses des bureaux de l'INAMI	150
II. Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014	151



Avant-propos

Chère lectrice, Cher lecteur,

Sous forme papier (si vous imprimez ce rapport parce que “s’il n’en reste qu’un, cela sera vous”) ou sous forme digitale (P.C., tablette, smartphone, lunette intelligente, projection sur pare-brise, etc.) vous tenez au bout des yeux toute l’actualité de l’année 2013 en matière d’assurance soins de santé et indemnités et de son institution de gestion, l’INAMI.

Comme le mode de lecture possible (tradition ou modernité), ce rapport vous propose, selon un schéma maintenant traditionnel, de découvrir toute la modernité de nos missions, de notre gestion et de notre institution, via 6 parties.

Dans la **première partie**, nous vous présentons la **carte d’identité de l’INAMI** : nos missions, notre organisation, des chiffres sur nos collaborateurs, notre budget de gestion et de missions (assurances soins de santé, indemnités et indemnisation des accidents médicaux).

Une **seconde partie** vous trace notre parcours 2013 en matière **de bonne gouvernance** avec notamment notre nouveau contrat d’administration 2013-2015, approuvé par le Conseil des Ministres le 22 février 2013.

La **troisième partie** vous éclaire sur les nombreuses **évolutions de notre assurance sociale** et vous permet de mesurer ses capacités d’adaptation tant pour les assurés et les professionnels de la santé que pour nos services ou pour notre système d’assurance.

Les **exposés thématiques de la quatrième partie** vous permettent d’approfondir certains champs d’action de notre assurance et de nos services qui ont mobilisé particulièrement nos énergies en 2013.

- La **6^e Réforme de l’Etat en matière de soins de santé** : impact pour les soins de santé, portée financière, rôle de l’INAMI (article 35 du contrat d’administration 2013-2015) dans l’exécution de la réforme, tableaux transmis par l’INAMI, période de transition, transfert du personnel, etc. Vous en saurez autant que nous après cette lecture et pourrez mesurer le travail futur des diverses entités concernées (fédérales ou fédérées) pour assurer, en matière de soins de santé, le transfert effectif des compétences et gérer la phase de transition !
- **Santé mentale et travail** : le service indemnités fait un focus suite à une étude OCDE et un colloque “Invalidité et Emploi, Santé Mentale” organisé par l’INAMI sur l’une des principales causes d’incapacité de travail en Belgique, sur les relations entre la santé mentale et le travail à la fois comme une cause possible de l’incapacité et comme remède via la réinsertion professionnelle ou la prévention nécessaire. Cet exposé marque clairement le rôle plus actif et stratégique que le Service et le secteur entendent donner à la gestion de l’incapacité et de l’invalidité (programme Back to work, études et expertises, protocole de collaboration, prévention, etc.).
- **Réforme de l’intervention majorée de l’assurance et statut affection chronique : 2 mesures renforçant l’accessibilité financière** : le service des soins de santé de l’INAMI fait le point sur 2 mesures importantes favorisant l’accessibilité financière pour 2 larges publics-cible ayant une problématique particulière quant à la prise en charge et l’impact social et financier de leurs besoins et dépenses de santé. L’analyse explicite d’une part la mesure de réforme de l’intervention majorée de l’assurance pour rendre plus cohérent l’octroi de ce droit particulier aux divers statuts qui coexistent dans ce domaine (BIM, OMNIO, conditions de revenus ou pas, notion de ménage, etc.). D’autre part, l’exposé analyse la mise en place et les droits associés à la reconnaissance du statut de malade ou d’affection chronique, dans le

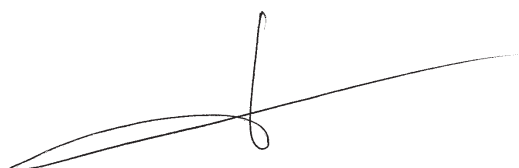
cadre du plan “priorité aux malades chroniques” élaboré par la Ministre des Affaires sociales, Mme Laurette Onkelinx.

La **cinquième partie**, toujours fort attendue, sous le titre générique de “**Données statistiques**”, reprend en tableaux et en explications toute l’évolution chiffrée de notre assurance et de nos missions. Comme nous le rappelons chaque année, derrière tous ces chiffres se cachent 2 réalités moins statistiques et froides : une réalité de solidarité, d’investissement humain personnel et collectif et de responsabilité de tous les partenaires de la Santé pour rencontrer une réalité sociale et médicale de tous les assurés, patients, personnes en incapacité de travail, victimes d’accidents médicaux. La rencontre et la somme de ces 2 réalités valent beaucoup plus que la simple addition de tous les chiffres présentés ! Elles justifient l’impérieuse raison d’être et l’utilité bien actuelle d’une assurance sociale couvrant les soins de santé et les indemnités et l’investissement solidaire et responsable dans notre système de sécurité sociale !

Enfin, nous clôturons notre rapport 2013 par une **sixième partie** intitulée “**L’INAMI en pratique**”.

A vous de juger, à la lecture de ce rapport, si le chiffre 13 qui marque cette année est signe de chance plus que de malheur. Nous espérons qu’avec nous et tous ceux qui y ont contribué, vous pencherez vers le côté chance d’un système social, solidaire et responsable, moderne et accessible, à la rencontre des besoins et à la hauteur des attentes !

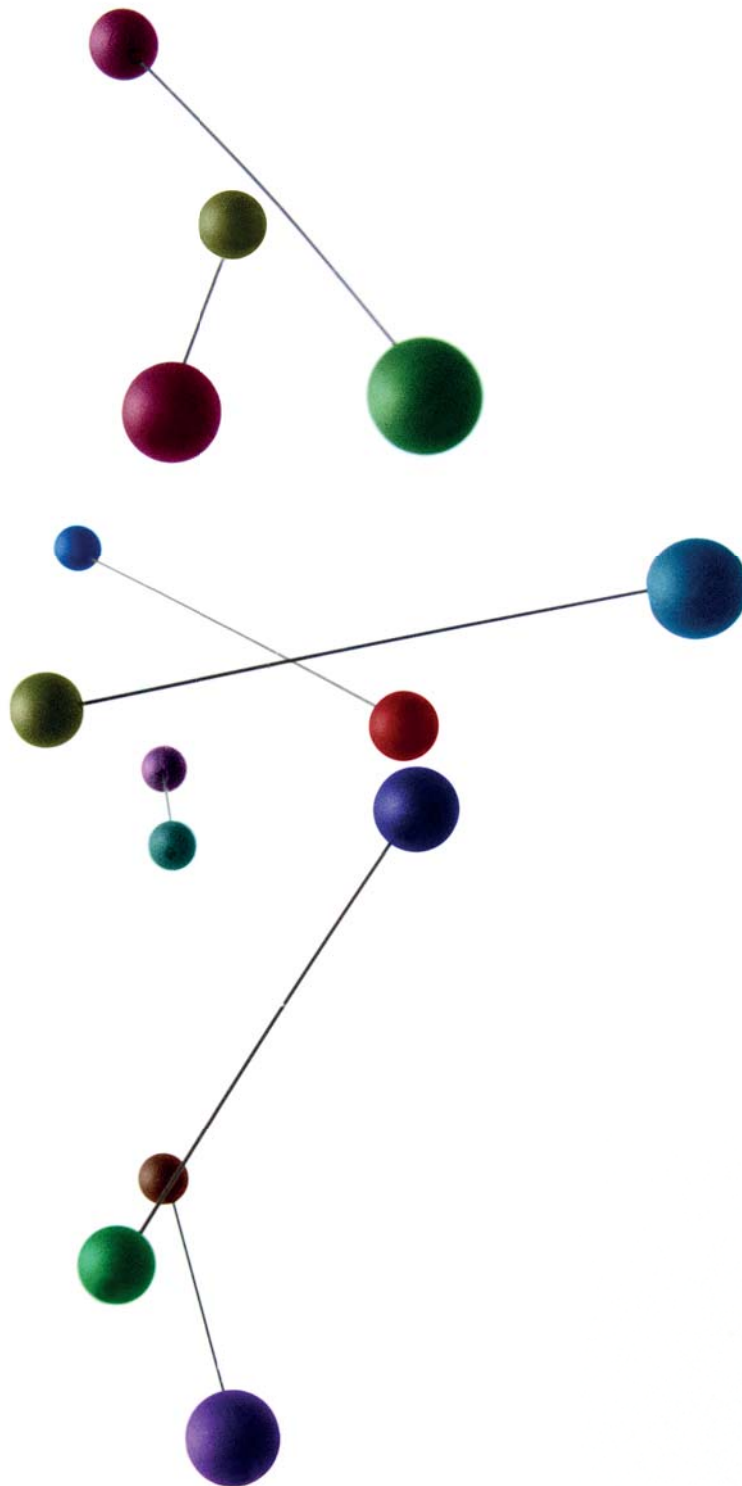
Bonne lecture !



Jo De Cock
Administrateur général



Benoît Collin
Administrateur général adjoint



1^{re} Partie

L'INAMI : carte d'identité

I. Missions de l'INAMI

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) :

- est une institution publique fédérale de sécurité sociale
- est placé sous la tutelle du ministre des Affaires sociales
- gère et contrôle l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et indemnités (SSI).

L'assurance SSI a une influence directe sur la vie quotidienne puisqu'elle prévoit le :

- remboursement partiel des frais médicaux (excepté les accidents du travail et les maladies professionnelles)
- versement des indemnités, en cas d'incapacité de travail, de maternité, de paternité ou d'adoption.

L'INAMI :

- organise le remboursement des frais médicaux afin de garantir l'accessibilité des soins de santé de qualité au plus grand nombre et aux tarifs adéquats
- assure un revenu de remplacement approprié en cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de maternité, de paternité ou d'adoption
- élabore la réglementation relative à l'assurance SSI avec le ministre des Affaires sociales et d'autres partenaires
- organise la concertation entre les différents acteurs de l'assurance SSI
- veille à un financement correct des activités des dispensateurs de soins (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, hôpitaux, maisons de repos, etc.) et des mutualités
- informe, évalue et contrôle les dispensateurs de soins, les mutualités et, dans certains cas, les patients (les assurés sociaux).


II. Organigramme de l'INAMI



La Direction générale est composée du Comité de direction et du Comité général de gestion.

Le Comité général de gestion assure l'administration de l'INAMI, c'est-à-dire notamment la tenue des comptes et du budget des frais d'administration ainsi que les décisions en matière de personnel et d'infrastructure (bâtiments, informatique, etc.).

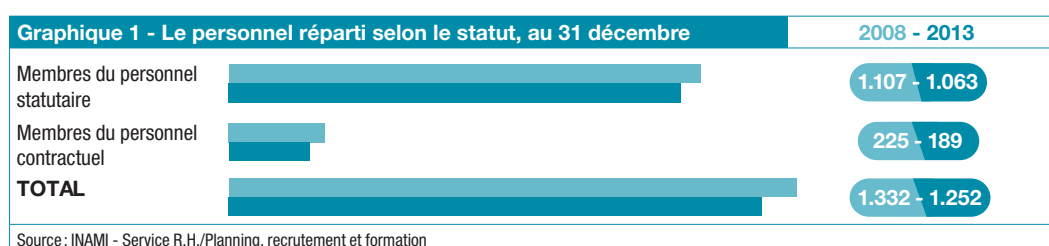
L'Administrateur général et l'Administrateur général adjoint s'occupent de la gestion quotidienne de l'INAMI, en collaboration avec le Comité de direction. Celui-ci réunit les directeurs généraux de chaque service, ainsi que les responsables des services ICT, Ressources humaines, Finances et de la cellule communication.

 Pour plus d'informations sur les organes et la structure administrative des différents services de l'INAMI, consultez le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI.

III. Personnel de l'INAMI

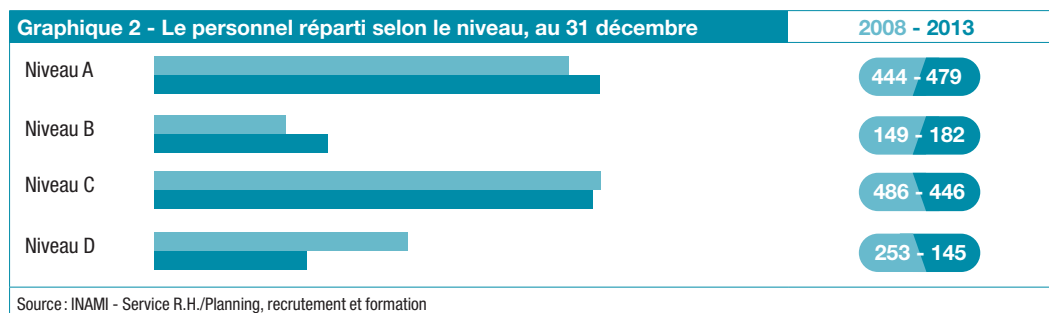
Dans une institution comme l'INAMI, orientée sur l'administration et le support à la gestion dans le cadre de ses missions de service public, le personnel représente la principale ressource pour remplir les objectifs opérationnels. Il est donc important de dresser rapidement la situation et les évolutions en 2013.

1. Le personnel selon le statut



On observe au cours de ces 5 dernières années une diminution de 4% du personnel statutaire et une diminution de 19% du personnel contractuel. Ces chiffres traduisent la tendance de la politique de l'administration fédérale en matière de recrutement. Recruter, par priorité, du personnel statutaire.

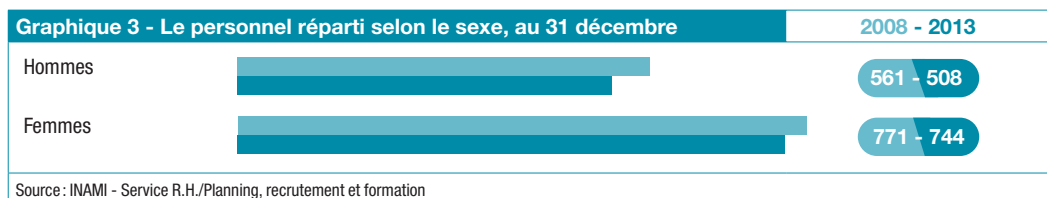
2. Le personnel selon le niveau



Le personnel est en forte augmentation dans les niveaux B (+22%) et A (+8 %), en diminution dans le niveau C (-2%) et en diminution importante dans le niveau D (-42%).

L'augmentation du personnel dans les niveaux A et B s'explique par les nombreux projets et missions confiés à l'INAMI (contrat d'administration et plan stratégique), qui requièrent de plus en plus des fonctions spécialisées d'expertise et un bagage de départ (formation) plus poussé. C'est également un indicateur d'une plus grande professionnalisation face à une complexité croissante des enjeux et missions.

3. Le personnel selon le sexe



La représentation féminine reste majoritaire et la tendance s'est stabilisée depuis 2008. La population féminine représente plus de 59% du personnel total en 2013.

IV. Frais d'administration de l'INAMI

Tableau 1 - Frais d'administration de l'INAMI (en EUR) (*)

Dépenses	Réalisations 2011	Réalisations 2012	Réalisations provisoires 2013
Dépenses en personnel	83.561.671	89.066.233	89.172.596
Dépenses en fonctionnement ordinaire	17.159.780	16.366.773	15.052.955
Dépenses en fonctionnement informatique	15.024.422	15.397.055	16.969.391
Dépenses d'investissements	1.534.167	1.406.829	755.295
Investissements immobiliers	76.771	478.080	54.730
Investissements informatiques	1.114.302	810.011	537.116
Investissements biens mobiliers	343.094	118.378	163.449
Total dépenses	117.280.040	122.236.890	121.950.237
Recettes	1.543.410	133.829	613.567
Montant net frais d'administration	115.736.630	122.103.061	121.336.670

(*) Suite au contrat d'administration, conclu en 2002, un certain nombre de rubriques de recettes et dépenses ne font plus partie du budget de gestion, e.a. les dépenses pour le contentieux dont certaines dépenses étaient reprises au budget des missions.

Source : INAMI - Service financier

V. Recettes et dépenses (assurance soins de santé et indemnités)

1. Recettes en 2013

Tableau 2 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2013 - Recettes (en milliers d'EUR)					
	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.	MINEURS	
Recettes gestion globale	24.719.725	6.448.305	374.540	2.481	31.545.051
Recettes §1bis - Salariés	21.033.886	6.448.305	-	2.481	27.484.672
Recettes §1bis - Indépendants	2.102.586	-	374.540	-	2.477.126
Financement alt. §1quater - Salariés	1.320.813	-	-	-	1.320.813
Financement alt. §1quater - Indépendants	132.031	-	-	-	132.031
Transfert salariés - Carrières mixtes	130.409	-	-	-	130.409
Etat-produits TVA + Accises tabac	2.798.834	0	0	0	2.798.834
Financement alternatif - Loi Hôpitaux	1.889.404	-	-	-	1.889.404
Financement alternatif - Divers	909.430	-	-	-	909.430
Cotisations	974.358	400	0	0	974.758
Cotisations personnelles	11.090	400	-	-	12.583
Cotisations pensionnés	969.268	-	-	-	969.268
Recettes affectées	1.110.479	133.759	18.942	0	1.263.180
Recettes rééducation fonctionnelle	535.171	-	-	-	535.171
Assurances autos	184.872	133.759	18.942	-	337.573
Cotisations assurance hospitalisation	125.379	-	-	-	125.379
Redevance conditionnement médicaments	4.305	-	-	-	4.305
Cotisation C.A. produits pharmaceutiques	253.022	-	-	-	253.022
Fonds de participation	7.730	-	-	-	7.730
Article 104quater	P.M.	-	-	-	P.M.
Transferts	0	0	0	59	59
ONP - Pensions de retraite ouvriers mineurs	-	-	-	59	59
Revenus de placements	3.808	120	10	0	3.938
Intérêts sur placements O.A.	562	120	10	-	692
Placement fonds des cotisations	3.245	-	-	-	3.245
Placement fonds des bonis	1	-	-	-	1
Divers	418.777	8.538	110	23	427.448
Renouvellement cartes SIS	760	-	-	-	760
Conventions internationales	396.340	1.500	60	-	397.900
Intérêts judiciaires	4.468	2.000	50	-	6.518
Récupérations article 157 (Prestat. de soins)	5.821	-	-	-	5.821
Récupérations SPF Justice (Détenus)	1.088	-	-	-	1.088
Récupération pensions inval. ouvriers mineurs	-	-	-	23	23
Montants de référence : versements hôpitaux	4.000	-	-	-	4.000
Transfert maladies chroniques	-	5.038	-	-	5.038

	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.	MINEURS	
Maribel fiscale	3.300	-	-	-	3.300
Contrats Art. 81 médicaments	3.000	-	-	-	3.000
TOTAL RECETTES	30.025.981	6.591.122	393.602	2.563	37.013.268

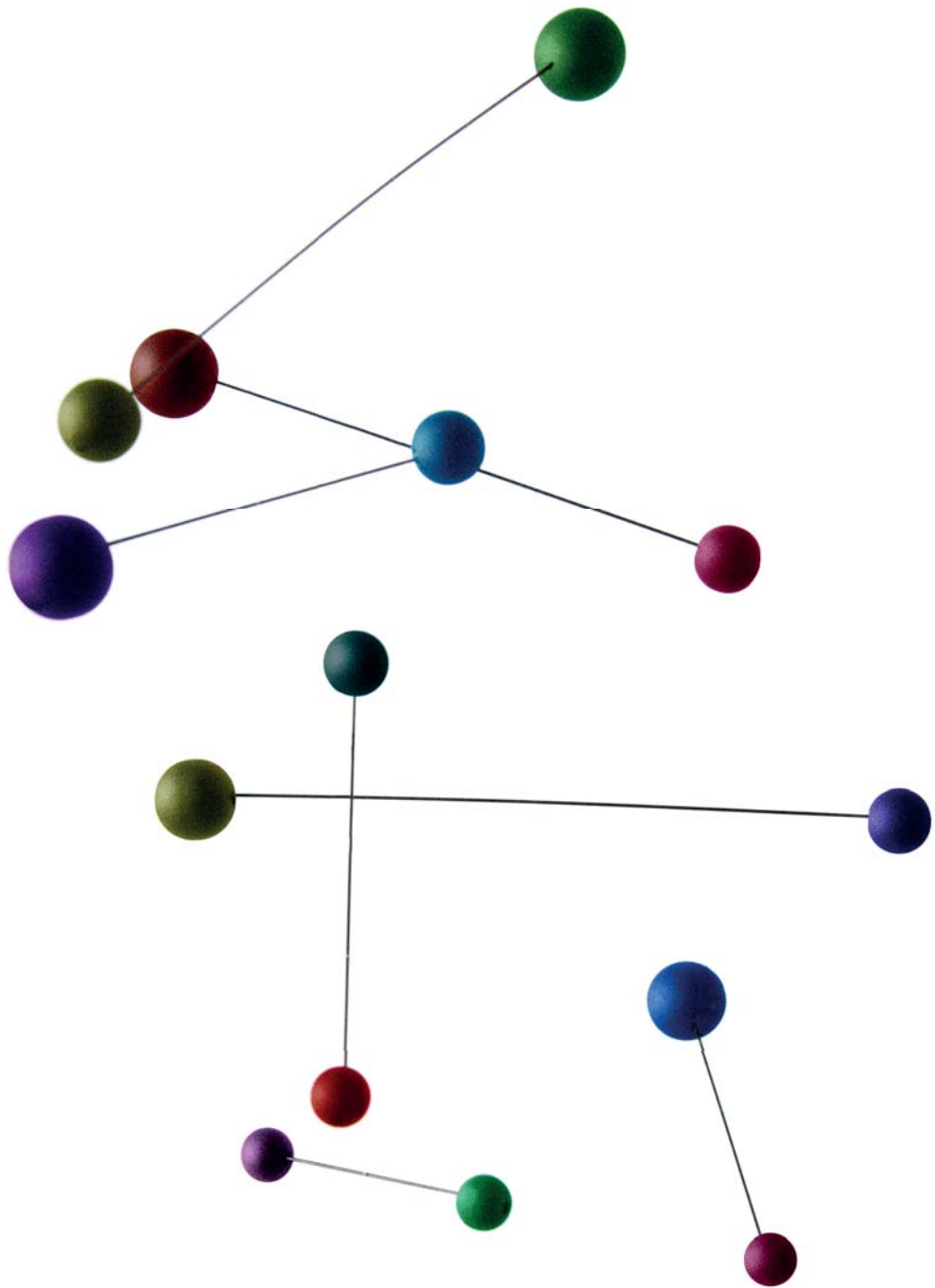
Source : INAMI - Service financier

2. Dépenses en 2013

	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.	MINEURS	
Prestations	26.676.586	6.339.341	379.365	1.916	33.397.208
Prestations de soins - Montant de base	26.676.586	-	-	-	26.676.586
Incapacité primaire	-	1.657.896	80.046	-	1.737.942
Repos de maternité et paternité	-	659.141	19.790	-	678.931
Invalité	-	4.015.728	279.529	-	4.295.257
Frais funéraires	-	6.576	-	-	6.576
Pensions d'invalidité ouvriers mineurs	-	-	-	1.722	1.722
Pécule de vacance	-	-	-	82	82
Allocation de chauffage	-	-	-	112	112
Frais d'administration O.A.	891.438	214.491	12.579	0	1.118.508
Forfait frais d'administration 5 O.A.	836.323	192.379	11.804	-	1.040.506
Forfait frais d'administration SNCB	17.648	-	-	-	17.648
Frais d'administration CAAMI	25.256	5.844	359	-	31.459
Supplément frais d'administration :					
• 20% sur intérêts placements	112	40	2	-	154
• % sur récupérations	11.339	16.228	359	-	27.981
Renouvellement cartes SIS	760	-	-	-	760
Charges INAMI	554.825	21.140	1.459	600	578.024
Frais d'administration INAMI :					
• Frais de gestion	107.710	20.382	1.322	600	130.014
• Frais de mission	1.275	108	7	-	1.390
Expertise	1.344	-	-	-	1.344
Statut social	177.047	-	-	-	177.074
Maîtres de stage	21.074	-	-	-	21.074
Article 56 - 22	85.588	-	-	-	85.588
Campagnes	1.000	-	-	-	1.000
Transfert centre de connaissance	7.014	650	130	-	7.794
Lutte tabagisme	2.000	-	-	-	2.000
Accord social	94.926	-	-	-	94.926
IMA - Échantillon	208	-	-	-	208
Donation (E-care, enregist. cancer, etc.)	17.383	-	-	-	17.383
Donation (E-health)	14.942	-	-	-	14.942

Tableau 3 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2013 - Dépenses (en milliers d'EUR)					
	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS MINEURS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.		
Associations de patients	202	-	-	-	202
Caisse des marins - Assurance automobile	5	-	-	-	5
Subsides SISD	2.166	-	-	-	2.166
Prime syndicale caisse des dépôts	4.000	-	-	-	4.000
Maribel fiscale	5.350	-	-	-	5.350
Contentieux biologie clinique	10.000	-	-	-	10.000
Médecins conseils accréditation	908	-	-	-	908
Impression carnets de prescription	656	-	-	-	656
SPF Santé publique - Loi hôpitaux	1.889.404	0	0	0	1.889.404
Hôpitaux - 22,77% prix de journée	1.851.655	-	-	-	1.851.655
Suppression lits - MSP - Habitation protégée	30.017	-	-	-	30.017
Détenus	7.732	-	-	-	7.732
Transferts	0	0	0	29	29
ONP - Pensions invalidité ouvriers mineurs	-	-	-	29	29
Divers	13.728	16.150	199	18	30.095
Conventions internationales	554.538	600	20	-	555.158
Conventions internationales - Hôpitaux	-146.000	-	-	-	-146.000
Allocations complémentaires frontaliers	-	70	-	-	70
Intérêts judiciaires	85	350	50	-	485
Frais supplémentaire O.T.	4.509	-	-	-	4.509
Frais d'assignation	-	-	-	7	7
Prestations non recouvrables	-	-	-	11	11
Intérêts sur fonds des cotisations et bonis	3.245	-	-	-	3.245
Réduction cotisation C.A. produits pharmaceut.	30.400	-	-	-	30.400
Dépenses négatives sous-utilisation	-346.132	-	-	-	-346.132
Dépenses négatives	-103.227	-	-	-	-103.227
Dotation fonds accidents médicaux	12.310	-	-	-	12.310
Fonds d'avenir : montants de référence	4.000	-	-	-	4.000
Transfert réadaptation prof. indemnités	-	15.130	129	-	15.259
TOTAL DÉPENSES	30.025.981	6.591.122	393.602	2.563	37.013.268

Source : INAMI - Service financier



2^e Partie
Bonne gouvernance

I. Modernisation de l'INAMI

Ces dernières années, l'INAMI a beaucoup investi dans la modernisation de son organisation, ses conditions de travail, ses processus et ses prestations de services. Cette modernisation est étroitement liée à l'introduction du Contrat d'administration triennal ainsi qu'au Plan stratégique et opérationnel.

En tant que service de staff de l'administration générale de l'INAMI, la Cellule modernisation joue un rôle central de coordination dans l'élaboration et la concrétisation d'une vision intégrée de la politique et de la gestion de l'Institut. La Cellule modernisation développe des instruments stratégiques et gestionnels en vue de soutenir le management et les services opérationnels de l'INAMI pour formuler, réaliser et contrôler leurs objectifs. Toutefois, la Cellule modernisation ne porte pas à elle seule la modernisation de l'INAMI : dans les différents services, des acteurs décentralisés fonctionnent en partenariat avec la Cellule modernisation. En outre, des partenariats sont également développés avec par exemple le Service RH, le Service ICT, le Service financier et le Service d'audit interne.

II. 4^e contrat d'administration 2013-2015

Un nouveau contrat d'administration de l'INAMI a vu le jour en 2013. C'est déjà le 4^e contrat d'administration depuis la première édition en 2002. Le contrat d'administration et le plan stratégique qui l'accompagne constituent un important levier en termes de définition et d'implémentation d'une vision stratégique et gestionnelle intégrée.

L'INAMI tend vers un équilibre parfait entre l'innovation et la continuité. Ces 2 aspects transparaissent donc clairement dans le nouveau contrat d'administration.

D'une part, le 4^e contrat d'administration de l'INAMI doit être considéré comme un instrument d'innovation. Des objectifs y sont fixés en ce qui concerne le développement de nouvelles missions et de nouveaux processus dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI) ou de la réforme et de l'informatisation de celle-ci. D'autre part, le 4^e contrat d'administration de l'INAMI met l'accent sur les missions de base permanentes de l'organisation. En effet, outre les projets de réforme, l'exécution efficiente de nos missions de base et une prestation de services de qualité pour nos clients constituent bien évidemment une priorité.

Les projets du 4^e contrat d'administration s'inscrivent dans le cadre d'un(e) ou de plusieurs des lignes de force ou principes suivants :

- développement des informations et des moyens nécessaires à la maîtrise des dépenses en matière de prestations de l'assurance SSI
- simplification administrative en vue de simplifier les processus, les procédures, les prestations de services, etc. pour les clients externes et internes de l'INAMI
- amélioration des processus et informatisation pour améliorer les prestations de services administratifs aux utilisateurs externes et internes (afin de pouvoir répondre aux dispositions de la charte de l'assuré social et garantir l'accessibilité aux prestations de l'assurance) et aux différents partenaires
- collaborer, de manière adéquate, à l'application correcte et uniforme de la réglementation, telle que prévue dans la loi SSI et de toute autre réglementation
- contribuer à la maîtrise interne des coûts et à l'efficacité des moyens en implémentant des projets visant à réaliser des économies et à cerner/corriger les coûts

Sur le plan du contenu, les projets s'insèrent en outre dans un des 10 domaines stratégiques externes formulés dans le 2^e plan stratégique de l'INAMI :

- améliorer la gestion des données, du développement des connaissances et du reporting stratégique
- exploiter les possibilités concernant E-Health
- améliorer en continu l'accessibilité aux soins, moderniser l'octroi des droits aux individus et renforcer la sécurité tarifaire
- moderniser la nomenclature des prestations de santé et des listes de produits
- stimuler des approches innovatrices dans le domaine des soins de santé
- optimiser les missions de feed-back, d'évaluation et de contrôle
- améliorer l'organisation de la concertation
- renforcer le soutien apporté à la politique financière de l'assurance SSI
- renforcer la communication externe et promouvoir une image positive de l'INAMI
- améliorer l'harmonisation aux niveaux européen et international.

En outre, l'INAMI souhaite poursuivre, au cours de la période du 4^e contrat d'administration, le développement des instruments stratégiques et gestionnels. Dans le contexte social et budgétaire, l'INAMI a choisi de renforcer les 3 piliers suivants :

- soutenir les collaborateurs
- renforcer l'efficacité dans les processus
- développer la maîtrise des risques, du contrôle interne et de l'audit interne.

En ce qui concerne la 1^{re} année de réalisation du 4^e contrat d'administration (2013), le bilan s'avère positif.

Un aperçu des réalisations :

- création du Comité d'accompagnement incapacité de travail
- présentation des rapports annuels sur l'invalidité, l'incapacité de travail primaire, la reprise autorisée du travail à temps partiel et la réadaptation professionnelle au Comité de gestion des indemnités
- conception d'un tableau de bord pour le suivi de la mise en place de MyCareNet au niveau des différents groupes cibles
- mise à disposition de MyInami aux dentistes et pharmaciens
- communication relative à la disparition progressive des cartes SIS
- première communication, via l'eHealthbox, aux médecins généralistes qui perçoivent une prime de pratique de médecine générale pour l'année 2013
- adaptations aux flux de données en matière de contrôle de l'intervention majorée
- en ce qui concerne le processus décisionnel relatif à l'invalidité (Conseil médical de l'invalidité CMI) :
 - rédaction d'un rapport concernant des propositions de réforme
 - création d'un groupe de travail en vue de rendre ces propositions opérationnelles
 - rédaction d'un rapport concernant l'évolution de l'exécution de ces propositions
- rédaction d'une note sur les postes de garde de médecins généralistes
- lancement de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI)
- rédaction d'un rapport d'évaluation global concernant les trajets de soins en cours
- en ce qui concerne les maladies rares :
 - élaboration d'une proposition d'un instrument et de priorités pour la mise en place de centres de référence
 - exercice d'identification des possibilités et des types de prise en charge dans le cadre des conventions existantes
- intégration complète du Fonds des accidents médicaux (FAM) à l'INAMI, rédaction d'un rapport annuel et mise sur pied d'un instrument de mesure et de suivi
- rédaction de 2 rapports intermédiaires concernant la réorganisation du Service d'évaluation et



Le 2^e plan stratégique, qui couvre la période 2010-2015, indique la direction dans laquelle l'INAMI entend s'engager et fixe le cadre général dans lequel tous les services de l'INAMI se situent. Le plan comporte une charte définissant la mission ou les raisons d'être de l'INAMI. Par ailleurs, la charte présente la vision de l'INAMI sur les plans interne et externe ainsi que les valeurs et normes que l'INAMI doit observer. La mission se traduit dans des objectifs stratégiques et opérationnels.

- de contrôle médicaux (SECM)
- réalisation d'un croisement des données DMFA-PI (déclaration multifonctionnelle – données d'invalidité individuelles)
- rédaction d'un rapport concernant l'état d'avancement du projet "rapport relatif aux indus et aux récupérations par les organismes assureurs"
- élaboration d'un programme définitif de la commémoration des 50 ans de l'INAMI et organisation de diverses activités à cette occasion
- mise en application de l' "employee self-service" pour tous les agents qui peuvent désormais utiliser une feuille de congé électronique
- élaboration d'un plan d'audit
- transfert du département "Cotisations des pensionnés" vers l'Office national des pensions (ONP)
- important investissement de l'INAMI dans la préparation du transfert de compétences dans le cadre de la réforme institutionnelle.

III. Provista

L'INAMI entend renforcer la vision et la perception de ses missions et processus permanents. L'article 30.1. du 4^e contrat d'administration reprend cet engagement qui est concrétisé en interne par le projet Provista.

L'objectif de ce projet est de développer une architecture de processus et une carte des processus pour l'INAMI d'ici le 31 décembre 2014. Cette architecture de processus donne un aperçu de tous les processus individuels. Il montre comment ces processus interagissent et comment ils contribuent tous ensemble à la réalisation des objectifs stratégiques et opérationnels. Dans un second temps, les processus individuels pourront alors être regroupés à un niveau supérieur dans des macroprocessus et des domaines de processus afin de former une carte des processus.

Cet inventaire et ce regroupement des processus ont une importante valeur ajoutée :

- ils permettent de mieux cerner les processus et constituent la base pour optimiser et harmoniser les processus
- les clients internes et externes peuvent les utiliser comme catalogue de produits et services.

Il est possible de joindre à la carte des processus des informations concernant l'impact stratégique des processus, l'ampleur budgétaire (notamment au niveau de la capacité en personnel), les risques, etc. Il s'agit bien évidemment d'un trajet pluriannuel impliquant une approche multidisciplinaire (GRH, budget, ICT, audit interne, etc.).

IV. Lean à l'INAMI

En 2013, l'INAMI a participé à la Lean Academy. "Lean" a pour objectif, par une gestion efficace des processus, d'améliorer les prestations de services et, par la même occasion, de réduire les coûts.

La "Lean Academy" souhaite :

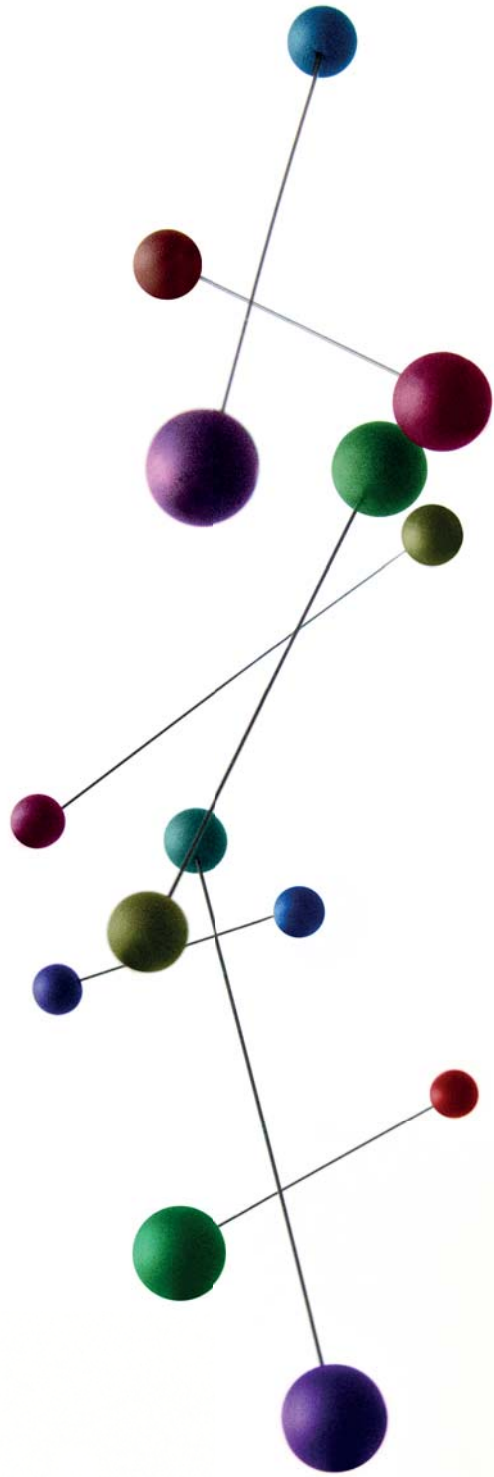
- former des "conseillers Lean"
- leur permettre d'appliquer d'emblée ce qu'ils ont appris à un projet d'amélioration concret de leur organisation.

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'Optifed (le programme fédéral d'efficience). Il est réalisé en collaboration avec l'Institut de formation de l'administration fédérale (IFA) et la Direction générale Développement de l'Organisation et du Personnel (DG DOP) du Service public fédéral Personnel et Organisation (SPF P&O).

Le "projet Lean" de l'INAMI résulte d'un "audit d'efficience Lean" effectué par le Service d'audit interne de l'INAMI. L'objectif est de rationaliser le processus entamé lorsque de nouveaux collaborateurs entrent en service. Concrètement, le but est de réduire les risques tels que l'attente (par exemple, attente d'informations), les erreurs (par exemple, traitement erroné de données) et la surproduction (par exemple, doubles fichiers de données).


Résultats : un processus écourté et pas d'actions erronées. De meilleurs résultats avec moins de banques de données.

"L'expérience Lean" ne constitue pas un projet unique pour l'INAMI, mais un projet structurel qui pourra s'étendre à d'autres processus.



3^e Partie Évolution de l'assurance

Cette partie présente une sélection des principales modifications réglementaires intervenues en 2013. Elle ne se veut pas exhaustive.

 Vous trouvez un aperçu plus complet de la réglementation relative à 2013 dans les Bulletins d'Information de l'INAMI (numéros 2013/2, 2013/3, 2013/4 et 2014/1), consultables sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications.

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Fonds des accidents médicaux

La loi du 31 mars 2010 a créé le Fonds des accidents médicaux (FAM). Il est au service de personnes qui estiment avoir subi des dommages résultant de soins de santé et qui souhaitent, dans ce contexte, obtenir un avis et une indemnisation.

Depuis le 1^{er} avril 2012, le FAM fait partie de l'INAMI.

L'intégration a été rendue possible par la loi du 19 mars 2013 :

- d'une part, par l'intégration de certaines dispositions de la loi de 2010 dans la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI)
- d'autre part, par l'instauration de quelques nouvelles dispositions :
 - un Comité de gestion gère le FAM. La création de ce Comité de gestion, semblable aux Comités de gestion gérant d'autres domaines de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI), garantit l'autonomie du nouveau service lors de l'exécution et du suivi de ses missions légales. La composition du Comité est décrite de même que les compétences qu'il assure
 - les sources de financement du FAM ont été déterminées, tant pour les missions du FAM que pour son fonctionnement (budget de gestion, frais d'administration).

2. Accords sociaux

a. Accord social 2000

Des accords sociaux ont été conclus les 1^{er} mars et 28 novembre 2000 pour le secteur privé et le secteur public concernant le secteur des soins de santé au niveau fédéral.

Pour l'année 2013, le montant de financement des fonds d'indemnisation des travailleurs salariés dans le secteur des soins infirmiers à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge est fixé à 57.451.236 EUR.

Ce montant est réparti comme suit :

- soins à domicile secteur privé : 36.118.147 EUR
- soins à domicile secteur public : 1.098.317 EUR
- services par la Croix-Rouge : 8.521.126 EUR
- maisons médicales secteur privé : 11.660.935 EUR
- maisons médicales secteur public : 52.711 EUR.

b. Accord social 2005

Des accords sociaux supplémentaires ont été conclus les 26 avril et 18 juillet 2005 pour le secteur privé et le secteur public. Diverses mesures y sont prévues, dont notamment l'affectation de 13.974.544 EUR pour l'année 2013.

La répartition de ce montant est la suivante :

- prime d'attractivité : 9.087.305 EUR (indemnité de 801,4 EUR par équivalent temps plein (ETP))
- emploi supplémentaire : 4.386.224 EUR
- l'indemnité pour prestations la nuit du dimanche est augmentée de 50 % à 56 %. Un montant de 238.119 EUR est prévu
- complément de fonction d'un infirmier en chef dans un service de soins à domicile : 262.896 EUR.

Par ailleurs, des mesures sont également prévues pour :

- le transfert de connaissances et d'expérience de travailleurs plus âgés aux travailleurs plus jeunes avec moins de formation (parrainage)
- un congé supplémentaire pour les travailleurs qui ne bénéficient pas des avantages liés à la fin de carrière.

Pour l'année 2013, le montant prévu est de 18.218.390 EUR. Ce montant est réparti comme suit :

- parrainage : 2.957.531 EUR pour le secteur public et 4.929.218 EUR pour le secteur privé
- congé supplémentaire pour les travailleurs âgés d'au moins 50 ans : 3.943.375 EUR pour le secteur public et 6.388.266 EUR pour le secteur privé.

c. Accord social 2010

Des accords ont été conclus les 4 et 17 mars 2010 concernant le plan d'attractivité pour la profession de praticien de l'art infirmier dans un nombre limité de secteurs.

Pour 2013, l'indemnité supplémentaire pour prestations irrégulières de travailleurs dans le secteur des soins à domicile et dans les maisons médicales est fixée à 800.746 EUR.

La répartition de ce budget, selon l'arrêté royal du 16 septembre 2013, s'élève à :

- 778.844 EUR pour le secteur privé
- 21.902 EUR pour le secteur public.

d. "Mini-accord social" 2011

Un "mini accord social" a été conclu les 4 et 25 février 2011 concernant l'emploi, les prestations irrégulières, le 2^e pilier des pensions, la prime syndicale et la statutarisation dans le secteur public.

Pour 2013, l'indemnité supplémentaire pour la création d'emploi et pour les prestations irrégulières de travailleurs dans le secteur des soins à domicile, les maisons médicales et les maisons de soins psychiatriques publiques est fixée à 7.429.846 EUR.

e. Accord social 2013

Un accord social pour 2013 a été conclu le 24 octobre 2012 prévoyant entre autres 4.108.000 EUR pour la création d'emplois supplémentaires. Ce montant est réparti comme suit :

- 40 ETP soins à domicile secteur privé : 2.000.000 EUR
- 3,16 ETP soins à domicile secteur public : 158.000 EUR
- 28 ETP centres de rééducation fonctionnelle : 1.400.000 EUR
- 10 ETP maisons médicales secteur privé : 500.000 EUR
- 1 ETP maisons médicales secteur public : 50.000 EUR.

3. Base de remboursement des spécialités pharmaceutiques

Les 1^{er} janvier et 1^{er} juillet de chaque année, les prix et les bases de remboursement des médicaments biologiques à usage humain sont réduits de 7,5 %.

Il s'agit de spécialités pharmaceutiques :

- dont chaque principe actif apparaît, au cours du semestre précédent, dans une spécialité qui a été remboursable pour la 1^{ère} fois il y a plus de 18 ans
- ou pour lesquelles une spécialité pharmaceutique qui contient le ou les même(s) principe(s) actif(s) a été inscrite, au cours du semestre précédent, sur la liste de l'article 35bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI) et n'est pas indisponible.

L'arrêté royal 3 décembre 2013 prévoit une exception à cette réduction, à partir du 7 décembre 2013, pour les médicaments biologiques dans les 3 cas suivants :

- lorsque le principe actif est encore protégé par un brevet ou un certificat en complément de la protection par un brevet
- lorsque le niveau de prix de la spécialité pharmaceutique au moment de l'application de la diminution est déjà de 65 % inférieur au niveau de la 1^{ère} inscription sur la liste d'une spécialité pharmaceutique ayant le même principe actif, la même forme d'administration et le même dosage
- lorsque le niveau de prix est déjà le plus bas par rapport au niveau de prix au sein des autres pays européens et par rapport au prix ex-usine le plus bas des alternatives existantes.

De toute façon, 2 types de spécialités pharmaceutiques bénéficient d'une exonération de réduction de la base de remboursement :

- les spécialités reprises dans les catégories de remboursement Fa et Fb
- les molécules à faible part de marché.

La loi définit également comment ces dispositions sont communiquées aux firmes pharmaceutiques et la procédure ultérieure à suivre.

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Relations internationales

Pour éviter que des ressortissants de l'Union européenne (U.E.) qui ne sont pas affiliés au système national de sécurité sociale se voient porter en compte des tarifs plus élevés pour des soins de santé et des soins hospitaliers, la loi du 19 mars 2013 a adapté la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI). Cela permet de faire concorder la réglementation avec :

- la jurisprudence de la Cour européenne de Justice
- la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Les tarifs qui sont fixés en commissions de conventions et qui sont appliqués par les dispensateurs de soins sont également ceux qui doivent s'appliquer aux personnes qui ne sont pas affiliées au système national de sécurité sociale.

b. Maximum à facturer

La loi-programme du 28 juin 2013 modifie la loi SSI pour que le maximum à facturer (MAF) pour malades chroniques puisse aussi être octroyé au ménage dont un membre bénéficie du statut "affection chronique". À partir du 1^{er} janvier 2013, le mécanisme de baisse du plafond des interventions personnelles s'applique aussi aux ménages dont un membre a le statut de malade chronique, tant dans le cadre du MAF social que du MAF revenu et du MAF enfant.

Le ménage pris en compte pour le MAF est composé sur la base des données du Registre national. Dans certaines situations, à savoir lors de l'application de règles de droit international, le droit au maximum à facturer doit être accordé à des personnes qui ne sont pas inscrites dans ce Registre. Le Roi a la compétence d'établir comment la composition du ménage est déterminée dans ces cas-là.

c. Soins de santé transfrontaliers

L'intervention pour les prestations effectuées à l'étranger est étendue à partir du 25 octobre 2013. Le législateur belge exécute ainsi la Directive européenne 2011/24/EU du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins, le cadre de soins de santé transfrontaliers.

Le remboursement est accordé aux :

- prestations de santé qui s'avèrent nécessaires d'un point de vue médical au cours d'un séjour temporaire dans un autre État membre de l'Union européenne (E.U.) / de l'Espace économique européen (EEE). Par conséquent, l'intervention pour hospitalisation urgente au cours d'un séjour temporaire à l'étranger est limitée aux pays qui ne font pas partie de l'U.E / de l'EEE afin d'éviter des doublons
- prestations médicales planifiées qui ne nécessitent pas d'autorisation préalable. Cette catégorie de prestations de santé entrait déjà en ligne de compte pour un remboursement dans les frais engagés sur la base du principe dit de "Kohll & Decker"
- prestations médicales planifiées qui requièrent une autorisation préalable. Y sont définis :
 - les catégories de prestations qui restent soumises à l'autorisation préalable (p. ex., les soins de santé qui nécessitent au minimum 1 nuit à l'hôpital)
 - les situations où une autorisation préalable ne peut être refusée (p. ex., les soins de santé ne peuvent pas être dispensés dans un délai raisonnable sur le territoire belge compte tenu de l'évolution de la maladie du patient)
 - les motifs de refus d'une autorisation préalable (p. ex., les soins de santé peuvent être dispensés dans un délai raisonnable sur le territoire belge).

Le bénéficiaire doit fournir la preuve qu'il a payé la facture au moment de la demande de remboursement des frais engagés. Le remboursement des prestations de santé ne peut jamais être supérieur au montant des frais réellement encourus. L'autorisation préalable ne peut pas être délivrée pour des prestations dont le remboursement n'est pas prévu par la législation belge ou dont les conditions de remboursement ne sont pas remplies.

La procédure de demande d'une autorisation préalable de soins médicaux à l'étranger est établie :

- le médecin-conseil doit répondre à une demande d'autorisation préalable dans les 45 jours calendrier en tenant compte des circonstances individuelles nécessitant une décision d'urgence
- les décisions que le médecin-conseil peut prendre sont définies
- les cas où le délai de réponse peut être suspendu sont énumérés
- à défaut de réponse dans le délai imparti, l'autorisation préalable est censée avoir été accordée.

L'arrêté royal du 25 octobre 2013 modifie, à partir du 25 octobre 2013, l'octroi de l'intervention de l'assurance SSI dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation dans un pays qui n'est pas lié à la Belgique par un instrument d'ordre juridique international.

Dorénavant, une intervention peut également être accordée si :

- il s'agit d'une hospitalisation pour laquelle le médecin-conseil a délivré une autorisation préalable
- le bénéficiaire est hospitalisé dans un pays qui est lié à la Belgique par un instrument d'ordre juridique international, mais où les dispositions ne lui sont pas applicables (p. ex., dans le cas où un assuré belge est hospitalisé dans un hôpital privé au cours d'un séjour temporaire en Espagne).

d. Statut des personnes atteintes d'une affection chronique

Dans le cadre du Programme "Priorité aux malades chroniques", l'arrêté royal du 15 décembre 2013 a créé, à partir du 1^{er} janvier 2014, un nouveau statut de personne atteinte d'une affection chronique.

Une personne, reconnue comme ayant le statut de personne atteinte d'une affection chronique, bénéficiera d'une assistance pour pouvoir supporter les frais médicaux liés au traitement d'une affection chronique grave. Le statut ouvrira automatiquement un certain nombre de droits pour le bénéficiaire.

Le statut est accordé :

- automatiquement par la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié, sur la base d'un critère financier ou sur la base du bénéfice de l'allocation forfaitaire "malades chroniques"
- sur la base d'un critère financier et d'une attestation établie par un médecin-spécialiste confirmant que le bénéficiaire est atteint d'une maladie rare ou d'une maladie orpheline.

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

PRIME POUR LA TÉLÉMATIQUE

L'intervention forfaitaire annuelle pour les médecins qui utilisent un logiciel labellisé s'élève, pour 2013, à 806 EUR.

HONORAIRES DE DISPONIBILITÉ POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Pour pouvoir faire valoir ses droits en matière d'honoraires de disponibilité, le médecin généraliste doit communiquer les données suivantes à l'INAMI via le responsable du service de garde :

- les numéro d'identification INAMI, nom, prénom et numéro de compte
- les dates auxquelles le médecin généraliste a pris part au service de garde organisé.

À partir du 1^{er} janvier 2014, un délai de 1 an est applicable pour la communication de ces données via l'application Internet MEDEGA.

b. Praticiens de l'art dentaire

Le 13 décembre 2012, la Commission nationale dento-mutualiste a conclu un nouvel accord pour la période 2013-2014.

Cet accord prévoit :

- d'indexer, de façon linéaire, les honoraires des prestations de 2,76 %
- de fixer les honoraires d'accréditation à 2.795,88 EUR.

L'accord prévoit également que dans le courant dudit accord :

- la technique d'apexification sur la canine ou l'incisive soit remboursée
- des traitements supplémentaires soient remboursés si les marges financières nécessaires à cet effet sont disponibles
- le projet My Carenet soit instauré dans le domaine de l'art dentaire, ce qui doit permettre un remboursement encore plus efficace
- un système soit développé pour la facturation transparente des traitements effectués chez le patient
- des recommandations soient formulées concernant l'utilisation du cliché panoramique
- un modèle soit élaboré afin d'arriver à des honoraires plus équitables pour les prestations dentaires.

Enfin, l'accord formule divers points d'attention et demandes :

- prévoir des moyens financiers supplémentaires en vue d'exécuter des initiatives en faveur de patients présentant des besoins particuliers
- investir davantage dans l'informatisation à l'INAMI et au Service public fédéral (SPF) Santé publique
- être attentif à l'organisation de la profession dentaire (délégation des tâches, suivi de l'arrivée de dentistes, etc.)
- poursuivre la campagne de sensibilisation de soins dentaires chez les jeunes jusque fin 2014.

c. Pharmaciens

INDEXATION

Depuis le 1^{er} avril 2010, les honoraires des pharmaciens sont profondément modifiés. Les honoraires des pharmaciens se composent actuellement :

- d'une marge économique
- d'honoraires de base
- d'honoraires pour soins pharmaceutiques particuliers.

L'arrêté royal du 15 décembre 2013 modifie les dispositions en matière d'honoraires de base à partir du 3 janvier 2014 :

- la non-utilisation de la masse d'index est consacrée :
 - d'une part, au nouveau projet "Entretien d'accompagnement de nouvelle médication"
 - d'autre part, à la majoration du forfait "Accompagnement de la première délivrance" pour l'année 2013. Pour cette année 2013, le montant est fixé à 730 EUR
- la décision d'indexer ou non, qui est du ressort de la commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs, doit être prise au plus tard le 31 octobre de l'année précédant l'augmentation. En l'absence de décision, une indexation sera automatiquement appliquée à partir du 1^{er} janvier.

ENTRETIEN D'ACCOMPAGNEMENT DE NOUVELLE MÉDICATION

À partir du 1^{er} janvier 2014, l'arrêté royal du 26 décembre 2013 prévoit que les pharmaciens reçoivent une indemnité pour la prestation "Entretien d'accompagnement de nouvelle médication". Cette prestation prévoit que le pharmacien :

- communique au patient des informations structurées et documentées
- analyse les attentes et expériences du patient dans le cadre de l'initiation d'une thérapie médicamenteuse pour le traitement d'une maladie chronique.

Le but est d'améliorer l'observance thérapeutique du traitement.

Selon le groupe cible de la thérapie chronique concernée, un ou plusieurs entretiens de suivi peuvent compléter cet entretien. Dans une 1^{ère} phase, pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2013, il s'agit d'un projet-pilote, limité aux corticostéroïdes inhalés dans le traitement de l'asthme.

d. Praticiens de l'art infirmier

Par arrêté royal du 14 janvier 2013, les praticiens de l'art infirmier à domicile peuvent prétendre, à partir de 2011, à une intervention pour formation continue. L'intervention s'élève à 175 EUR par praticien de l'art infirmier qui, au cours de l'année à laquelle se rapporte la demande, a suivi une formation d'au moins 5 heures. 2 (ou 4 pour bénéficier la 1^{ère} fois de l'intervention) de ces 5 heures doivent être en rapport avec l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile.

Seuls les praticiens de l'art infirmier qui bénéficient déjà d'une intervention pour l'usage de logiciels peuvent demander cette intervention.

e. Établissements et services de soins

MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS

À partir du 1^{er} juillet 2013, 2 modifications sont apportées au financement des maisons de repos pour personnes âgées (MRS) et des maisons de repos et de soins (MRS) :

- la création d'une nouvelle catégorie de dépendance "D" et l'établissement d'une formule de financement en vue du calcul du montant du financement complémentaire pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2014 (partie Z5) génèraient des dépenses non souhaitées chez les patients qui évoluent de la catégorie B vers la catégorie D. C'est pourquoi, il est remédié à cette situation par une adaptation de la formule
- la formation que la personne de référence "démence" doit avoir suivi peut avoir lieu jusqu'au 30 juin 2014. Le délai pour suivre la formation est ainsi différé d'1 an.

○ Politique des médicaments

Le 15 août 2013, un arrêté royal du 11 juillet 2013 a fait un appel à projets en vue d'une nouvelle approche en matière de politique des médicaments pour les personnes âgées en MRPA ou MRS. Il s'agit d'un projet de soins coordonnés dans le cadre du financement expérimental de l'article 56 de la loi. Cette politique concerne :

- d'une part, l'incidence financière de la consommation de médicaments sur les dépenses en soins de santé et l'accessibilité financière pour la personne âgée elle-même
- d'autre part, l'incidence de la consommation de médicaments sur la qualité de vie de la personne âgée.

Ceci se traduit par maximum 30 projets rassemblant une MRPA ou une MRS, le médecin coordinateur et conseiller de l'institution, les médecins généralistes concernés et les cercles de médecins généralistes ainsi que les pharmaciens concernés.

Chaque institution concernée organise une concertation médico-pharmaceutique à l'échelle du patient pour au moins 35 résidents en maison de repos. En outre, les institutions participent à des groupes de travail en vue de formuler des recommandations sur l'utilisation du formulaire de médicaments, la prescription des médicaments (schéma d'administration, dosage) et l'ensemble du processus concernant les médicaments.

Une équipe de recherche universitaire (1 université francophone et 1 université néerlandophone) accompagne les projets.

La recherche durera 3 ans au total.

○ Nouvelles initiatives de soins

Dans le secteur des soins aux personnes âgées, il existe depuis longtemps un consensus sur la nécessité d'identifier des formes innovantes de soins et de soutien aux soins à destination des personnes âgées fragiles afin de renforcer ou de maintenir leur autonomie et ainsi postposer une éventuelle prise en charge dans une MRPA ou dans une MRS.

Un 1^{er} projet a été mené en 2009.

L'arrêté royal du 17 août 2013 a lancé un 2^e appel à projets à partir du 1^{er} septembre 2013.

Sont visés les projets dont l'objectif est d'offrir aux personnes âgées fragiles des alternatives aux MRPA et MRS qui pourront par la suite être pérennisées via un financement structurel.

L'objectif général des projets est le financement d'un projet coordonné et concerté de soins alternatifs et de soutien aux soins garantissant une prise en charge intégrée et multidisciplinaire. Pour l'instant, aucune intervention de l'assurance SSI n'est prévue à cet effet. Le groupe cible est celui des personnes âgées fragiles ou des personnes âgées qui risquent d'avoir besoin de soins complexes et/ou de longue durée. Les projets veillent à l'autonomie des patients afin que ceux-ci puissent rester à domicile ou y retourner.

Les organisations de dispensateurs de soins qui entrent en ligne de compte pour ces projets sont "tous les services, groupements ou institutions de soins, d'aide ou de services, y compris les services intégrés de soins à domicile (SISD), qui sont indispensables dans la prestation du soin innovant dans le cadre d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles".

Sont plus particulièrement visés comme partenaires incontournables :

- les services de soins à domicile
- les services intégrés de soins à domicile (SISD)
- les centres de coordination de soins (et de services) à domicile
- les MRPA ou MRS
- les cercles de médecins généralistes de la zone géographique concernée.

Par ailleurs, la participation d'autres organisations comme les associations de bénévoles, les associations de patients, etc. est vivement recommandée.

L'appel à projets repose sur 4 piliers :

- le patient est central
- la participation effective du médecin généraliste
- l'utilisation d'un instrument d'évaluation gériatrique global (BelRAI) à des fins d'organisation des soins
- une réelle transmuralité/transsectorialité.

Les dossiers pouvaient être introduits jusqu'au 31 octobre 2013.

La forme et le contenu des dossiers feront l'objet d'une évaluation. Le Comité de l'assurance soins de santé examinera les propositions de projets et les conventions seront rédigées. Les projets commenceront début septembre 2014.

Le financement couvre :

- les prestations dispensées par des praticiens qualifiés à cet effet, salariés ou statutaires : soins infirmiers, prestations de kinésithérapie, prestations de logopédie et tâches de réactivation et de réintégration sociale
- certaines prestations pharmaceutiques
- le coût de la concertation et de la coordination entre les partenaires du projet, y compris l'intervention du généraliste
- certains désinfectants

- des aides techniques spécifiquement destinées au maintien de la personne âgée à domicile
- la formation et la sensibilisation du personnel
- la formation et la sensibilisation de la personne âgée fragile incluse dans le projet ainsi que de son aidant proche
- une intervention forfaitaire dans le coût de l'enregistrement, de la gestion et de la transmission des données ainsi que dans les frais liés aux obligations relatives à la protection de la vie privée
- une intervention dans les frais administratifs
- une intervention dans les frais de déplacement du personnel dans l'exécution des tâches dans le cadre du projet
- les frais de fonctionnement liés aux soins.

CENTRES DE PSYCHIATRIE LÉGALE

La loi-programme du 26 décembre 2013 prévoit la création de centres de psychiatrie légale chargés de l'accueil d'internés qui présentent un risque de sécurité ou qui ont besoin de soins psychiatriques spécialisés. Un arrêté royal précisera les modalités d'exécution, mais la base du financement de cette nouvelle initiative est déjà posée.

FORFAITS HOSPITALIERS

À partir du 1^{er} janvier 2014, il est possible de diminuer le forfait de 82 % en cas de nouvelle admission à l'hôpital si le patient est ré-hospitalisé dans les 10 jours qui suivent sa sortie d'hôpital. Ce sera également le cas pour des patients qui sont admis au service des urgences d'un hôpital et qui sont ensuite admis dans cet hôpital. Il n'est plus possible de cumuler les forfaits liés à la phase du service des urgences et les forfaits liés à la phase de l'hospitalisation.

AIDES-SOIGNANTS

Le SPF Santé publique a publié :

- les actes infirmiers que les aides-soignants peuvent effectuer dans certaines conditions
- les règles selon lesquelles les aides-soignants peuvent être enregistrés.

Depuis lors, seuls les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants peuvent soigner les résidents d'un centre de soins de jour (CSJ), d'une MRS d'une MRPA. L'aide-soignant assiste le praticien de l'art infirmier, soutient les patients dans les actes de la vie quotidienne et les aide à conserver leur autonomie et leur qualité de vie.

Jusqu'à récemment, l'INAMI prenait encore en considération les soignants non enregistrés pour le financement de la norme de personnel "personnel soignant". Ils remplissent des tâches logistiques.

Cependant, à partir du 1^{er} juillet 2013, tous les membres du personnel soignant nouvellement engagés par l'établissement doivent être enregistrés en tant qu'aides-soignants. Les soignants non enregistrés qui étaient déjà employés par l'établissement avant la date du 1^{er} juillet 2013 ne peuvent remplir que 5 % de la norme de personnel.

À partir du 1^{er} juillet 2015, l'arrêté ministériel du 16 avril 2013 n'admet plus aucune exception et tous les membres du personnel soignant devront être enregistrés en tant qu'aides-soignants.

3. Prestations

a. Médecins

MÉDECINE GÉNÉRALE

A partir du 1^{er} mai 2013, l'arrêté royal du 19 février 2013 entre en vigueur en ce qui concerne les modifications suivantes à l'article 2 de la nomenclature :

- la période d'essai du module de prévention dans le cadre du dossier médical global est prolongée à partir du 31 décembre 2013
- il est possible de réaliser un module de prévention pour chaque membre d'un groupement de médecins généralistes
- les codes de nomenclature pour les visites de médecins de famille et de médecins généralistes en résidence communautaire sur la base de droits acquis disparaissent. Les prestations sont maintenant portées en compte comme visite ordinaire
- les visites de médecins de famille et de médecins généralistes sur la base de droits acquis et à la demande d'un autres médecin disparaissent
- l'appellation des différents médecins de médecine générale se précise : le titulaire du diplôme de médecin, le médecin généraliste sur base de droits acquis, le médecin de famille
- quelques améliorations sont apportées à l'article :
 - correction au niveau de la forme de certaines descriptions
 - restructuration des suppléments : ceux-ci sont mentionnés immédiatement en-dessous de l'acte auquel ils se rapportent. Dans chaque rubrique, les soins sont répartis selon le code de compétence du dispensateur
- chaque membre d'un groupement enregistré de médecins généralistes pourra utiliser le pass-ported du diabète.

PSYCHIATRIE INFANTILE ET JUVÉNILE

À partir du 1^{er} mars 2013, l'arrêté royal du 19 février 2013 entre en vigueur au niveau de l'accueil de crise en psychiatrie infantile et juvénile :

- les honoraires du psychiatre infanto-juvénile dans les services d'urgence en dehors des heures normales augmentent
- la concertation entre le psychiatre infanto-juvénile, le psychologue et l'orthopédagogue est stimulée par l'instauration d'honoraires
- les interventions de liaison pour les enfants souffrant de troubles psychiques s'étendent :
 - entre le psychiatre infanto-juvénile et le service hospitalier en dehors d'un service K
 - entre le psychiatre infanto-juvénile et les parents du patient qui n'est pas admis dans un service K.
- la limite d'âge passe de 16 à 18 ans pour les examens de liaison de psychiatrie infanto-juvénile. Ces prestations doivent précéder les nouvelles prestations de liaison (voir plus haut).

IMAGERIE MÉDICALE

Pour encourager l'utilisation justifiée de l'imagerie médicale, le Règlement du 11 juin 2013 est modifié et le formulaire de demande ainsi que l'article 17 de la nomenclature sont adaptés à partir du 1^{er} mars 2013.

Un examen d'imagerie médicale ne peut être porté en compte que si la demande :

- mentionne les données cliniques pertinentes
- formule la demande de diagnostic
- fournit d'autres informations cliniques pertinentes.

Il faut en outre indiquer quels sont les examens proposés et si des examens pertinents ont déjà été réalisés portant sur la demande de diagnostic.

AVIS MÉDICAL POUR PATIENTS PALLIATIFS

À partir du 1^{er} janvier 2012, l'assurance obligatoire soins de santé prévoit une intervention pour un avis médical donné suite à une demande individuelle pour une fin de vie choisie par le patient lui-même (arrêté royal du 7 mars 2013).

La réglementation prévoit un soutien pour le médecin traitant confronté à cette question complexe et délicate. Les confrères médecins qui se consacrent spécifiquement à cette matière peuvent conseiller les médecins traitants, si ceux-ci en font la demande. Ils interviennent en tant que "2^e médecin" ou "médecin consulté" sur la base de leur formation et de leur expertise.

Ce "2^e médecin" doit conclure un contrat avec un "pouvoir organisateur", qui doit à son tour conclure une convention avec le Comité de l'assurance. Cette convention définit les règles dans lesquelles le pouvoir organisateur reçoit un financement pour indemniser les avis demandés par les médecins traitants.

Par patient pour lequel un avis est donné, le médecin consulté recevra des honoraires pour son avis, à concurrence de 160 EUR. L'INAMI verse ce montant au pouvoir organisateur qui le reverse ensuite au médecin consulté. Ces honoraires couvrent l'ensemble des frais, y compris les frais de déplacement. Le pouvoir organisateur est autorisé à retenir de ces honoraires une contribution de maximum 10 EUR pour les frais liés au fonctionnement de son secrétariat.

b. Praticiens de l'art dentaire

A partir du 8 avril 2013, des paramètres à déterminer peuvent limiter le nombre de prestations que les praticiens de l'art dentaire peuvent porter en compte à l'assurance obligatoire soins de santé dans une période de référence déterminée (loi du 19 mars 2013).

On crée ainsi une nouvelle compétence visant à limiter les interventions de la nomenclature au cas où certaines dépenses prendraient des proportions irréalistes.

NOMENCLATURE

Afin de supprimer un grand nombre de prestations irréalistes en raison du nombre peu élevé de praticiens de l'art dentaire, l'arrêté royal du 17 janvier 2013 modifie les articles 5 et 6 de la nomenclature, à partir du 1^{er} mars 2013.

À chaque prestation de l'art dentaire, un coefficient de pondération P est ajouté : il reflète la complexité de la prestation ainsi que le temps qui y est consacré. Une règle d'application est en outre prévue subordonnant l'intervention de l'assurance aux moyennes journalières des coefficients P, calculées sur une période d'au moins 30 jours. Cette règle définit un plafond d'un nombre maximum de prestations qui, sur une période de référence déterminée, entrent en ligne de compte pour l'intervention de l'assurance.

c. Praticiens de l'art infirmier

L'article 8 de la nomenclature change à partir du 1^{er} janvier 2014 :

- l'intégration structurelle des aides-soignants est instaurée (ajout du § 12)
- en français, le terme "infirmière" est remplacé par le terme "infirmier"
- en néerlandais, le terme "verpleegkundige" est remplacé en plusieurs endroits par les termes "beoefenaar van de verpleegkunde".

d. Logopèdes

L'arrêté royal du 4 juillet 2013 modifie la nomenclature des prestations de logopédie, à partir du 1^{er} septembre 2013 :

- les troubles qui empêchent de continuer à exercer une profession se limitent aux troubles du langage oral ; une autre partie de la nomenclature prévoit le remboursement des troubles du langage écrit
- les termes dyslexie, à la dysorthographe et à la dyscalculie reçoivent une nouvelle définition
- le libellé pour les troubles du larynx et des cordes vocales est également modifié
- dorénavant, l'inscription dans l'enseignement spécial de type 8 n'est plus une raison d'exclusion du droit à une intervention de l'assurance. C'est seulement dans le cas où l'assuré souffre d'un trouble auquel l'enseignement spécial est attentif que le motif d'exclusion demeure. C'est le cas pour les troubles de développement du langage oral, la dyslexie, la dysorthographe, la dyscalculie et la dysphasie
- il est interdit de cumuler ce qui suit :
 - le remboursement du traitement de la dysphagie dans un centre de rééducation ambulatoire
 - la possibilité de bénéficier d'une intervention pour le traitement de ce trouble dans le cadre de la nomenclature des prestations de logopédie monodisciplinaires
- le médecin spécialiste en neurologie pédiatrique remplace le spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie en tant que prescripteur du bilan de départ, du bilan d'évolution et de la prolongation du traitement logopédique de la dysphasie
- 80 séances de logopédie maximum sont désormais remboursables pour le traitement des troubles du larynx et des cordes vocales
- le dispensateur de soins doit respecter les prescriptions de la Commission de conventions logopèdes – organismes assureurs relatives à la qualité des prestations. Cela concerne en premier lieu les directives relatives au local de thérapie
- les codes de nomenclature correspondant aux prestations dans les centres de rééducation ambulatoire disparaissent. En effet, les conventions avec ces centres excluent tout remboursement sur la base de la nomenclature des prestations de logopédie monodisciplinaires.

e. Prestations pharmaceutiques

MÉDICAMENTS

En cas de prescription en dénomination commune internationale (DCI), le pharmacien est obligé de délivrer le médicament le meilleur marché.

À partir du 15 juillet 2013, si la durée du traitement est précisée, le pharmacien peut regrouper - dans le choix de la taille du conditionnement qui correspond à la prescription - les conditionnements disponibles de la façon suivante (arrêté royal du 11 juillet 2013) :

- 28-30 unités
- 31-60 unités
- 61-79 unités
- 80-90 unités
- 91-120 unités.

Le regroupement n'est pas autorisé pour :

- les conditionnements de moins de 28 unités ou de plus de 120 unités
- les substances stupéfiantes
- les substances psychotropes
- les médicaments qui appartiennent à la classe ATC J01 (antibiotiques).

f. Dispositifs médicaux

La loi du 13 décembre 2006 a instauré des réformes dans le secteur des implants et des dispositifs médicaux invasifs. Ces réformes se terminent à présent avec les modifications à la loi du 15 décembre 2013 qui entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

PRINCIPE DE BASE

Le principe selon lequel chaque prestation doit figurer sur une liste des prestations qui peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire est maintenu. Toutefois, il ne sera plus possible d'obtenir un remboursement pour chaque produit, même si la prestation correspondante figure sur la liste.

Une double condition doit donc désormais être remplie :

- d'une part, les dispositifs entrent en ligne de compte pour le remboursement s'ils figurent dans une prestation de la "liste", suivant les modalités de remboursement y afférentes
- d'autre part, certains dispositifs figurant sur la "liste" avec leurs modalités de remboursement sont uniquement remboursés s'ils figurent également sur la "liste nominative" correspondante.

ORGANES DÉCISIONNELS

La Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remplace le Conseil technique des implants qui est supprimé. Dorénavant, la Commission soumettra les propositions de règles interprétatives au Comité de l'assurance. Le Comité de l'assurance prend des décisions sur l'adaptation d'une liste nominative liée à une prestation figurant sur la "liste".

Ces adaptations d'une liste nominative peuvent être les suivantes :

- la mention d'un dispositif dans une liste nominative sans modification de la prestation correspondante ou des modalités de remboursement dans la liste
- la suppression d'un dispositif dans une liste nominative
- la modification des données factuelles de la firme concernée ou de ses dispositifs.

Le Comité de l'assurance pourra aussi conclure des conventions avec des établissements de soins pour rembourser des dispositifs médicaux dans le cadre d'applications cliniques limitées. La Commission de conventions fournisseurs d'implants et organismes assureurs a pour compétence de fixer le montant de la marge de délivrance des dispositifs médicaux.

REMBOURSEMENT

Une liste de prestations définit les modalités de remboursement des dispositifs médicaux.

Certaines prestations de la liste sont liées à une liste nominative. C'est le cas pour :

- les dispositifs à risque
- les dispositifs médicaux implantables actifs
- les dispositifs qui ont éventuellement encore besoin de conditions de garantie quant à leur qualité
- les dispositifs pour lesquels une tarification adéquate ne peut être garantie.

Un arrêté ministériel établit la liste nominative des dispositifs, sur proposition de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. L'inscription ou la suppression d'une prestation dans la liste, ou la modification de la prestation ou de ses modalités de remboursement se font en fonction de certains critères d'évaluation, dans le respect des procédures et des délais.

Ces procédures et délais diffèrent en fonction du demandeur : la firme, la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ou le ministre.

Le Comité de l'assurance peut lui aussi prendre des décisions quant à l'adaptation de la liste nominative.

III. Indemnités

1. Travail adapté au cours de l'incapacité de travail (régime des travailleurs salariés)

a. Entrée en vigueur des nouvelles dispositions de l'article 100, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI)

Le 12 avril 2013, les nouvelles dispositions de l'article 100, § 2, de la loi SSI sont entrées en vigueur. Elles prévoient la suppression du caractère préalable de l'autorisation du médecin-conseil pour pouvoir exercer un travail adapté (arrêté royal du 12 mars 2013).

b. Les mesures d'exécution

Outre la loi SSI, l'arrêté royal du 12 mars 2013 a également modifié l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

DÉCLARATION DE TRAVAIL ADAPTÉ AU COURS DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET DEMANDE D'AUTORISATION

Le titulaire reste obligé de déclarer au préalable toute reprise d'une activité professionnelle au cours de son incapacité de travail. Cette déclaration doit se faire au plus tard le 1^{er} jour ouvrable précédant immédiatement la reprise de l'activité.

Il doit également demander au médecin-conseil l'autorisation d'exercer cette activité professionnelle et ce, également au plus tard le 1^{er} jour ouvrable précédant immédiatement cette reprise.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur doit prendre sa décision dans un délai de maximum 30 jours ouvrables à dater du 1^{er} jour de la reprise de l'activité professionnelle durant l'incapacité de travail.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA REPRISE DE TRAVAIL ET DEMANDE D'AUTORISATION

Pour répondre à la nécessité de simplification, le titulaire doit introduire sa déclaration de reprise du travail durant l'incapacité de travail et sa demande d'autorisation du médecin-conseil auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire unique.

Ce formulaire est constitué de 2 volets :

- un volet "déclaration" destiné au service administratif de l'organisme assureur
- un volet "autorisation" destiné au médecin-conseil de l'organisme assureur.

CONSÉQUENCES D'UNE DÉCLARATION TARDIVE

En cas de non-respect par le titulaire du délai et des conditions de la déclaration (et de la demande d'autorisation) de la reprise du travail, certaines "sanctions" sont prévues.

Si la déclaration est faite tardivement, mais dans un délai de 14 jours à dater de la reprise du travail, la sanction consiste en une diminution de 10 % du montant journalier de l'indemnité d'incapacité de travail (qui a éventuellement déjà été diminuée en fonction du montant du revenu professionnel perçu).

Si le titulaire déclare sa reprise du travail plus de 14 jours après la reprise, les dispositions de l'article 101 de la loi SSI s'appliquent jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil produit ses effets. Dans ce cas, le médecin-conseil doit examiner, dans les plus brefs délais, l'état d'incapacité de travail de l'intéressé (et plus précisément, dans un délai de 30 jours ouvrables à partir de la déclaration de reprise du travail). Le titulaire doit rembourser les indemnités octroyées pour les journées de travail.

CONSÉQUENCES D'UNE REPRISE REFUSÉE

Si un titulaire prend connaissance d'une décision de :

- refus de reprise du travail (pour cause d'incompatibilité de l'activité avec l'affection)
- fin de l'incapacité de travail (parce qu'il ne conserve pas de réduction de sa capacité d'au moins 50 %, d'un point de vue médical).

Il peut alors continuer à percevoir les indemnités sous certaines conditions.

- **Hypothèse 1** : le titulaire a rempli les formalités de la déclaration et de la demande d'autorisation dans les délais.

Il continue alors de percevoir ses indemnités, pour la période précédant la date de début de la décision négative du médecin-conseil; ses indemnités peuvent éventuellement avoir été réduites en fonction du montant du revenu professionnel perçu

- **Hypothèse 2** : le titulaire a rempli tardivement les formalités de la déclaration et de la demande d'autorisation, mais dans un délai de 14 jours civils à partir de la reprise du travail.

Il reçoit alors, pour la période qui précède la date de début de la décision négative, ses indemnités (qui ont éventuellement été réduites en fonction du montant du revenu professionnel perçu), mais auxquelles s'appliquent la sanction de la diminution de 10 %

- **Hypothèse 3** : le titulaire a rempli les formalités de la déclaration et de la demande d'autorisation plus de 14 jours civils après la reprise du travail.

Ce sont les dispositions de l'article 101 de la loi SSI qui s'appliquent à partir du 1^{er} jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil produit ses effets.

PÉRIODE DE PROTECTION DE LA MATERNITÉ

La travailleuse enceinte, qui a accouché ou qui allaite peut, sous certaines conditions, poursuivre son activité indépendante pendant la période d'écartement du travail dans laquelle elle se trouve dans le cadre de son activité salariée.

Une de ces conditions est que cette travailleuse salariée demande au préalable l'autorisation auprès de son organisme assureur au moyen d'un formulaire de demande d'autorisation. Dans cette situation, la condition de l'autorisation préalable du médecin-conseil continue donc de s'appliquer pour cette travailleuse salariée (pour éviter qu'elle-même ou son enfant ne courent un risque de par la poursuite de son activité indépendante).

2. Dispense du stage d'attente sur la base d'études

En principe, pour pouvoir bénéficier d'indemnités à charge de l'assurance indemnités et maternité, le titulaire doit accomplir un stage d'attente de 6 mois au cours duquel il doit démontrer un volume de travail et un montant de revenus suffisants.

L'article 205 de l'arrêté d'exécution de la loi SSI prévoit une exception sous la forme d'une dispense du stage d'attente. Cette disposition vaut entre autres pour les jeunes qui, après avoir terminé leurs études donnant droit à une dispense du stage d'attente ("études de base"), acquièrent la qualité de titulaire dans l'assurance indemnités et maternité, comme travailleur salarié en payant des cotisations pour le secteur des indemnités ou comme "chômeur contrôlé". Ils doivent acquérir cette qualité au plus tard le lendemain d'un délai d'en principe 7 mois après avoir terminé leurs études. Si l'intéressé(e) entame encore d'autres études au terme de ces "études de base", ce délai de 7 mois commence à courir le jour qui suit la fin des dernières études terminées ou le jour qui suit la fin des études si l'intéressé(e) les termine prématurément.

En raison de la conversion du stage d'attente en stage d'insertion professionnelle dans le cadre de l'assurance chômage, l'article en question est modifié à partir du 1^{er} janvier 2012. Par analogie avec les modifications antérieures apportées dans la réglementation du chômage, la nouvelle disposition (arrêté royal du 29 janvier 2013) tient en outre également compte de :

- l'actuelle structure de l'enseignement secondaire
- la jurisprudence européenne qui a fixé un critère géographique plus large en ce qui concerne l'endroit où les études doivent être suivies.

Étant donné que le stage d'insertion professionnelle compte désormais 310 jours pour tout jeune travailleur – indépendamment de l'âge –, l'intéressé(e) doit, pour pouvoir bénéficier de la dispense du stage d'attente dans l'assurance indemnités et maternité, avoir acquis la qualité de titulaire au plus tard le lendemain d'une période de 13 mois qui suit la fin des études. L'ancienne disposition prévue dans la réglementation selon laquelle le délai d'en principe mois est prolongé à 10 mois ou 13 mois – selon la durée du stage d'attente dans l'assurance chômage qui est liée à l'âge – est par conséquent abrogée.

Cette nouvelle disposition tient (en outre) compte des périodes qui, dans le cadre de l'assurance chômage, n'entrent pas en ligne de compte pour accomplir le stage d'insertion professionnelle, ce qui fait que le délai d'en principe 13 mois peut être prolongé (par exemple, les jours de repos de maternité facultatif).

3. Revalorisation des indemnités

À partir du 1^{er} septembre 2013, les montants journaliers de certaines indemnités d'incapacité de travail sont adaptés hors index, tant dans le régime des travailleurs salariés que dans le régime des travailleurs indépendants.

En ce qui concerne les travailleurs salariés en incapacité de travail, il s'agit d'une revalorisation :

- des minima "travailleur régulier" (augmentation de 1,25 %)
- des minima "travailleur non régulier" (augmentation de 2 %).

Il y a par ailleurs une revalorisation des indemnités (minimas non compris) de 2 % pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté au cours de la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007 inclus.

Pour les travailleurs indépendants en incapacité de travail, il y a une revalorisation :

- de 1,25 % des indemnités forfaitaires en incapacité primaire
- des indemnités forfaitaires pour les invalides qui n'ont pas cessé leur activité.

Il y a également une revalorisation de 1,25 % des indemnités forfaitaires pour les invalides qui ont cessé leur activité (il s'agit en effet des mêmes montants que les minima "travailleur régulier" dans le régime des travailleurs salariés).

4. Allocation pour frais funéraires

Depuis le 1^{er} janvier 2013, l'allocation forfaitaire pour frais funéraires n'est plus octroyée. Suite à cette suppression des dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ont été modifiées ou abrogées (p. ex., les dispositions qui traitent de la dispense de stage pour le droit à cette indemnité ou du montant précis de cette allocation forfaitaire).

IV. Évaluation et contrôle médicaux

1. Contestations

Les dossiers ayant une incidence financière restreinte pour l'assurance soins de santé pourront désormais être traités plus rapidement, grâce à la loi du 19 mars 2013 :

- les dossiers ne dépassant pas la valeur de 3.000 EUR ne feront plus l'objet de poursuites administratives lorsque le dispensateur rembourse le montant réclamé dans les 2 mois (qui suivent la notification du procès-verbal)
- le critère pécuniaire distinguant la compétence entre les Chambres de première instance et le Fonctionnaire dirigeant est fixé, à partir du 8 avril 2003, à 35.000 EUR. Lorsque la valeur des prestations contestées est supérieure à ce montant, l'affaire est confiée aux Chambres de première instance.

2. Chambres de première instance / Chambres de recours

Deux dispositions complètent les règles de fonctionnement interne pour les Chambres de première instance et les Chambres de recours. Elles portent sur :

- le serment que les membres doivent prêter entre les mains du Président
- la constitution valable des Chambres en l'absence d'un membre. Après convocation du membre suppléant, la composition est valable si, outre le Président, au moins 1 médecin, représentant les organismes assureurs, et 1 dispensateur de soins sont également présents. L'équilibre entre les 2 groupes est garanti.

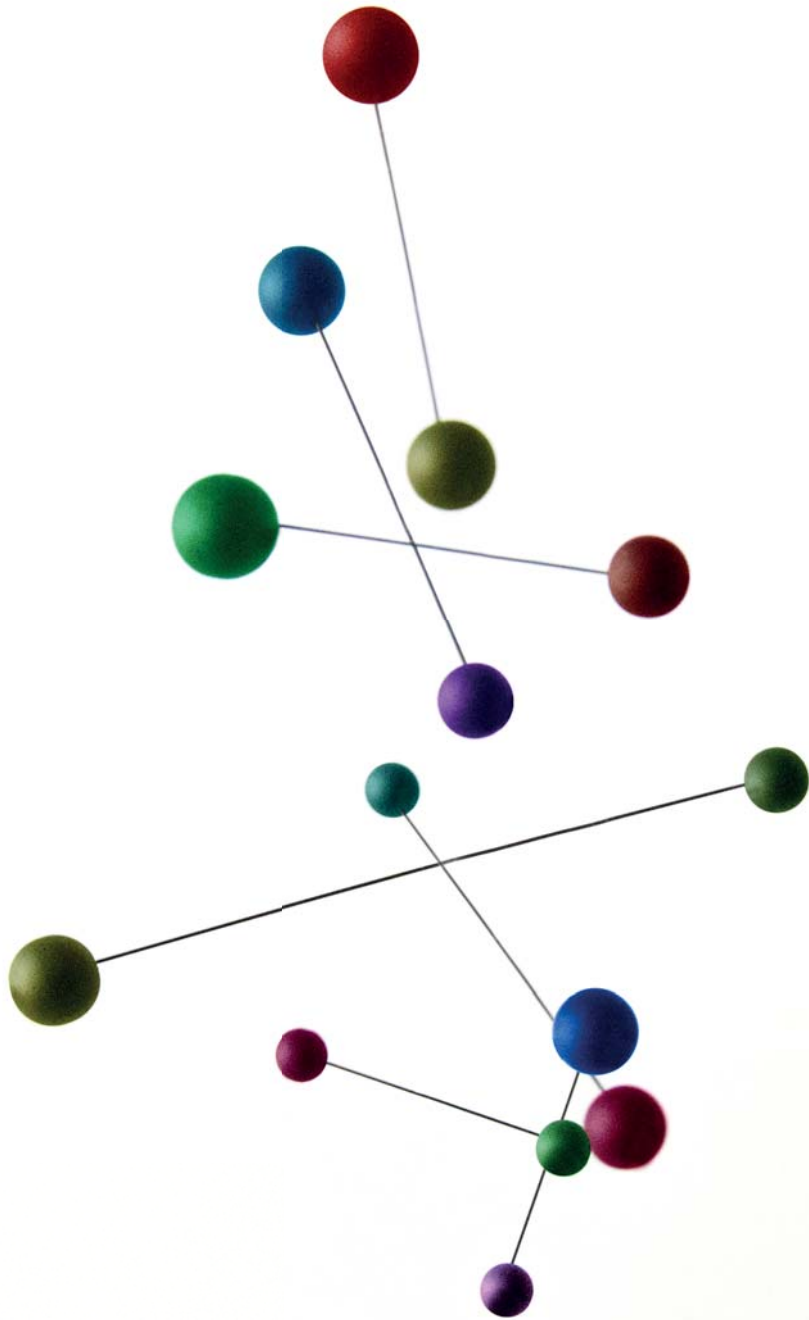
V. Contrôle administratif

1. Délai de prescription

Les cotisations dues par des titulaires inscrits en qualité de résident sont diminuées si l'intéressé déclare que les revenus dont dispose son ménage ne dépassent pas certains montants plafonnés. Cette déclaration est contrôlée par la suite en collaboration avec l'administration fiscale.

L'actuel délai de prescription de 2 ans au cours duquel l'action en remboursement des cotisations payées indûment doit être intentée, a pour conséquence qu'au moment où il peut être constaté que l'assuré a payé trop de cotisations, le délai de prescription est bien souvent déjà dépassé.

C'est pourquoi le délai est fixé à 5 ans à partir du 8 avril 2013.



4^e Partie
Exposés thématiques



Cet exposé décrit tout d'abord l'origine de la 6^e réforme de l'État et sa mise en œuvre.

Plusieurs articles importants de la loi spéciale du 6 janvier 2014 y sont évoqués. Ils précisent ce que la réforme de l'État signifie concrètement pour les soins de santé et la santé publique (INAMI – SPF Santé publique) en termes de transfert de compétences, d'accords de coopération et d'autres mesures.

Cet exposé s'attarde ensuite sur la portée financière de cette réforme de l'État en présentant non seulement l'incidence globale mais aussi les montants détaillés à transférer et la façon de procéder (avec une période de transition).

Le dernier point concerne le rôle de l'INAMI, tant lors du démarrage de la réforme de l'État que lors de sa mise en œuvre proprement dite. Plusieurs thèmes sont abordés.

Au début du processus, l'INAMI a prêté son concours en soutenant le formateur lors de la préparation de l'accord "papillon", de la rédaction de fiches en vue de l'élaboration de textes juridiques et en effectuant des simulations de calcul pour la Banque nationale de Belgique.

L'INAMI a ensuite collaboré à la confection et à l'exécution du protocole de transition. Celui-ci règle l'exercice effectif, pendant la période de transition, des compétences confiées aux entités fédérées en matière de soins de santé et de santé publique.

Les conséquences sur les ressources humaines sont aussi de taille. C'est pourquoi l'avant-dernier thème traité est celui de la définition d'un plan pour le transfert du personnel.

Pour terminer, un mot d'explication est donné sur la gestion financière des compétences transférées, pendant la période de transition.

I. Réforme de l'État et soins de santé

1. Qu'est-ce que la 6^e réforme de l'État ?

À l'automne 2011, un accord politique – l'accord "papillon" – sur la 6^e réforme de l'État a été laborieusement atteint. Son objectif était d'arriver à un "État fédéral plus efficace et des entités plus autonomes". Cet accord institutionnel a été conclu par 8 partis politiques : le cdH, le CD&V, Ecolo, Groen, le MR, l'Open Vld, le PS et le Sp.a. L'accord a été obtenu après 459 jours, parallèlement aux négociations pour la formation d'un nouveau gouvernement qui allait finalement se composer des partis susmentionnés, sans Groen et Ecolo. Le Comité exécutif des réformes institutionnelles, en abrégé Comori, a été créé pour transposer l'accord dans la législation. Ce Comité se composait des 8 partis ayant conclu l'accord "papillon". Les décisions prises par le Comori ont donné lieu à toute une série de propositions de loi. C'est donc une initiative parlementaire qui a concrétisé l'accord "papillon" et non pas une initiative gouvernementale.

La 6^e réforme de l'État s'est réalisée en plusieurs étapes. Le 1^{er} volet a été approuvé en juillet 2012. Il concerne essentiellement la scission de la circonscription électorale de Bruxelles-Halle-Vilvorde (BHV) et la réforme de l'arrondissement judiciaire de BHV.

Le 2^e volet a été clôturé début 2014. Il s'agit des modifications constitutionnelles, des lois spéciales et des lois qui exécutent la 6^e réforme de l'État, réglant ainsi le transfert de certaines compétences aux entités fédérées et la réforme de la loi spéciale de financement. Le 2^e volet réforme aussi le Sénat et renforce le rôle de la Chambre.

2. Qu'implique la 6^e réforme de l'État pour les soins de santé (INAMI) et la santé publique (SPF Santé publique) ?

Les articles 6 et 8 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la 6^e réforme de l'État donnent un aperçu des transferts de compétences en matière de soins de santé et d'aide aux personnes.

En résumé, il s'agit de :

- la politique hospitalière : normes d'agrément et infrastructure hospitalière/frais d'investissement
- la politique des personnes âgées (maisons de repos et hôpitaux gériatriques)
- les soins de longue durée et la rééducation fonctionnelle
- les soins de santé mentale
- la politique de prévention
- l'organisation des soins de santé primaires
- l'agrément et l'enregistrement des professionnels de la santé
- les dispositifs d'aide à la mobilité et l'allocation d'aide aux personnes âgées.

L'article 43, 4^o, notamment, aborde la question des accords de coopération. Ainsi l'État fédéral et les entités fédérées concluent en tout cas un accord de coopération sur :

- la composition et le financement d'un Institut pour garantir que des réponses concertées soient apportées aux grands défis en matière de soins de santé
- l'échange d'informations dans le cadre du contingentement des professions de santé.

D'autres accords de coopération concernent :

- le cofinancement d'eHealth par les autorités fédérales et les entités fédérées
- les modalités d'adaptation et d'évaluation de l'arrêté royal n° 78
- la gestion et le financement du Centre fédéral d'expertise (KCE)
- les obligations internationales pour lesquelles les instances fédérales organisent la concertation nécessaire
- les accords sociaux dans les secteurs fédéraux pour lesquels les instances fédérales organisent une concertation avec les entités fédérées avant de conclure lesdits accords sociaux.

L'article 45 décrit la réglementation transitoire pour l'application du maximum à facturer (MAF). Plus précisément, l'État fédéral est encore chargé pendant 5 ans maximum, et moyennant rémunération, d'inclure dans les compteurs du MAF les tickets modérateurs des prestations transférées aux entités fédérées, et cela en respectant le plafond fixé.

L'article 66 prévoit la dissolution du Fonds de participation et les mesures transitoires y afférentes. Ceci est important pour le volet financier d'Impulseo, l'INAMI ayant confié son fonctionnement et sa gestion au Fonds de participation.

Enfin, la solidarité interpersonnelle relève aussi des missions fédérales fondamentales. Conformément au principe européen de libre circulation des personnes, il convient d'assurer à tous un même accès aux soins de santé remboursés, tout en garantissant le libre choix du patient. Concrètement, un patient paiera un montant identique pour un même produit ou une même prestation, où qu'il se fasse soigner en Belgique. Pour y veiller, l'État fédéral exerce la tutelle sur l'INAMI. Les instances fédérales demeurent également compétentes pour la politique de crise si une pandémie aiguë exige des mesures urgentes.

3. La portée financière de la 6^e réforme de l'État

Le modèle de réforme proposé de la loi spéciale de financement vise à permettre aux entités fédérées de mieux exercer leurs compétences, dont celles qui leur ont été confiées à la suite de la 6^e réforme de l'État.

Le nouveau modèle vise à :

- élargir l'autonomie fiscale des entités fédérées (surtout via la hausse de leurs recettes propres)
- responsabiliser les entités fédérées, avec le maintien de la solidarité sans effets pervers et en garantissant la viabilité des instances fédérales à long terme.

La réforme du financement des entités fédérées concerne la modification de la loi spéciale du 16 janvier 1989 et de la loi du 31 décembre 1983 de réformes institutionnelles pour la Communauté germanophone (par le transfert de nouvelles compétences aux entités fédérées et de nouveaux mécanismes de responsabilisation et de financement).

L'incidence globale de la 6^e réforme de l'État est estimée à 20,4 milliards EUR (exercice budgétaire 2015) de dépenses publiques qui sont transférées du niveau fédéral aux niveaux communautaire ou régional. En outre, l'autonomie fiscale des entités fédérées est également renforcée. Cette dernière précision n'est pas pertinente pour les soins de santé puisqu'il s'agit de compétences communautaires qui sont entièrement réglées par les dotations.

Vous trouvez le détail des montants transférés dans le tableau ci-après. Les montants ont été calculés pour l'exercice budgétaire 2015 (frais de personnel et frais de fonctionnement compris).

Portée financière de la 6^e réforme de l'État - Détails des montants transférés	
Compétences	Montant 2015 (estimation en millions d'EUR)
Soins de santé	5.103.640
Résidentiel	4.120,134
Maisons de repos, maisons de repos et soins, centres de court séjour, centres de soins de jour	2.983,648
Hôpitaux gériatriques (G) isolés ou G et Sp isolés	80,554
Hôpitaux spécialisés (Sp) isolés	135,376
Travaux de construction, de rénovation et de reconditionnement des infrastructures hospitalières	630,161
Conventions de revalidation	279,431
Maximum à facturer	10,964
Aides aux personnes handicapées	673,194
Allocation d'aide aux personnes âgées (APA)	592,445
Aides à la mobilité	80,749
Santé mentale	208,430
Maisons de soins psychiatriques	133,921
Initiatives d'habitation protégée	62,784
Plateformes psychiatriques	11,725
Prévention et organisation de la 1^{ère} ligne	101,882
Prévention (vaccination, dépistage, PNNS, hygiène dentaire dans les écoles, consultations sevrage tabagique)	39,841
Fonds de lutte contre les assuétudes	5,359
Services intégrés de soins à domicile (SISD)	2,674
Plateformes et équipes multidisciplinaires palliatifs	24,560
Cercles des médecins	3,986
Fonds Impulseo	25,462
Source : INAMI – Service des soins de santé, actuariat	

Bien que le transfert de compétences entre en vigueur au 1^{er} juillet 2014, le transfert de moyens ne sera effectif qu'au 1^{er} janvier 2015. Concrètement, cela signifie que l'INAMI ne devra tenir compte de la réforme de l'État qu'à partir du budget 2015. Cela implique que, pour calculer l'objectif budgétaire global sur la base de la norme de croissance légale, il faut d'abord apporter une correction à la base de départ, à savoir l'objectif 2014 : toutes les rubriques budgétaires relatives aux compétences concernées par la réforme de l'État doivent être déduites.

Concrètement, cela concerne un montant de 3,6 milliards EUR. En 2016, un montant devra à nouveau être déduit de l'objectif budgétaire étant donné que les moyens pour la partie relative à l'infrastructure hospitalière ne seront transférés qu'à partir de 2016.

4. Rôle de l'INAMI dans le cadre de la 6^e réforme de l'État

L'article 35 du Contrat d'administration 2013-2015 prévoit que l'INAMI collabore à l'exécution de la 6^e réforme de l'État.

L'INAMI collabore depuis 2011 déjà, à différents niveaux :

- soutien au formateur lors de la préparation de l'accord "papillon"
- rédaction de fiches en vue de l'élaboration de textes juridiques
- calculs pour la Banque nationale de Belgique – simulations
- confection du protocole de transition
- exécution du protocole de transition
- élaboration du plan pour le transfert de personnel
- gestion financière des compétences transférées pendant la phase de transition.

a. Soutien au formateur lors de la préparation de l'accord papillon

Le 4 juillet 2011, le formateur a remis une note contenant notamment une proposition des secteurs à transférer aux entités fédérées et qui relevaient alors de la compétence de l'INAMI.

Le 27 juillet 2011, il a été demandé à l'INAMI d'analyser la proposition de transfert ainsi que les modalités concrètes qui rendraient ce transfert possible. La question du personnel de l'INAMI qui gère les secteurs à transférer fait aussi partie de l'analyse. Dans le cadre de cette analyse, il avait aussi été demandé de proposer d'éventuelles mesures de transition.

Le 23 août 2011, l'INAMI a transmis un document de 220 pages où il communiquait, secteur par secteur, les informations suivantes :

- description du contenu actuel
- évolution et calendrier prévus (avenir à décrire dans le cadre de l'INAMI)
- bases légales et/ou réglementaires
- organes/acteurs concernés
- incidence financière
- TIC
- incidences d'un autre type
- mesures de transition requises
- questions que l'INAMI se pose.

En outre, l'INAMI a transmis le récapitulatif des membres du personnel qui sont pour l'instant directement chargés de l'exécution de ces missions.

b. Rédaction de fiches en vue de l'élaboration de textes juridiques

La Chancellerie du Premier ministre, dans une note du 26 janvier 2012 adressée au Conseil des ministres, a demandé d'établir une fiche pour le 15 mars 2012, par sous-secteur. Ces fiches serviront de base à la rédaction de textes juridiques.

Ces fiches devaient inclure :

- *"Une liste des lois fédérales concernées par le transfert des compétences*
- *une description détaillée des activités, des processus et des missions qui font partie de la compétence à transférer (par exemple les missions de contrôle, les missions d'agrément, etc.)*
- *le (les) service(s)/administration(s)/entité(s) qui s'en charge(nt) et, le cas échéant, selon quel mode d'organisation (SPF, DG...); il faut préciser également s'il s'agit d'un service entier, d'une partie d'un service, de fonctionnaires qui travaillent dans différents services, de fonctionnaires qui traitent uniquement des dossiers relatifs à la matière transférée ou d'autres dossiers aussi*
- *l'influence que ce transfert aura sur les activités, les processus et les compétences qui restent au niveau fédéral (qu'il s'agisse ou non de la même matière : un lien peut par exemple exister entre la compétence transférée et d'autres compétences) ainsi que les conséquences sur l'organisation au niveau fédéral*

- les difficultés techniques et/ou juridiques qui risquent de se poser lors du transfert de cette compétence
- le budget dont les instances fédérales disposent en 2012 pour exercer la compétence décrite ci-dessus (via une allocation budgétaire + des crédits d'engagement et d'ordonnancement ; pour les IPSS, la distinction doit être faite entre le budget des missions et le budget de gestion.)
- les bâtiments dont les instances fédérales disposent en 2012 pour exercer la compétence décrite ci-dessus (avec mention de la superficie, de l'emplacement, si ces bâtiments sont propriété de l'État ou non, s'ils sont partagés avec d'autres services, si le bâtiment est loué et, si oui, jusque quand)
- les autres biens dont les instances fédérales disposent en 2012 pour exercer la compétence décrite ci-dessus (notamment le matériel informatique)
- une estimation des droits et devoirs ("charges du passé", par exemple les demandes d'indemnisation, les affaires en justice) et des informations sur le calendrier de remboursement en cours
- le nombre de membres du personnel désignés pour exercer la compétence décrite ci-dessus, réparti par :
 - rôle linguistique
 - niveau
 - statut : statutaire ou contractuel.
- d'autres données disponibles (par exemple la ventilation des dépenses entre les entités fédérées), des renseignements utiles, des suggestions et les annexes (dont la législation fédérale concernée)."

Comme certains secteurs transférés relèvent de la compétence tant de l'INAMI que du SPF Santé publique, ces administrations ont passé des accords pour la rédaction conjointe des fiches. Elles ont rédigé des fiches pour les secteurs suivants :

- maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins, centres de court séjour et de soins de jour
- hôpitaux G isolés et hôpitaux Sp isolés
- travaux de construction, de rénovation et de reconditionnement des infrastructures hospitalières – Parties A1-A3
- normes hospitalières
- conventions de rééducation fonctionnelle
- dispositifs d'aide à la mobilité
- soins de santé mentale
- maisons de soins psychiatriques
- initiatives d'habitation protégée
- plates-formes de soins de santé mentale
- concertation sur les soins de santé mentale
- prévention
- Fonds de lutte contre les assuétudes – Tabac
- Fonds de lutte contre les assuétudes – Alcool, drogues et substances psychoactives
- vaccination contre le VPH
- dépistage du cancer colorectal
- intervention financière dans le coût des campagnes de vaccination
- sevrage tabagique
- actions de prévention menées par les praticiens de l'art dentaire
- soins de santé primaires
- services intégrés de soins à domicile
- cercles de médecins généralistes
- réseaux multidisciplinaires locaux
- collaborations en matière de soins palliatifs
- équipes multidisciplinaires de soins palliatifs
- Fonds Impulseo.

L'INAMI a envoyé ces fiches à la Chancellerie du Premier ministre le 26 mars 2012.

c. Calculs pour la Banque nationale de Belgique – Simulations

L'INAMI devait rassembler pour le 15 janvier 2013 au plus tard la documentation suivante :

- confection du budget 2011 (dépenses comptabilisées) et répartition régionale en EUR (avec 2 décimales)
- confection du budget 2012 (montants inclus dans les objectifs partiels 2012 exprimés en millions d'EUR avec 3 décimales, sans détails sur la répartition régionale)

Par la suite, il a été demandé à l'INAMI de rassembler les données relatives aux soins aux personnes âgées avec, pour Bruxelles, des détails sur la répartition entre la Communauté flamande, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune. L'historique devait reprendre les années 2007 à 2010 (+ répartition régionale).

Une actualisation a ensuite encore été demandée pour le budget 2013.

Enfin, l'INAMI a envoyé la version finale de la documentation à la Banque nationale de Belgique le 6 mai 2013. Cette documentation se composait de 4 tableaux.

TABLEAU 1 PAR RÉGION

La répartition régionale des dépenses est disponible par Région, sur la base du domicile du patient.

C'est le cas, par exemple, des dépenses pour les dispositifs d'aide à la mobilité, les vaccins individuels, le sevrage tabagique, etc.

Ce tableau contient également une répartition de certaines dépenses par Région sur la base de l'adresse de paiement (cercles de médecins généralistes, réseaux multidisciplinaires locaux).

TABLEAU 2 PAR COMMUNAUTÉ NL-FR

Ce tableau contient un nombre (limité) de rubriques pour lesquelles des données sont disponibles uniquement pour la Communauté flamande et/ou la Communauté française.

Quelques exemples : campagnes de vaccination, campagnes spécifiques par communauté (VPH, cancer colorectal, etc.).

TABLEAU 3 PAR COMMUNAUTÉ EN DÉTAILS

Dans ce tableau, des rubriques importantes sont réparties sur la base du plus grand nombre de détails possible :

- Communauté flamande (sans Bruxelles)
- Communauté française (sans Bruxelles et sans la Communauté germanophone)
- Communauté germanophone
- Bruxelles avec des détails sur la Région flamande, la Communauté communautaire française et la Communauté communautaire commune.

Il s'agit notamment des rubriques suivantes : maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins, centres de soins de jour, maisons de soins psychiatriques, habitations protégées, établissements de rééducation fonctionnelle, etc.

Les dépenses sont réparties en fonction de la clé suivante :

- **Étape 1** : tous les établissements sont classés en fonction de l'origine de leur agrément.

De cette manière, tous les établissements individuels sont répertoriés dans la rubrique appropriée :

- Communauté flamande (sans Bruxelles)
 - Communauté française (sans Bruxelles et sans la Communauté germanophone)
 - Communauté germanophone
 - Bruxelles avec des détails pour la Région flamande, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune.
- **Étape 2** : un budget maximal/théorique est calculé pour tous les établissements individuels en multipliant le nombre de lits par le montant du remboursement.
 - **Étape 3** : on calcule ensuite le total de tous ces budgets individuels maximaux/théoriques en fonction de l'origine de leur agrément :
 - total pour la Communauté flamande (sans Bruxelles)
 - total pour la Communauté française (sans Bruxelles et sans la Communauté germanophone)
 - total pour la Communauté germanophone
 - total pour Bruxelles avec des détails pour la Région flamande, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune.

Ces données financières constituent la clé de répartition.

Un mode de calcul spécifique est utilisé pour les établissements de rééducation fonctionnelle.

Les divers établissements de rééducation fonctionnelle peuvent être répartis comme suit en fonction de leur adresse :

- Communauté flamande (sans Bruxelles)
- Communauté française (sans Bruxelles et sans la Communauté germanophone)
- Communauté germanophone
- Bruxelles avec des détails pour la Région flamande, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune.

La clé de répartition est alors déterminée sur la base du budget annuel des établissements de rééducation fonctionnelle.

Pour Bruxelles, divers établissements de rééducation ont dû fournir des informations supplémentaires pour savoir s'ils avaient un lien avec la Communauté flamande, la Commission communautaire française ou la Commission communautaire commune.

TABLEAU 4 PAR COMMUNAUTÉ AVEC UN CODE LINGUISTIQUE POUR BRUXELLES

Pour Impulseo, la répartition au sein de Bruxelles a été opérée en fonction de la langue utilisée pour les demandes.

d. Confection du protocole de transition

Dans le cadre de l'exécution de la 6^e réforme de l'État, des accords devaient être passés entre les instances fédérales et les entités fédérées au sujet de la phase de transition. L'article 94 de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 stipule :

“Sans préjudice des dispositions de l'article 83, § 2 et 3, les autorités chargées d'attributions par les lois et règlements dans les matières relevant de la compétence des Communautés et des Régions, continuent d'exercer ces attributions selon les procédures fixées par les règles existantes, tant que celles-ci n'auront pas été modifiées ou abrogées par leurs (Parlements) ou leurs (Gouvernements).”

La période de transition commence donc le 1^{er} juillet 2014 jusqu'à la date de la modification ou de l'abrogation des règles “fédérales” par les entités fédérées.

Pour les compétences relatives à la Santé publique, aux soins de santé et à l'aide aux personnes, une réunion de démarrage a été organisée le 19 avril 2013 à la Chancellerie du Premier ministre, à la demande de la Task Force Réformes institutionnelles. Les administrations fédérales concernées (l'INAMI et le SPF Santé publique) et les administrations des entités fédérées ont alors passé des accords sur la rédaction d'un protocole d'accord relatif à la période de transition.

À cette occasion, un Comité de pilotage "Copil" a été créé. Il réunit les responsables de toutes les administrations, tant celles du niveau fédéral que des entités fédérées. Ce "Copil" est chargé de coordonner les travaux pour arriver à un protocole d'accord en respectant le calendrier déterminé par la Task Force.

Des groupes de travail ont été créés par thème. Ils étaient chargés de préparer le protocole d'accord par secteur spécifique. Ils ont présenté le planning et les résultats des travaux au "Copil". Le Copil s'est réuni 6 fois. Il a remis un rapport à la Task Force les 15 janvier, 19 mars et 1^{er} avril 2014.

L'INAMI et le SPF Santé publique étaient chargés de l'organisation et de la préparation du contenu des réunions des groupes de travail. Les fiches que ces administrations avaient rédigées en mars 2012 ont servi de base. Elles ont été converties en un modèle de document convenu avec le "Copil".

Finalement, l'État fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Région wallonne, la Communauté germanophone, la Communauté communautaire française et la Commission communautaire commune ont conclu un protocole d'accord sur l'exercice des compétences attribuées aux entités fédérées dans les domaines de la santé publique et des soins de santé pendant la période de transition, dans le cadre de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la 6^e réforme de l'État.

Ce protocole comporte certains accords généraux, notamment sur la continuité du service, les responsabilités, le personnel, les aspects logistiques, les TIC, l'adaptation de la réglementation, la correspondance et la communication, l'utilisation des langues, les aspects internationaux, les archives, les finances, les charges du passé, le rôle des organismes assureurs et la dénonciation prématurée.

Ce protocole précise, pour chaque domaine :

- la phase de transition
- la réglementation applicable au 30 juin 2014
- les dispositions spécifiques (par exemple le transfert de connaissances, le fonctionnement des instances)
- les missions spécifiques
- les accords sur l'adaptation de la réglementation.

Ce protocole d'accord a été communiqué le 28 avril 2014 aux membres du Comité de l'assurance et le 5 mai 2014 aux membres du Conseil général.

e. Exécution du protocole de transition

Les travaux suivants ont commencé après la conclusion du protocole de transition :

- concertation entre l'INAMI et les entités fédérées pour la fixation du budget à partir de 2015
- mise à l'ordre du jour du groupe de travail intercabineaux Conventions internationales de la problématique de la réglementation à appliquer par les entités fédérées aux étrangers ou aux Belges qui se font soigner à l'étranger
- passation d'accords avec les organismes assureurs sur la collecte de données supplémentaires pendant la période de transition
- passation d'accords avec les entités fédérées sur l'organisation de formations, la transmission d'informations, l'utilisation des logos, la correspondance, les personnes de contact, les personnes invitées aux réunions des commissions au titre d'observateurs, etc.

Le "Copil" demeure l'instance où des accords pourront être passés entre les administrations à l'avenir.

f. Élaboration du plan pour le transfert de personnel

Le transfert de ces compétences aux entités fédérées implique un transfert de la mission, des biens, des droits et des devoirs ainsi que du personnel et, le cas échéant, du patrimoine de l'INAMI.

Concernant le transfert de personnel, l'INAMI a choisi d'adopter une approche la plus humaine possible et de mener une politique ressources humaines moderne, tenant compte des ambitions et motivations personnelles des membres du personnel. L'objectif est d'arriver à une situation gagnant-gagnant pour les services publics concernés et les membres du personnel.

Une analyse réaliste de l'investissement en temps indique que 47 membres du personnel, soit 18,86 ETP (situation en janvier 2014), s'occupent des compétences à transférer.

Comme les compétences à transférer sont réparties entre différentes directions du Service des soins de santé et que, pour beaucoup de membres du personnel, elles ne représentent qu'une fraction de leurs tâches, il est évident que l'INAMI peut être qualifié de "service partiellement transféré" tel que défini par l'arrêté royal du 25 juillet 1989 dont les principes sont suivis pour le transfert de personnel des Services publics fédéraux (SPF) et des Services publics de programmation (SPP), arrêté royal qui sert de source d'inspiration pour le transfert d'une partie du personnel de l'INAMI.

Cela implique que, dans une première phase, il n'y a pas de transfert d'office et qu'un appel à volontaires sera lancé via une note interne présentant les fonctions à transférer. Ce n'est que si le nombre de volontaires est insuffisant que les membres du personnel qui travaillent sur les compétences concernées seront transférés d'office.

Bien que le transfert des compétences ait officiellement lieu le 1^{er} juillet 2014, des périodes de transition réalistes ont été déterminées par matière. Pendant celles-ci, l'INAMI continue à exercer les compétences pour le compte des entités fédérées. Cela permettra à ces dernières de se préparer sur le fond et de se familiariser avec les compétences afin de pouvoir les exercer en toute autonomie. Au 31 décembre 2017 au plus tard, les entités fédérées se chargeront elles-mêmes des compétences transférées de l'INAMI. C'est à cette date aussi que certains membres du personnel de l'INAMI effectueront le passage vers les entités fédérées.

Pour que les membres du personnel puissent décider, en toute connaissance de cause et pour les bonnes raisons, de tenter ou non leur chance auprès des entités fédérées, l'INAMI a passé des accords concrets avec les entités fédérées :

- les entités fédérées s'engagent à donner aux membres du personnel de l'INAMI des séances d'information sur leur fonctionnement, leur structure et les possibilités de carrière. Elles présenteront également à titre d'information les fonctions pour lesquelles les membres du personnel de l'INAMI peuvent se porter candidat
- l'INAMI mettra au point un parcours interne pour identifier les membres du personnel potentiellement intéressés par un transfert, les informer et leur poser des questions
- l'INAMI déterminera avec les entités fédérées, sur la base des informations recueillies lors du parcours interne et des besoins des différentes organisations, les fonctions qui seront annoncées par ordre de service.

Selon l'INAMI, cette approche positive et constructive offre le plus de chances de réussite pour relever le défi que constitue la 6^e réforme de l'État.

g. Gestion financière des compétences transférées pendant la phase de transition

Comme l'INAMI doit encore se charger de la gestion administrative et financière des compétences transférées pendant la période de transition, il doit disposer des moyens nécessaires pour mener à bien cette mission. En effet, il s'agit soit de paiements que l'INAMI doit effectuer lui-même, soit de remboursements par les organismes assureurs, par exemple pour des délivrances de dispositifs d'aide à la mobilité, des séjours en maison de repos, en hôpital ou en centre de rééducation fonctionnelle, etc.

Des accords définitifs doivent encore être passés pour organiser ce financement (budget, trésorerie et comptes) qui, à terme, doit être à charge des moyens des Communautés :

- soit le Trésor public finance directement l'INAMI et règle ensuite toutes les transactions avec les Communautés
- soit l'INAMI doit recevoir les moyens nécessaires des Communautés elles-mêmes, situation qui serait beaucoup plus compliquée pour l'INAMI.

Le principe de base est en tout cas que les Communautés doivent fournir les moyens nécessaires dans le cadre de leur budget et doivent prendre leurs responsabilités si ces moyens se révélaient insuffisants. La mise en œuvre pourrait être largement identique à ce qui se passe actuellement dans le cadre de l'assurance soins de santé : financement aux organismes assureurs sur la base de 12^{es} budgétaires. Il est toutefois évident que le principe de la responsabilité financière des organismes assureurs ne s'applique plus aux moyens transférés (sauf si les Communautés fixaient elles-mêmes des règles à cette fin).

Comme les dépenses doivent être attribuées à la Communauté responsable et que – contrairement à l'assurance soins de santé pour laquelle les dépenses sont “localisées” en fonction du domicile des bénéficiaires –, le principe de base pour les compétences transférées est celui du lieu de prestation (quand il s'agit d'établissements), des adaptations aux documents comptables ont été convenues avec les organismes assureurs. Sachant qu'à Bruxelles, des établissements peuvent relever de la compétence de la Commission flamande, de la Commission communautaire française ou de la Commission communautaire commune, il va de soi que des accords très précis doivent être passés en la matière, accords que toutes les instances concernées acceptent sans restriction.

Enfin, certains problèmes ne sont pas encore réglés, notamment les conséquences de la réforme de l'État sur le traitement financier des soins transfrontaliers. Un groupe de travail de la Conférence interministérielle a été chargé d'étudier cette problématique.



Au 1^{er} janvier 2014, une réforme de l'intervention majorée de l'assurance est entrée en vigueur. Cette réforme vise à unifier intervention majorée classique et statut OMNIO en uniformisant les notions utilisées (notamment celle de ménage) de manière à :

- en simplifier l'octroi
- garantir une plus grande transparence pour l'assuré social.

Cette réforme aboutit à ce que seul le critère financier soit à la base de l'octroi du droit à l'intervention majorée de l'assurance. Il est, en effet, important que tous les ménages confrontés à une situation financière difficile soient en mesure de bénéficier de l'intervention majorée sans qu'un obstacle administratif, telle que la nécessité d'être affilié auprès de sa mutualité en une certaine qualité, complique, voire rende impossible, ce bénéfice.

Il importe aussi de veiller à ce que le droit à l'intervention majorée de l'assurance soit octroyé à juste titre aux ménages se trouvant effectivement et de façon durable (ou, à tout le moins, pendant une certaine durée) dans une situation financière difficile. C'est pourquoi, il est prévu que la demande soit introduite après une certaine période de référence, en principe d'une durée d'un an. Cette période permettra de déterminer que la situation financière difficile du ménage concerné présente un caractère stable et qu'il ne s'agit pas d'une difficulté ponctuelle.

Enfin, les mesures ont été prises afin de repérer les bénéficiaires potentiels de ce droit et le contrôle systématique a été simplifié et précisé.

Un statut "affection chronique" a été instauré avec effet au 1^{er} janvier 2013. Ce statut prévoit une reconnaissance de la personne atteinte d'une affection chronique. Il a pour objectif d'aider les personnes atteintes de maladie chronique sévère à faire face à leurs frais de soins de santé et leur permet de bénéficier automatiquement de certains droits spécifiques (tels le tiers-payant ou le Maximum à facturer malades chroniques) qui seront progressivement développés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé ou hors de ce cadre.

II. Réforme de l'intervention majorée de l'assurance et statut affection chronique : 2 mesures renforçant l'accessibilité financière

1. Introduction

Le plan "Priorité aux malades chroniques" élaboré par la Ministre des Affaires sociales vise notamment à accroître l'accès financier aux prestations de santé, particulièrement à l'attention des malades chroniques, régulièrement confrontés à un besoin élevé en soins.

Il prévoit :

- d'une part, une série de mesures apportant une simplification des règles applicables, notamment celles relatives à l'intervention majorée de l'assurance
- d'autre part, une reconnaissance pour les malades chroniques par le biais d'un statut affection chronique auquel sont et seront attachés automatiquement certains droits.

a. Première mesure

La réforme de l'intervention majorée (régime préférentiel) par l'intégration des statuts OMNIO et BIM (Bénéficiaire de l'intervention majorée) dans un statut unique constitue la première mesure envisagée. Cette réforme constitue non seulement une simplification administrative importante - notamment par l'harmonisation des notions de ménages et de revenus - mais elle permet aussi de coller davantage à la réalité sociale du ménage au moment où la demande d'octroi de l'intervention majorée est introduite : cela doit aussi permettre d'atteindre un nombre plus important d'assurés sociaux faisant partie du public cible.

Cette réforme a été menée à bien et est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2014.

Suite à la réforme des conditions d'octroi du droit à l'intervention majorée, il fallut adapter la nouvelle réglementation concernant les pièces justificatives, les échanges de données et les systèmes de contrôle concernés.

b. Deuxième mesure

La création d'un statut affection chronique, qui prévoit une reconnaissance de la personne atteinte d'une affection chronique, a pour objectif :

- d'aider les personnes atteintes de maladie chronique sévère à faire face à leurs frais de soins de santé
- de bénéficier automatiquement de certains droits spécifiques qui seront progressivement développés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé ou hors de ce cadre.

Dans le cadre du “Programme priorité aux malades chroniques!” (2008), seront reconnues officiellement comme “personnes atteintes d’une affection chronique” :

- toutes les personnes qui, dans le cadre de la législation relative à l’assurance obligatoire soins de santé, bénéficient de remboursements ou de tout autre mode d’intervention lié à une affection chronique
- toutes les personnes atteintes d’une maladie rare/orpheline (maladie qui affecte moins d’une personne sur 2.000)
- toutes les personnes atteintes d’une affection chronique incurable et dégénérative dont l’élaboration des critères sera confiée au Collège des médecins-directeurs de l’INAMI.

La création d’un statut affection chronique est une réalité : ses premiers effets se font sentir et actuellement, des droits sont automatiquement octroyés aux bénéficiaires dudit statut. L’objet de cet article est de donner un aperçu des éléments essentiels de ces 2 mesures.

2. Réforme de l'intervention majorée de l'assurance soins de santé

a. Principes de base

La réforme de l'intervention majorée a été concrétisée par l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI).

Les principes à la base de la réforme de l'intervention majorée de l'assurance visent une application plus simple, plus transparente et davantage ciblée. Dès les premières années de l'assurance soins de santé obligatoire, il a paru opportun de prévoir des remboursements plus élevés pour certains assurés sociaux. En effet, la finalité de l'intervention majorée de l'assurance est de permettre un accès financièrement plus facile aux soins de santé pour un ménage connaissant une situation financière difficile au moment où le besoin en soins de santé se fait sentir.

L'intervention de l'assurance est alors majorée et, par voie de conséquence, la partie des honoraires qui reste à charge du budget de la personne concernée est moindre. Il importe de concilier octroi justifié de l'intervention majorée et réalité sociale.

b. Nouvelle notion de "ménage"

Avant la réforme, il était possible d'obtenir l'intervention majorée :

- soit sur la base du seul critère financier (nommé statut OMNIO)
- soit sur la base d'un double critère, à savoir un critère financier cumulé à une condition liée à la qualité en laquelle l'assuré social est inscrit auprès de sa mutualité en vue d'obtenir le droit de base aux soins de santé, par exemple la qualité de veuf ou veuve, invalide, etc. (ce qui a donné lieu à l'appellation "statut VIPO").

Le demandeur ne pouvait introduire une demande de bénéfice de l'intervention majorée de l'assurance que s'il était affilié en une des qualités réglementairement prévues.

Il est apparu sur le terrain que la coexistence de notions différentes (comme la notion de ménage) et de règles différentes pouvaient avoir comme conséquence de retarder l'ouverture de ce droit ou de la rendre compliquée et opaque, y compris pour l'assuré social. Il faut peut-être y voir une des raisons pour lesquelles le ménage concerné n'introduisait pas une demande alors que les conditions réglementaires étaient satisfaites.

Il est également apparu que le fait d'exiger qu'un titulaire soit inscrit auprès de sa mutualité en une qualité déterminée pouvait constituer un frein, voire un facteur de discrimination entre ménages disposant de revenus similaires.

Pour ces différentes raisons, une seule notion de ménage est maintenant retenue dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance : le ménage composé, au moment de la demande, du titulaire, de son conjoint ou cohabitant et de leurs personnes à charge. D'autre part, la qualité en laquelle une personne est affiliée auprès de sa mutualité ne joue plus aucun rôle en ce qui concerne la possibilité d'introduire une demande. Seul le critère relatif à la situation financière du ménage est maintenant utilisé. La qualité pourra encore, le cas échéant, servir d'indicateur d'une situation de revenus modestes (voir point 2. c.).

c. Situation financière du ménage

Outre ces constatations et la volonté de coller au plus près à la réalité sociale vécue par les assurés sociaux, il était tout aussi important de veiller à ce que le droit à l'intervention majorée de l'assurance soit octroyé à juste titre aux ménages se trouvant effectivement et de façon durable (ou, à tout le moins, pendant une certaine durée) dans une situation financière difficile.

L'élément important de l'octroi de ce droit à des remboursements préférentiels est donc la capacité financière du ménage concerné. Cependant, afin d'éviter des octrois indus ou de créer une instabilité dans ces droits, il est prévu que la demande soit introduite après une certaine période de référence, en principe d'une durée d'un an. Celle-ci permettra de déterminer que la situation financière difficile du ménage concerné présente un caractère stable et qu'il ne s'agit pas d'une difficulté ponctuelle. Serait-il en effet justifié qu'un assuré social se voit octroyer l'intervention majorée parce qu'il introduit une demande à un moment où il ne dispose d'aucun revenu parce qu'il se trouve entre 2 emplois se succédant dans un bref délai ?

Cependant, certaines situations sont, par elles-mêmes, révélatrices d'un changement important dans les revenus dont dispose un ménage : c'est notamment le cas de la mise à la pension qui s'accompagne nécessairement d'une diminution des revenus liés à une activité professionnelle. Pour ces situations, prévues réglementairement, rien ne change et aucune période de référence n'est prévue : il est tenu compte des revenus actuels du ménage, c'est-à-dire les revenus tels qu'ils existent au moment de l'introduction de la demande. Il s'agit, par exemple, également de la situation de veuvage ou d'invalidité.

d. Octroi automatique

Dans le but de faciliter l'octroi du droit à l'intervention majorée de l'assurance et de simplifier ou de supprimer les démarches des assurés sociaux, les mutualités utilisent les données en leur possession. Ainsi, en ce qui concerne le bénéfice d'avantages sociaux permettant l'octroi automatique du droit à l'intervention majorée de l'assurance, la transmission électronique de ces données par les autorités compétentes se fait conformément aux modalités fixées conjointement par les organismes assureurs (O.A.), les autorités concernées, la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS) et les services concernés de l'INAMI. L'échange de données relatives aux revenus entre les différentes parties concernées (l'INAMI, les organismes assureurs et les mutualités) et l'Administration de la fiscalité des entreprises et des revenus est facilité dans le respect des règles de protection de la vie privée et conformément à l'avis rendu par la Commission de protection de la vie privée.

e. Demande et déclaration sur l'honneur

Hormis le cas où elle est octroyée automatiquement (voir point d.), pour bénéficier de l'intervention majorée de l'assurance, le ménage doit introduire une demande et souscrire une déclaration sur l'honneur relative aux revenus de chacun de ses membres. La déclaration sur l'honneur doit être accompagnée de tous les documents probants relatifs aux revenus y mentionnés. Sur cette base, ainsi que sur la base de documents en sa possession, la mutualité examine si le ménage satisfait aux conditions de revenus. Dans ce cas, le droit est ouvert à chaque membre du ménage, soit au titulaire, à son partenaire et à leurs personnes à charge.

f. Échange proactif de données (flux)

Dans le but d'atteindre le public cible aussi efficacement que possible, un mécanisme a été prévu de manière à permettre aux O.A. de repérer les bénéficiaires possibles parmi leurs affiliés et de les inviter à accomplir les démarches nécessaires : il s'agit de la constitution d'un flux proactif.

QU'EST-CE QUE CE FLUX PROACTIF ?

Le flux proactif est un nouvel échange de données dans le contexte de l'intervention majorée. L'innovation, c'est que les institutions de sécurité sociale concernées partent elles-mêmes activement à la recherche des bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée (I.M.). Ceci améliore l'accessibilité des soins de santé.

POURQUOI CE NOUVEAU FLUX ?


Le but de ce flux proactif est qu'avec l'INAMI, les mutualités forment, pour tous les assurés sociaux qui n'ont pour l'instant pas encore d'I.M. mais qui pourraient y prétendre, une recommandation quant à la probabilité que ces assurés remplissent les conditions de revenu. Cette recommandation est basée sur les revenus du ménage pour lesquels des informations sont demandées au SPF Finances.

COMMENT FONCTIONNE CE NOUVEAU FLUX ?

Pour identifier les bénéficiaires potentiels, les mutualités organisent un flux en collaboration avec l'INAMI et le SPF Finances.

○ Étape 1 - Enquête proactive auprès du SPF Finances

Pour les ménages avec un droit potentiel à l'I.M. mais sans droit effectif, l'INAMI demande au SPF Finances de vérifier, sur la base des revenus bruts imposables, s'ils remplissent les conditions de revenu.

 Les **personnes avec un droit potentiel** sont des assurés sociaux qui font partie d'un ménage dont tous les membres n'ont pas droit à l'intervention majorée.

Ménages non repris dans l'enquête proactive

Pour des considérations relatives à la proportionnalité et au respect de la vie privée, les ménages dont nous savons avec une grande certitude qu'ils ne remplissent pas les conditions de revenu ne sont pas inclus dans le circuit de l'enquête proactive sur les revenus menée auprès du SPF Finances. Ainsi les ménages qui se trouvent dans une des situations suivantes ne sont pas repris dans le fichier :

- un ménage qui, il y a moins de 5 ans, n'a pas donné suite à l'invitation de la mutualité d'introduire une demande de bénéfice d'intervention majorée
- le ménage pour lequel les bons de cotisations ont montré qu'un ou plusieurs membres du ménage disposent de revenus professionnels supérieurs au plafond d'application dans le cadre de ce chapitre pour un ménage composé de 2 bénéficiaires et 2 personnes à charge
- le ménage dont un des membres est inscrit à sa mutualité en qualité de titulaire résidant et dont un des 2 paie les cotisations les plus élevées
- le ménage dont un des membres a introduit il y a moins de 5 ans une déclaration sur l'honneur d'I.M. qui attestait que le ménage ne satisfaisait pas à la condition de revenu.

○ Étape 2 - Réponse du SPF Finances

Dans sa réponse, le SPF Finances communique via la BCSS les données relatives aux revenus de l'intéressé si les données demandées sont disponibles ou il précise, le cas échéant, que l'intéressé n'est pas un contribuable.

○ **Étape 3 - Calcul par l'INAMI et envoi à l'O.A.**

Dès qu'il a reçu les données fiscales, l'INAMI calcule les revenus du ménage pour tous les ménages figurant dans le fichier. Sur la base des résultats de ce calcul, il constate si un ménage a potentiellement droit à l'intervention majorée de l'assurance en fonction des revenus imposables connus. L'INAMI crypte les résultats de ce calcul. Il informe l'O.A. concerné du résultat de l'analyse, uniquement sous cette forme codée.

○ **Étape 4 - Information aux ménages**

Sur la base de ces informations, les O.A. doivent prendre contact avec chaque ménage ayant potentiellement droit à l'intervention majorée de l'assurance, à savoir les ménages dont le code indique que leurs revenus sont inférieurs au plafond de l'I.M., pour leur demander d'introduire une demande de bénéfice de l'intervention majorée.

g. Contrôle systématique annuel

Le contrôle annuel systématique de l'intervention majorée existait déjà avant l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation. Dans la période 2008-2013, le contrôle a été organisé séparément pour l'I.M. classique et pour le statut OMNIO.

Les règles relatives à l'organisation et aux conséquences de ce contrôle systématique annuel ont été précisées.

QUI EST CONTRÔLÉ ?

En principe, ce contrôle systématique annuel concerne tous les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance. Cependant, lors des travaux préparatoires de cette réforme et au cours des discussions qui se sont tenues à cet égard dans le groupe de travail "assurabilité" de l'INAMI, avec les différentes parties concernées dont les O.A., il est apparu que soumettre au contrôle systématique également les revenus des bénéficiaires pour lesquels le droit a été octroyé automatiquement à la suite du bénéfice d'un avantage social (et le contrôle des revenus effectué sur la base d'une autre réglementation) se révélait le plus souvent sans conséquence en ce sens que cela n'aboutit pas à un retrait plus rapide du droit à l'intervention majorée : l'exigence de ce contrôle systématique dans ces cas constitue une charge administrative supplémentaire dénuée d'effet. Pour cette raison, ces bénéficiaires ne sont pas repris dans le contrôle systématique annuel.

SUITE DONNÉE AU CONTRÔLE

Si, de ce contrôle, il apparaît que les revenus du ménage sont inférieurs au plafond applicable au moment de l'ouverture du droit à l'intervention majorée, le droit est alors prolongé pour une année civile en faveur du ménage concerné. Par contre, si de l'examen des informations fiscales, il ressort que le ménage concerné n'avait pas droit à l'intervention majorée pour l'année à laquelle elles se rapportent, le droit à l'intervention majorée expire au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI a transmis la liste à l'administration fiscale.

Il est également mis fin au droit si l'administration fiscale ne transmet pas d'information pour chaque membre du ménage. Enfin, le ménage concerné peut, à tout moment, introduire une nouvelle demande en souscrivant une nouvelle déclaration sur l'honneur conformément aux dispositions réglementaires en vigueur à ce moment : s'il apparaît qu'il satisfait aux conditions de revenus, le droit est à nouveau octroyé. Si la déclaration sur l'honneur est introduite avant le 1^{er} avril suivant la date de retrait de l'intervention majorée de l'assurance, celle-ci est octroyée sans interruption.

COMMENT FONCTIONNE LE CONTRÔLE ?

○ Étape 1

Chaque année, les O.A. envoient à l'INAMI, avant le 1^{er} avril, une liste des ménages qui, au 1^{er} janvier de l'année en question, ont droit à l'intervention majorée de l'assurance sur la base d'une enquête sur les revenus.

○ Étape 2

Le SCA de l'INAMI demande les données sur les revenus des différents membres des ménages au SPF Finances.

○ Étape 3

Le SPF Finances vérifie si la personne intéressée est un contribuable ou pas. Dans sa réponse, le SPF Finances communique via la BCSS les données relatives aux revenus de l'intéressé si les données demandées sont disponibles ou il précise, le cas échéant, que l'intéressé n'est pas un contribuable.

○ Étape 4

Le SCA procède à une recomposition des ménages et transmet la liste, avec les revenus y afférents, aux O.A. via le filtre du Collège intermutualiste national (CIN).

○ Étape 5

Les O.A. doivent réexaminer le droit à l'I.M. des ménages à l'aide des informations, éventuellement le prolonger et, si nécessaire, retirer le droit à l'I.M.

○ Étape 6

Avant le 1^{er} avril de l'année qui suit l'année au cours de laquelle le SCA a fourni la liste à l'administration fiscale et a transmis les informations fiscales à l'O.A., ce dernier communique au SCA la décision qu'il a prise quant à la prolongation ou au retrait du droit à l'intervention majorée. L'O.A. motive sa décision dans ce feed-back.

h. Évaluation

Compte tenu des nombreux changements résultant de cette réforme, une évaluation a été prévue. L'arrêté royal énumère les éléments qui doivent particulièrement faire l'objet d'une évaluation. C'est notamment le cas du flux proactif (voir point f.) dont il importe de mesurer l'efficacité avant de se prononcer sur son maintien et sa périodicité.

ÉVALUATION PAR LE SCA

Les échanges de données dans le cadre de l'intervention majorée réformée ont pour dernier objectif de permettre à l'INAMI d'évaluer la mesure. L'arrêté royal charge le SCA d'évaluer la mesure et d'assurer le suivi stratégique à l'aide d'analyses quantitatives. Cette évaluation vise en particulier la période de référence visée à l'article 18, le contrôle intermédiaire visé à l'article 36 et le flux de détection des bénéficiaires potentiels. En outre, l'incidence des réformes et certaines conséquences des choix opérés pour la définition de la composition du ménage et des conditions de revenu sont étudiées plus en détail.

DONNÉES NÉCESSAIRES POUR L'ÉVALUATION

Pour procéder à une évaluation pertinente, le Service a besoin d'assez de données correctes et aussi pertinentes sur l'intervention majorée. Or les informations provenant du flux proactif et du contrôle systématique ne constituent pas une base suffisante pour la collecte de données. C'est pourquoi l'échange d'un fichier global et de statistiques semestrielles a été mis au point.

Le **fichier global** constitue un “instantané” de tous les bénéficiaires de l'I.M. au 1^{er} janvier.

Il contient les informations suivantes :

- le numéro d'identification à la sécurité sociale (INSS)
- le domicile
- le droit à l'I.M.
- la composition de ménage
- l'état civil
- quelques valeurs calculées comme l'âge et le sexe.

Ces renseignements ajoutés aux données historiques sur l'I.M. constituent un bon point de départ pour évaluer la mesure et la réforme. Comme certains aspects de l'octroi et du contrôle du droit à l'I.M. relèvent des mutualités et qu'ils peuvent difficilement être repris dans un fichier annuel nominatif, les O.A. envoient aussi des **rapports semestriels agrégés** à l'INAMI, par exemple sur les déclarations sur l'honneur qui ne donnent finalement lieu à aucun droit ou sur le contrôle intermédiaire.

i. Pièces justificatives (flux de la BCSS) et avantages complémentaires

PIÈCES JUSTIFICATIVES SOUS FORMAT ÉLECTRONIQUE

L'échange de données sur l'intervention majorée découle aussi du souci, prioritaire pour le réseau de la BCSS, de limiter les formalités administratives. Cette automatisation est certainement axée sur les catégories de population les plus vulnérables. Dans le contexte de l'I.M., cette préoccupation se traduit de 2 façons :

- d'une part, par l'organisation d'un échange de données provenant d'attestations entre les institutions publiques de sécurité sociale lors de l'octroi du droit à l'I.M.
- d'autre part, par le soutien à l'octroi automatique de droits sociaux ou d'avantages complémentaires.

AVANTAGES COMPLÉMENTAIRES

Certains statuts au sein de la sécurité sociale (bénéficiaire du revenu d'intégration, personne atteinte d'un handicap, bénéficiaire de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées [qui remplace l'allocation d'intégration]) donnent parfois droit à un avantage complémentaire hors sécurité sociale (tarif social, exemption fiscale, etc.) C'est aussi le cas pour l'I.M. (VIPO, OMNIO, I.M. sur la base du revenu d'intégration, etc.) Les bénéficiaires de l'intervention majorée sont inclus dans le répertoire de la BCSS pour permettre à d'autres institutions de contrôler les droits automatiquement et d'octroyer des droits ou avantages complémentaires. On procède ainsi pour essayer de réduire, voire de supprimer les attestations papier dès maintenant.

3. Création du statut “maladie chronique”

La création d'un statut ‘maladie chronique’ est une des mesures reprises dans le cadre du Plan “Priorités aux malades chroniques”. La reconnaissance de ce “statut” s'inscrit dans la volonté d'aboutir à une accessibilité des soins de santé aussi générale et efficace que possible. En effet, l'objectif est d'aider les personnes atteintes de maladie chronique sévère à faire face à leurs coûts médicaux. Ainsi, il est établi que les assurés sociaux susvisés sont confrontés à un besoin en soins de santé important et répétitif, et cela de manière permanente.

a. Modèle développé par un groupe de travail

Afin d'identifier les futurs bénéficiaires de ce statut, l'INAMI a mis en place un groupe de travail composé :

- de représentants des associations de patients
- des organismes assureurs
- de l'INAMI, des SPF Santé Publique et Sécurité sociale.

Ce groupe de travail a élaboré un modèle basé principalement sur les dépenses en soins de santé répétées. L'idée d'établir une liste de maladies chroniques a été rejetée, le besoin en soins de santé ayant été jugé plus pertinent pour identifier le public cible.

b. Base légale

Ce statut a été instauré par la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé qui a, par ses articles 16 et 17, inséré un article 37vicies/1 dans la loi SSI. L'arrêté royal d'exécution a été promulgué le 15 décembre 2013 et produit ses effets rétroactivement au 1^{er} janvier 2013.

c. Comment obtenir ce statut ?

Il existe 3 manières d'obtenir ce statut, les 2 premières étant automatiques :

- **1^e** sur la base d'un critère financier, à savoir un montant minimum de dépenses de santé (300 EUR) sur une certaine durée (8 trimestres consécutifs) constituant 2 années civiles consécutives, pour démontrer la chronicité de la maladie et ne pas prendre en compte les "accidents de santé", par exemple, les personnes qui présentent des frais importants répétés sur une période plus ou moins longue (par exemple, après avoir subi un accident) sans pour autant souffrir d'une maladie chronique.

Il est tenu compte à la fois :

- du montant remboursé par l'assurance soins de santé obligatoire
- de l'intervention personnelle restant à charge de l'assuré social.

Il est effectivement prévu de ne tenir compte que des dépenses de santé pour lesquelles il y a une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, qu'elle soit totale ou partielle. Une évolution du statut en fonction des buts à atteindre et de l'évolution de la situation des patients atteints d'une maladie chronique est évidemment souhaitable. Ainsi, il n'est pas inenvisageable que des prestations de santé non encore prises en charge par l'assurance soins de santé obligatoire soient prises en considération à l'avenir parce qu'elles grèvent plus ou moins lourdement le budget du malade chronique. Il sera tenu compte des évolutions constatées sur le terrain afin de coller au mieux à la réalité vécue par ces patients. Une base légale souple permet d'adapter ou d'affiner les critères retenus et d'estimer si certains d'entre eux doivent être cumulés.

- **2^e** ce statut sera également octroyé aux bénéficiaires de l'actuel forfait malade chronique visé à l'article 37, § 16bis, 2^o de la loi SSI.
- **3^e** sur la base d'une attestation rédigée par un médecin-spécialiste, certifiant que le bénéficiaire souffre d'une maladie rare ou orpheline, les conditions du critère financier visé ci-dessus devant également être remplies. Les statuts octroyés sur la base des premier et second critères le sont pour une durée de 2 années civiles. Ensuite, ils sont prolongés annuellement, moyennant le respect de certaines conditions. En revanche, le statut octroyé sur la base du troisième critère l'est pour 5 ans, et peut ensuite être prolongé par périodes de 5 années également, moyennant le respect de certaines conditions.

d. Évaluation de ce statut

Le statut sera évalué par l'Observatoire des maladies chroniques après 1 année d'application. Les données permettant cette évaluation seront disponibles en 2015 ou 2016, et un premier bilan de l'opportunité des mesures ou l'opportunité d'éventuelles adaptations pourra déjà être tiré.

e. Amélioration de l'accessibilité des soins

Le statut améliorera de manière significative l'accessibilité aux soins car les droits suivants y sont, dès à présent, liés :

- le maximum à facturer pour malades chroniques, mesure promulguée par la loi-programme du 28 juin 2013 et qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Le maximum à facturer est une mesure d'accessibilité financière qui limite, par année civile, les frais de soins de santé à un montant maximum déterminé. Ce montant varie en fonction des revenus du ménage dont le bénéficiaire fait partie (MAF revenu) ou de la catégorie sociale dont il relève (MAF social, qui s'applique à la plupart des bénéficiaires de l'intervention majorée). Ce qui signifie que dès qu'un certain montant de dépenses est atteint au cours de l'année, les frais de soins de santé sont entièrement remboursés durant le reste de cette année, sans plus aucune intervention personnelle du bénéficiaire. Le maximum à facturer pour malades chroniques permet la diminution de 100 EUR du plafond des interventions personnelles lorsqu'un bénéficiaire du ménage concerné bénéficie du statut affection chronique au cours de l'année pour laquelle le droit au maximum à facturer est examiné.
- le tiers payant obligatoire pour les prestations qui seront déterminées par arrêté royal, mesure promulguée par la loi du 27 décembre 2012 précitée et qui entrera en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2015. Cet avantage est octroyé au seul bénéficiaire du statut affection chronique. Cependant, depuis le 1^{er} mai 2014, il est possible à un dispensateur de soins d'appliquer le régime du tiers payant pour les bénéficiaires du statut "maladie chronique".

4. Conclusion

Les 2 mesures visées ci-dessus ont pour but déclaré de faciliter l'accès aux soins, plus précisément d'accroître l'accessibilité financière. Notre système d'assurance soins de santé est efficace mais trop souvent encore, des études mettent en évidence des difficultés importantes résultant notamment du coût des soins de santé. Pour des assurés sociaux disposant de revenus modestes ou confrontés à une répétition de soins, l'exercice effectif du droit fondamental aux soins de santé se révèle compliqué.

Une évaluation de ces mesures et de leur efficacité est prévue. Il importe de constater si elles atteignent leurs objectifs et si elles doivent être adaptées. Par ailleurs, elles doivent évoluer afin de s'adapter aux nouvelles réalités du terrain. D'ores et déjà, l'on peut affirmer que la combinaison de ces mesures avec l'application du tiers payant contribue à garantir un accès aux soins de santé à chaque assuré social, quelle que soit sa santé, sa situation sociale ou financière.



Le nombre de travailleurs en incapacité de travail augmente dans la plupart des pays industrialisés, dont la Belgique.

La dernière étude de l'OCDE (2013) "Santé mentale et emploi Belgique" ainsi que le colloque "Invalidité et Emploi, Santé Mentale" organisé par l'INAMI le 25 avril 2014 ont montré que les problèmes de santé mentale sont l'une des principales causes d'incapacité de travail en Belgique. Notre pays dispose toutefois de très nombreuses possibilités pour remédier à cette situation. Pourtant, aujourd'hui, trop de travailleurs souffrant de maladie mentale perdent leur emploi, tombent dans le chômage et peinent à retrouver un emploi. Ils sont donc exposés à un risque accru de chômage de longue durée, de retrait définitif du marché du travail et d'un glissement vers le régime des prestations d'invalidité.

Par ailleurs, de nombreux demandeurs d'indemnités d'invalidité souffrant d'une pathologie mentale sont exclus du marché du travail et tombent trop rapidement et définitivement dans le piège de l'inactivité. Pour endiguer, dans la mesure du possible, les nouvelles demandes d'indemnités d'invalidité et pour aider les personnes qui sont en mesure de travailler à retrouver un emploi, il faudra :

- mieux évaluer les problèmes des demandeurs atteints de troubles mentaux, qui souffrent en général de maladies complexes, plurielles et chroniques, et mieux apprécier leur capacité de travail et leur besoin d'assistance
- renforcer le volet réinsertion professionnelle du système d'invalidité
- permettre aux prestataires d'indemnités d'invalidité de sortir du système en rendant le travail financièrement attractif et en prenant des mesures pour dissiper les craintes de perte des indemnités, en y associant des mesures de retour à l'emploi mieux ciblées et adaptées aux personnes en rupture avec le marché du travail.

Repenser la philosophie autour de l'incapacité de travail et l'approche de l'évaluation de l'incapacité de travail est l'objectif à atteindre.

S'engager dans des réformes structurelles à grande échelle n'est pas nécessaire, mais le besoin est urgent d'une meilleure application de l'intervention rapide et proactive (ce que permet aujourd'hui déjà la législation) et d'une plus grande coopération et coordination entre les différentes institutions et acteurs de terrains impliqués : médecins traitants, médecins-conseils, employeurs et services de ressources humaines, médecins du travail, représentants des travailleurs, centres de réadaptation professionnelle, organismes régionaux pour l'emploi et pour l'handicap, etc.

III. Santé mentale et travail

1. Situation de l'incapacité de travail en Belgique

À l'échelon international, l'incapacité de travail est considérée comme une des problématiques clés de la sécurité sociale et de l'évolution du marché du travail. Le nombre de travailleurs en incapacité de travail augmente dans la plupart des pays industrialisés, dont la Belgique.

Au 31 décembre 2013, 321.000 personnes perçoivent des indemnités d'invalidité en Belgique. Cela représente environ 4,5 % de la population entre 15 et 64 ans. Cette tendance à la hausse est également observée pour l'incapacité de travail primaire : de 344.492 unités en 2004, on atteint 399.075 unités en 2010.

La ventilation du nombre d'invalides par groupe de maladies fait notamment ressortir une progression marquée du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux. Cette catégorie a augmenté de 88 % depuis 2000, pour s'établir à près de 109.000 à la fin 2013, représentant le groupe le plus important d'invalides.

2. Rôle du Service des indemnités de l'INAMI

Une des missions de base du Service des indemnités de l'INAMI consiste à développer ses connaissances scientifiques et statistiques sur l'incapacité de travail.

Dans le cadre de son contrat d'administration actuel (2013-2015), l'INAMI prévoit :

- d'utiliser les outils disponibles pour acquérir des connaissances et soutenir les décideurs politiques
- d'approfondir les facettes de l'incapacité de travail encore trop peu connues (par exemple la santé mentale, la qualité de l'évaluation médicale, etc.).

L'INAMI souhaite également inclure de manière permanente les outils de connaissance dans une stratégie globale. Le Comité de gestion du Service des indemnités a fixé un programme de recherches pour l'année 2014, dont une étude concernant les possibilités de réinsérer des personnes atteintes de troubles mentaux.

3. Santé mentale

La dernière étude de l'OCDE (2013) "Santé mentale et emploi Belgique" ainsi que le colloque "Invalidité et Emploi, Santé Mentale" organisé par l'INAMI le 25 avril 2014 ont montré que les problèmes de santé mentale sont l'une des principales causes d'incapacité de travail en Belgique. Notre pays dispose toutefois de très nombreuses possibilités pour remédier à cette situation. Dans ce domaine, la prévention (primaire et secondaire) joue un rôle essentiel. Dès l'instant où un retour à l'emploi (même partiel) s'avère envisageable, la réinsertion professionnelle rapide constitue un outil fondamental dans la gestion de l'incapacité de travail.

Dans son étude, l'OCDE constate que la Belgique dispose d'une réglementation progressiste en matière de prévention des problèmes de santé mentale sur le lieu de travail, que les systèmes d'incapacité de travail et de chômage sont étroitement liés, mais que ce potentiel n'est pas suffisamment exploité pour garder sur le marché de l'emploi les personnes atteintes de troubles mentaux.

Elle propose notamment de développer ce potentiel :

- en encourageant la collaboration entre les acteurs de l'assurance soins de santé et de l'aide à l'emploi
- en favorisant de manière expérimentale la collaboration entre ces instances dans le cadre de trajets de soins, en étroite collaboration avec les spécialistes de la médecine du travail
- en sensibilisant les employeurs au problème.

L'INAMI a conclu des protocoles de collaboration avec les offices régionaux de l'emploi comme le VDAB en région flamande, le Forem et l'Awiph en région wallonne, et Actiris, Bruxelles Formation, le VDAB et Phare dans la région de Bruxelles-Capitale. Ces protocoles de collaboration offrent un cadre institutionnel permettant d'apporter une solution.

Pour un vaste groupe cible de personnes atteintes de problèmes médicaux ou de troubles mentaux, psychiques (stress, dépression, troubles de la personnalité, phobies, crises d'angoisse, ...) et psychiatriques (psychoses, névroses, ...), il convient d'étudier les possibilités offertes par divers programmes de réadaptation professionnelle, plus spécifiquement par la méthode IPS (placement et soutien individuels). L'importance d'accompagner le patient sur son lieu de travail, et la nécessité d'impliquer davantage le patient (prise de décision partagée) et ses collègues a été mise en avant.

4. Synthèse de l'analyse de l'OCDE

Deux rapports récents de l'OCDE (2012 et 2013) permettent d'embrasser la problématique de la santé mentale et de sa relation avec le travail. La synthèse des éléments principaux de ces documents permettent de poser un cadre de réflexion actuel et pragmatique.

a. La santé mentale : un nouveau défi prioritaire pour le marché du travail

Les coûts d'une mauvaise santé mentale pour les personnes concernées, les employeurs et la société au sens large sont énormes. Selon une estimation prudente de l'Organisation internationale du travail, ils représentent 3 à 4 % du produit intérieur brut dans l'Union européenne. La plupart de ces coûts se situent en dehors du secteur de la santé. La maladie mentale est à l'origine de pertes considérables de main-d'œuvre potentielle, de taux de chômage élevés, d'une forte incidence de l'absentéisme pour maladie et d'une moindre productivité au travail. Elle conduit trop de jeunes à quitter le marché du travail ou à ne jamais vraiment y entrer parce qu'ils sont aiguillés très tôt vers le régime d'invalidité. Aujourd'hui, entre un tiers et la moitié des nouvelles demandes d'indemnités d'invalidité sont imputables à des troubles mentaux. Cette proportion dépasse 70 % chez les jeunes adultes.

La mauvaise santé mentale est une question complexe à analyser. Les éléments d'appréciation disponibles sur la maladie mentale et ses liens avec le travail sont parcellaires. Beaucoup de facteurs importants restent inconnus ou mal compris. Les opinions erronées sont nombreuses en raison de la honte qui se rattache à la maladie mentale et aux peurs multiples que suscitent les personnes qui en sont atteintes, dans la société comme au travail.

Les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont trop souvent évincées du marché du travail et ont besoin d'aide pour trouver un emploi durable. Néanmoins, la plupart des personnes touchées par des troubles mentaux courants ont un emploi mais éprouvent des difficultés dans leur travail. Elles ne reçoivent ni traitement ni aide au travail et sont donc exposées à un risque élevé de perdre leur emploi et d'être définitivement exclues du marché du travail. Par conséquent, l'action publique devra être réorientée dans différentes directions :

- des troubles mentaux graves vers les troubles courants et infracliniques
- des personnes inactives vers les personnes exerçant un emploi
- de la réaction à la prévention des problèmes.

b. Les problèmes de santé mentale sont très répandus, mais leur prévalence n'augmente pas

Les troubles mentaux désignent une maladie mentale qui atteint le seuil d'identification clinique permettant de poser un diagnostic d'après les systèmes de classification en psychiatrie. Les données épidémiologiques et cliniques montrent clairement que la prévalence des troubles mentaux est élevée :

- environ 20 % de la population d'âge actif dans un pays moyen de l'OCDE souffre de troubles mentaux au sens clinique du terme
- les taux de prévalence sont supérieurs chez les jeunes adultes, les femmes et les personnes ayant un faible niveau d'études. Le taux de prévalence à 12 mois est encore plus élevé, et selon plusieurs études, la prévalence au cours de la vie avoisine les 50 %. Le risque est donc élevé, pour chacun d'entre nous, de connaître des problèmes de santé mentale à un moment ou à un autre de sa vie professionnelle
- la prévalence des troubles mentaux n'augmente pas. De nombreuses données empiriques épidémiologiques et cliniques montrent que les taux de prévalence étaient déjà très élevés il y a de cela plusieurs décennies. Néanmoins, les cas de troubles mentaux sont aujourd'hui plus nombreux à être détectés et divulgués, grâce au recul progressif des préjugés et de la discrimination, à une meilleure sensibilisation du public à cette question et à la modernisation des moyens et instruments d'évaluation (et notamment à l'amélioration des services psychiatriques).

c. Pourquoi les troubles mentaux semblent poser plus de problèmes sur le marché du travail qu'auparavant ?

Dans une certaine mesure, la meilleure sensibilisation aux problèmes de santé mentale va visiblement de pair avec l'idée que les personnes qui en sont victimes sont moins capables de travailler. Ainsi, cette prise de conscience se traduit principalement par un surcroît d'exclusion du marché du travail.

Parallèlement, les aptitudes exigées au travail augmentent ou évoluent. Les aptitudes cognitives et relationnelles demandées sont plus importantes, ce qui rend la tâche plus difficile pour les personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale. Pour mieux comprendre ces tendances, il convient de mieux connaître la situation des personnes souffrant de troubles mentaux, les répercussions de ces troubles sur l'efficacité et la capacité de travail, les changements sur le marché du travail, la relation entre santé mentale et emploi et l'incidence des institutions, systèmes et politiques.

d. La plupart des troubles mentaux sont des troubles modérés ou courants

- Les troubles mentaux graves sont relativement rares.
- La plupart des troubles mentaux sont mineurs ou modérés et sont alors fréquemment qualifiés de "troubles mentaux courants" (TMC).
- Les troubles de l'humeur (dépression), les troubles névrotiques (anxiété) et ceux liés à la consommation de drogues sont de loin les TMC les plus fréquents.
- Cependant, toutes ces affections peuvent s'aggraver au point de devenir des troubles mentaux graves (TMG).
- En général, les trois quarts des personnes qui connaissent des problèmes de santé mentale souffrent d'un TMC et un quart d'un TMG.

La principale différence est qu'un TMC est moins handicapant et, par conséquent, plus facile à gérer par l'individu concerné et la société au sens large. Néanmoins, certains symptômes de TMC peuvent réduire considérablement les capacités professionnelles. **L'un des principaux défis est donc d'empêcher qu'un problème de santé mentale de niveau infraclinique ne dégénère en TMC chronique et handicapant.**

e. Les problèmes de santé mentale apparaissent très tôt dans la vie

- L'âge médian d'apparition des troubles mentaux, tous types confondus, est d'environ 14 ans
- 75 % de toutes les maladies se sont déclarées à l'âge de 24 ans.

Les troubles anxieux se manifestent particulièrement tôt dans la vie. Ceux liés à la consommation de drogues apparaissent généralement dans la jeunesse, tandis que les premières manifestations des troubles de l'humeur sont plus étalées dans le temps et concernent davantage la trentaine et la quarantaine.

L'apparition précoce des maladies mentales a d'importantes conséquences en termes de politique publique. Il est très fréquent que les troubles mentaux ne soient pas décelés, révélés ou traités chez les adolescents et les jeunes adultes. Le délai avant la première prise en charge d'une maladie mentale est de 12 ans en moyenne. Les troubles mentaux cachés à un si jeune âge ont des effets délétères car ils conduisent à de mauvais résultats scolaires et à un abandon prématuré de la scolarité, ce qui a des conséquences négatives sur la vie active.

f. Beaucoup de troubles mentaux sont chroniques et pluriels

De nombreux troubles mentaux sont persistants et affichent des taux de récurrence élevés. Ainsi, la récurrence des épisodes dépressifs varie de 40 % à 80 %, même avec un traitement médical. Plus un trouble mental est chronique, plus il est invalidant et hypothèque l'intégration sur le marché du travail.

De même, il est fréquent que plusieurs troubles mentaux coexistent, parfois également avec des troubles physiques.

En raison de leur prévalence élevée, le coût total des TMC pour la société est supérieur à celui des TMG, compte tenu de l'ensemble des coûts pour le système de santé, le régime de sécurité sociale et les employeurs. En effet, les coûts directs pour le système de santé ne représentent qu'une infime partie des coûts totaux induits par les maladies mentales et sont notamment bien inférieurs à ceux liés aux pertes de productivité.

Les TMC lorsqu'ils s'inscrivent dans la durée ou deviennent récurrents, peuvent entraîner d'importantes incapacités qui se répercutent négativement sur le fonctionnement au travail.

Les données réunies sur le traitement et les conséquences des maladies mentales concernent souvent les TMG. Il convient de rassembler beaucoup plus d'informations sur la vaste catégorie des personnes souffrant de TMC, en ce qui concerne tant leur devenir professionnel que les mesures susceptibles de l'améliorer.

g. Le trouble mental est un frein à l'emploi, l'emploi est bénéfique à la santé mentale

- Le taux d'emploi des personnes atteintes de TMC est compris entre 60 % et 70 %, soit 10 à 15 points de moins que les personnes qui n'en souffrent pas. Ce taux d'emploi semble élevé, mais au regard de l'importance de cette catégorie, cet écart traduit une perte majeure pour l'économie, pour les individus concernés ainsi que leurs familles.
- Le taux d'emploi correspondant des personnes ayant des TMG est de l'ordre de 45 % à 55 %.

Beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux veulent travailler mais ne trouvent pas d'emploi. Le chômage est un problème lancinant :

- les personnes ayant des TMG ont 6 à 7 fois plus de risques d'être sans emploi que celles en bonne santé, contre 2 à 3 fois plus de risques pour les individus souffrant de TMC
- les personnes souffrant de TMG sont très touchées par le chômage de longue durée (en pourcentage du chômage total), ce qui induit un fort risque de découragement et de retrait du marché du travail
- les personnes souffrant TMC ne sont pas davantage concernées par le chômage de longue durée que la population en général, signe qu'elles sont autant capables de trouver un emploi que n'importe quel autre chômeur, mais aussi qu'elles perdent souvent leur emploi plus rapidement : elles ont plus de mal à garder leur emploi que l'ensemble de la population.

Il convient également de souligner que le chômage est en soi très préjudiciable à la santé mentale. C'est surtout en début de période de chômage que les risques sont les plus élevés en raison du choc causé par l'entrée dans le chômage. Puis succède une phase d'adaptation à la situation, précédée d'une aggravation si le chômage se prolonge.

Dans le même ordre d'idées, des données révèlent que les personnes souffrant de troubles mentaux qui trouvent un emploi enregistrent une nette amélioration de leur état.

h. Le travail est propice à la santé mentale, mais pas à n'importe quelle condition

- Les emplois de mauvaise qualité peuvent être néfastes.
- Les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus susceptibles que les autres d'occuper un emploi qui cadre mal avec leurs compétences et ont une plus grande probabilité d'exercer un emploi peu qualifié (travail administratif, emplois des services et de la vente, petits métiers).

Cette situation est problématique parce que ces emplois associent, plus souvent que dans d'autres professions, exigences cognitives élevées et faible latitude décisionnelle – une combinaison susceptible de générer une situation de tension au travail, c'est-à-dire un stress professionnel malsain, qui est un facteur reconnu de mauvaise santé mentale.

i. La mauvaise santé mentale induit de lourdes pertes de productivité

- Les travailleurs atteints de troubles mentaux sont absents de leur travail pour raisons de santé plus souvent que les autres et leur absence dure plus longtemps
- Toutefois, de nombreux travailleurs atteints de troubles mentaux ne prennent pas de congé pour maladie mais continuent de travailler en étant moins efficaces.

De par leur ampleur, ces pertes de productivité soulignent l'importance de mener des actions de suivi et de gestion des maladies. Néanmoins, cette approche ne suffit pas car elle implique que les mesures d'intervention et de soutien sont souvent trop tardives :

- les travailleurs atteints de troubles mentaux ont 50 % de risques supplémentaires de perdre involontairement leur emploi et 30 % de risques supplémentaires de le quitter volontairement.

j. L'emploi est le meilleur garant de revenus satisfaisants

Le travail joue également un rôle important comme source de revenus. Les personnes souffrant de troubles mentaux qui occupent un emploi perçoivent en général des revenus équivalents à la moyenne.

Néanmoins, elles n'ont pas toutes un emploi. Par conséquent, le revenu des personnes atteintes de TMC représente environ 90 % du revenu de celles en bonne santé mentale, contre seulement 60 % à 80 % pour celles souffrant de TMG, avec en corollaire un risque supérieur de pauvreté.

50 % des personnes inactives en âge de travailler et souffrant de troubles mentaux perçoivent des indemnités d'invalidité. L'autre moitié est titulaire d'autres prestations.

Les données relatives aux nouveaux inscrits aux régimes d'invalidité montrent que les individus souffrant de troubles mentaux ont des liens plus distendus avec le marché du travail au moment de leur demande que les bénéficiaires ayant d'autres problèmes de santé :

- l'absence d'identification et d'action dans les systèmes "en amont" peut expliquer pourquoi les mesures de retour à l'emploi destinées aux titulaires de prestations d'invalidité souffrant de troubles mentaux sont généralement moins efficaces que pour d'autres bénéficiaires.

k. Pour le régime d'invalidité, le défi consiste, d'une part, à identifier le trouble mental et, d'autre part, à prendre les bonnes mesures pour évaluer la capacité de travail, les besoins et l'aide à apporter

Les demandeurs présentant des troubles mentaux sont trop facilement catalogués comme incapables de travailler. Le plus souvent, ils se voient admettre immédiatement au bénéfice intégral des indemnités. Lorsqu'on leur octroie initialement des indemnités temporaires, leur statut n'est pas réévalué mais est converti en invalidité permanente. Leurs demandes sont moins souvent rejetées et ils ont moins de probabilités de quitter le régime d'invalidité si leur état de santé s'améliore ou s'ils trouvent un emploi.

Pour toutes ces raisons, les pouvoirs publics ne s'emploient pas suffisamment à aider cette catégorie de demandeurs à conserver un emploi ou à en retrouver un. Par conséquent, les recommandations de l'OCDE concernant la réforme du système d'indemnités d'invalidité sont très pertinentes pour les demandeurs souffrant de troubles mentaux : les politiques publiques doivent veiller davantage au maintien des personnes sur le marché du travail et empêcher qu'elles entrent à vie dans un régime d'invalidité.

La question de la communication des raisons qui motivent une demande d'indemnités fait partie intégrante des défis que rencontre tout système d'indemnisation :

- en premier lieu, les personnes souffrant de troubles mentaux ignorent souvent leur état, ce qui est très fréquent pour les troubles de la personnalité
- en second lieu, même si elles en sont informées, elles choisissent souvent de ne pas en parler, en grande partie à cause de la stigmatisation et de la discrimination qui s'attachent à la maladie mentale et des mauvaises expériences du passé.

L'objectif des pouvoirs publics doit alors être d'influer sur les systèmes et sur les pratiques des employeurs de sorte que la divulgation des troubles mentaux procure plus d'avantages (la perspective d'une aide adaptée) que d'inconvénients (discrimination et risque de licenciement). Il s'agit d'aider les personnes concernées à gérer les informations qui les concernent de manière à obtenir des aides suffisantes tout en évitant l'injustice de la discrimination qui accompagne trop facilement la publication d'un diagnostic.

Au moment de leur demande d'indemnités d'invalidité, les personnes sont vraisemblablement désireuses d'évoquer leur maladie mentale si elles en sont informées. Néanmoins, cette étape arrive très tardivement dans le processus, à un moment où, par exemple, les programmes de retour à l'emploi ont peu de chances d'être efficaces. Pour être utiles, ces trajets doivent être mis en œuvre beaucoup plus tôt, dans l'idéal au premier congé maladie de longue durée pour des raisons de mauvaise santé mentale et lorsque la motivation au travail est importante.

l. Le faible taux de traitement constitue un défi fondamental pour le système de santé mentale

La connaissance et la divulgation des problèmes de santé mentale constituent également un enjeu essentiel pour le système de santé mentale. Les personnes qui ignorent leur maladie et/ou qui ne souhaitent pas en parler solliciteront rarement des conseils et une prise en charge par un médecin. Il s'ensuit que 80 % des personnes souffrant de TMC ne reçoivent aucun traitement. C'est un pourcentage très élevé, même si un certain nombre d'entre elles n'ont peut-être pas besoin d'être traitées.

m. L'offre d'un traitement adapté suppose de clarifier le rôle des médecins généralistes

L'absence relative de traitement approprié est une fois encore à mettre en relation avec les questions de sensibilisation et de divulgation. Les personnes qui sollicitent une aide se tournent principalement vers un médecin généraliste. Or, ceux-ci ne sont généralement pas suffisamment formés et qualifiés pour prendre en charge les pathologies mentales, fort complexes, alors même que le taux de prévalence des troubles mentaux chez leurs patients est élevé. Il leur faudra en outre se faire à l'idée que l'absence pour cause de maladie, c'est-à-dire le fait de prescrire du "repos", constitue rarement la bonne réponse en cas de trouble mental et risque même de s'avérer préjudiciable au patient.

Une orientation plus efficace des patients suppose un système de soins de santé mentale qui tienne compte des besoins des généralistes et qui soit en mesure de fournir rapidement le soutien nécessaire.

n. Nouvelles orientations pour les politiques de la santé mentale et de l'emploi

Les responsables de l'action publique peuvent et doivent répondre plus efficacement aux défis concernant l'intégration sur le marché du travail des personnes souffrant de maladies mentales. Leur action doit évoluer pour accorder plus de place aux 3 volets suivants :

- les troubles mentaux courants et infracliniques
- les troubles concernant les personnes qui ont un emploi et celles qui sont sans emploi
- la prévention plutôt que la réaction face aux problèmes.

Deux impératifs ressortent :

- intervenir au bon moment
- mieux coordonner les interventions.

L'apparition précoce de la plupart des troubles mentaux exige que soient abordées différemment la prévention et l'intervention dès les premiers stades. Dans la plupart des cas, il sera beaucoup trop tard pour intervenir si l'on a attendu que le patient demande une indemnité d'invalidité. Du fait de la complexité du système, l'amélioration de la situation passe par un décloisonnement et par l'intégration des services spécialisés et professionnels dans les traitements de première intention.

o. Une intervention précoce à différents stades

INTERVENTION PENDANT L'ADOLESCENCE

- Par la prévention des troubles mentaux chez les adolescents scolarisés ou en apprentissage, associée à une intervention précoce et à une orientation vers des services spécialisés le cas échéant.
- Par une intervention précoce et ferme lorsqu'un élève présente des troubles du comportement, pour éviter le décrochage.
- En améliorant le niveau d'instruction des jeunes qui quittent prématurément l'école, qui sont particulièrement exposés au risque de connaître des problèmes de santé mentale, par l'apprentissage ou des programmes d'école de la seconde chance.
- En aidant les jeunes qui souffrent de troubles mentaux à passer de l'adolescence à l'âge adulte, et de l'enseignement obligatoire à l'enseignement supérieur, puis à l'emploi.

INTERVENTION AU TRAVAIL

Le lieu de travail est une cible privilégiée de la politique de santé mentale en vue d'améliorer l'intégration de ces personnes sur le marché du travail :

- en garantissant d'une part des conditions de travail de qualité qui évitent la tension au travail, et d'autre part de bonnes pratiques de gestion, pour empêcher l'apparition de problèmes de santé mentale d'origine professionnelle et minimiser les pertes de productivité induites par ces problèmes
- par un suivi systématique des congés de maladie pour déceler au plus tôt les absences de longue durée ou répétées et y apporter une aide adéquate immédiate au maintien au travail
- en aidant les employeurs à éviter les licenciements motivés par des problèmes de santé mentale au moyen d'incitations, d'informations et d'un soutien adéquats.

INTERVENTION LORS DE LA RECHERCHE D'EMPLOI

Aujourd'hui, trop de travailleurs souffrant de maladie mentale perdent leur emploi, tombent dans le chômage et peinent à retrouver un emploi. Ils sont donc exposés à un risque accru de chômage de longue durée, de retrait définitif du marché du travail et de glissement vers le régime des indemnités d'invalidité. Qui plus est, de nombreux demandeurs d'emploi de longue durée développent des pathologies mentales, ce qui génère un cercle vicieux. Les services de l'emploi doivent apporter une réponse appropriée à ce problème :

- s'efforcer d'identifier systématiquement les demandeurs d'emploi, et notamment ceux de longue durée, qui souffrent de problèmes de santé mentale, et évaluer leur capacité de travail et l'aide dont ils ont besoin
- coopérer avec les employeurs pour aider les demandeurs d'emploi souffrant de maladie mentale à trouver un emploi
- axer les services de retour à l'emploi sur les personnes en congé maladie de longue durée (ou sur les bénéficiaires d'indemnités pour longue maladie) à cause d'un problème de santé mentale
- améliorer l'efficacité des services de soutien au travers une politique basée sur des expériences probantes, et améliorer l'évaluation des résultats.

INTERVENTION LORS DE LA DEMANDE D'INDEMNITÉS D'INVALIDITÉ

De nombreux demandeurs d'indemnités d'invalidité souffrant d'une pathologie mentale sont exclus du marché du travail et tombent trop rapidement et définitivement dans le piège de l'inactivité. Pour endiguer, dans la mesure du possible, les nouvelles demandes d'indemnités d'invalidité et pour aider les bénéficiaires qui sont en mesure de travailler à retrouver un emploi, il faudra :

- mieux évaluer les problèmes des demandeurs atteints de troubles mentaux, qui souffrent en général de maladies complexes, plurielles et chroniques, et mieux apprécier leur capacité de travail et leur besoin d'assistance
- renforcer le volet réinsertion professionnelle du système d'invalidité
- permettre aux prestataires d'indemnités d'invalidité de sortir du système en rendant le travail financièrement attractif et en prenant des mesures pour dissiper les craintes de perte des indemnités, en y associant des mesures de retour à l'emploi mieux ciblées et adaptées aux personnes en rupture avec le marché du travail.

p. Un soutien coordonné à tous les stades

Les principaux défis stratégiques et la nature des interventions et des aides requises à différents stades du cycle de vie professionnelle sont structurellement similaires. Ils impliquent une meilleure intégration des services avec la participation d'un large éventail d'acteurs et de systèmes pour travailler ensemble, partager des informations sur les clients et s'adresser mutuellement des clients. Des aides appropriées, opportunes et coordonnées supposent coopération et coordination – à différents moments et de différentes manières – des services de l'emploi et de santé, des établissements d'enseignement et des autorités responsables des indemnités. L'intégration d'approches et de services qui fonctionnent souvent isolément les uns des autres nécessitera l'harmonisation des objectifs et des incitations des différents systèmes pour aider les personnes souffrant de troubles mentaux. À plus long terme, toutes les parties prenantes tireront profit de l'existence d'aides intégrées et efficaces et de la réduction des dysfonctionnements qui entravent la prestation de services appropriés.

Les services de santé en particulier sont souvent isolés par rapport aux autres systèmes, et, de ce fait, ne peuvent prendre de manière suffisante en considération le volet emploi, alors même qu'il est établi que le travail est bénéfique à la santé mentale et constitue une composante essentielle d'une stratégie de prise en charge plus large.

La solution réside probablement dans la manière dont les programmes sont coordonnés. Certaines approches sont prometteuses, notamment celle qui consiste à permettre aux services de

santé mentale d'engager directement un spécialiste de l'emploi qui pourra aider les clients à obtenir et à conserver un emploi, ou encore à instaurer un partenariat officiel entre services de la santé et services de l'emploi, pour proposer un nouveau service conjoint regroupant l'emploi et le maintien de la personne dans le système éducatif en vue de sa réinsertion sociale et professionnelle.

La prévalence élevée des troubles mentaux chez les enfants, les travailleurs et les chômeurs signifie également que plusieurs protagonistes, en dehors de la sphère spécialisée du traitement des problèmes de santé mentale, ont un rôle essentiel à jouer. Les enseignants, responsables hiérarchiques, agents des services publics de l'emploi et médecins généralistes jouent un rôle clé pour apporter une réponse originale aux problèmes de santé mentale et aux défis qu'ils posent en termes d'emploi. Ces professionnels doivent être mieux sensibilisés aux troubles mentaux et mieux formés pour jouer leur rôle et améliorer ainsi les résultats sur le plan de l'emploi. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient psychiatres, mais ils doivent être habilités à aider les élèves, travailleurs, demandeurs d'emploi ou patients, à fournir des soins de meilleure qualité et à coopérer systématiquement avec des spécialistes le cas échéant.

4. Action soutenue par le Service des indemnités de l'INAMI

La réinsertion professionnelle pour une personne en incapacité de travail

a. Maintenir l'insertion sociale et professionnelle

Le Comité de gestion de l'Assurance Indemnités des Travailleurs Salariés a adopté une proposition du Conseil technique médical et de la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalité concernant la distinction de différents trajets de réinsertion sociale pour une personne en incapacité de travail. Ces trajets de réinsertion constituent des outils à disposition du médecin-conseil en fonction du pronostic concernant les possibilités de retour au travail.

Le premier objectif est de maintenir l'insertion professionnelle de la personne. Les paramètres suivants doivent retenir l'attention des intervenants.

b. Prescrire l'incapacité de travail

Les médecins traitants devront évaluer la prescription de l'incapacité de travail dans le cadre du traitement du trouble mental. Ils devront en limiter la durée autant que possible et établir un plan de traitement qui comprend la perspective d'un retour au travail.

c. Évaluer l'incapacité et choisir la stratégie de retour au travail

DÉTECTER LES CAS À RISQUE

Toutes les personnes en incapacité pour trouble mental ne sont pas à risque de désinsertion socioprofessionnelle. Les recommandations de méthodes d'évaluation élaborées par le Conseil technique médical auprès du Service des indemnités proposeront des critères qui doivent permettre de détecter quelles sont les personnes qui auront besoin d'un accompagnement actif. L'âge de la personne, son genre, son statut marital et son niveau de formation sont des variables retrouvées dans la littérature, comme prédictifs du retour au travail. Les antécédents d'incapacité pour troubles mentaux et la perception que la personne a de son état de santé et de sa perspective de retour au travail sont d'autres facteurs.

INTERVENIR AU PLUS TÔT

Une intervention précoce auprès de la personne est conseillée. Plus l'incapacité se prolonge, plus le risque de déconditionnement s'élève. Elle a pour objectif de poser rapidement un pronostic quant à la reprise du travail et d'élaborer immédiatement une stratégie de retour vers l'emploi. Ce pronostic conditionne le trajet de réinsertion qui sera privilégié.

ÉLABORER DES STRATÉGIES DE RETOUR VERS LE TRAVAIL

○ Retour vers le poste de travail

C'est l'objectif qui a le meilleur pronostic. Le retour au travail chez le même employeur est la meilleure garantie de maintien de l'insertion sociale. Dès lors, il est essentiel pour le médecin-conseil aidé par des collaborateurs spécifiquement formés, d'identifier tous les obstacles pour le retour à l'emploi.

○ Retour vers une autre profession de référence

Dans les cas où le retour vers le poste de travail est impossible, le médecin-conseil évaluera la capacité de la personne à exercer une profession "qu'elle a ou aurait pu exercer du fait de sa formation et de sa carrière professionnelles".

Si une remise à niveau ne s'avère pas nécessaire, le patient ayant gardé ses compétences professionnelles : le médecin-conseil envisagera de reclasser le travailleur chez son employeur habituel avec la collaboration du médecin du travail. La visite de préreprise sera un outil idéal. Éventuellement, si le reclassement chez l'employeur est impossible, le médecin-conseil devra mettre fin à l'incapacité de travail et inviter la personne à s'inscrire à l'Onem et à s'adresser aux services du VDAB en Flandres, du Forem en Wallonie ou d'Actiris à Bruxelles, à la recherche d'un emploi.

Si une action de mise à jour des compétences est nécessaire : le médecin-conseil entamera le processus de réhabilitation professionnelle. Ce processus débutera aussi tôt que possible. Dans le cas où l'incapacité est pronostiquée de longue durée, ce processus se déroule dans le cadre de l'incapacité de travail. Par contre, si l'incapacité n'est plus justifiée sur le plan médical, le médecin-conseil mettra fin à l'indemnisation.

○ Acquisition d'une nouvelle formation

Si la personne n'est plus apte à aucune de ses professions de référence, le médecin-conseil évaluera avec elle la possibilité d'une réorientation professionnelle éventuellement après un examen de réorientation. Avec l'accord de la personne, il introduira auprès de l'INAMI une demande d'intervention pour financer la formation dans le nouvel emploi. La réorientation répond à la définition d'acquisition de compétences nouvelles. Ceci signifie que lorsqu'une personne, durant une longue période, n'a pas exercé une profession qu'elle a apprise, il est possible qu'elle ait besoin d'une réorientation dans cette ancienne profession, dont elle a gardé le titre d'accès mais qui a tellement évolué, qu'elle nécessite, entièrement ou presque, de nouvelles compétences.

○ Travail volontaire

Lorsqu'il n'existe plus de possibilité de reprise de travail ni de réorientation professionnelle, le médecin-conseil peut conseiller une activité volontaire dans le but de maintenir l'insertion sociale à un degré aussi élevé que possible.

5. Conclusions

Le maintien de l'insertion socioprofessionnelle ou la réinsertion socioprofessionnelle de personnes souffrant de troubles mentaux exigent du médecin-conseil une action précoce et soutenue, mobilisatrice de moyens qui ne sont pas entièrement de sa compétence.

La réforme en cours de toute l'organisation des missions du médecin-conseil ambitionne de lui fournir ces moyens.

Empathie, collaboration avec toutes les parties, information et accompagnement de la personne sont, en l'état actuel des connaissances, des outils plus efficaces que le contrôle et la décision imposée.

EN GUISE DE CONCLUSION GÉNÉRALE

La Belgique offre une structure prometteuse pour relever les défis dans le domaine de la santé mentale et du travail :

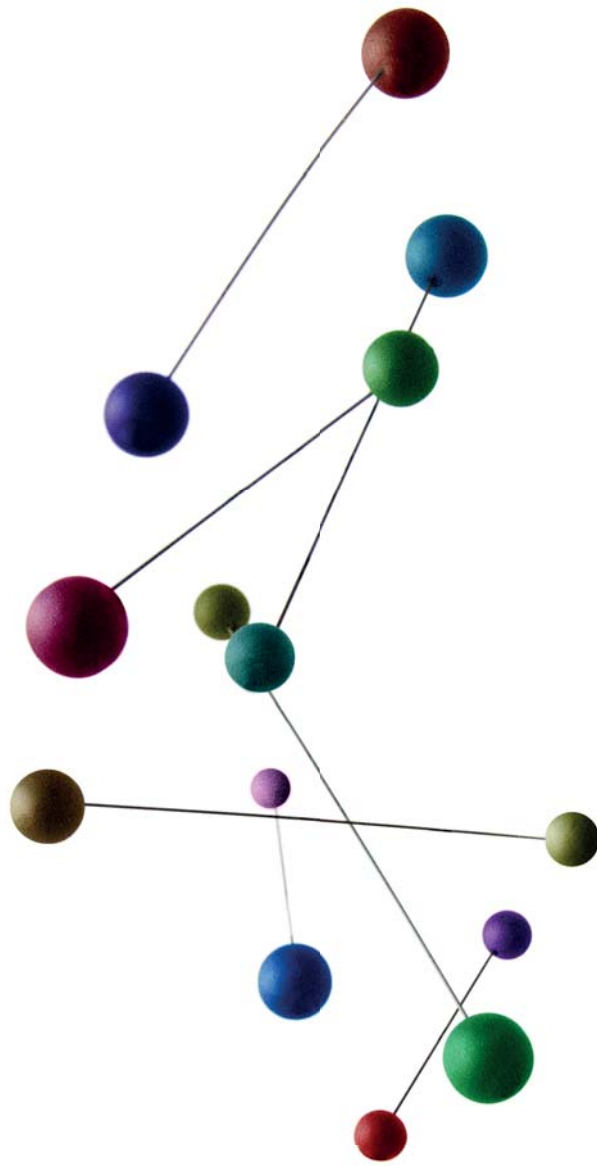
- structure idéale pour une intervention rapide et la réinsertion professionnelle des personnes en incapacité de travail. L'INAMI peut intervenir en période d'incapacité primaire (1^{re} année) et en période d'invalidité (après 1 an), a la responsabilité financière, le contrôle et l'évaluation des actions
- les entreprises et la médecine du travail sont tenues légalement de jouer un rôle actif dans la réintégration de leurs travailleurs.

La réforme des services de soins de santé mentale, mieux connue sous l'appellation d' "article 107", un article de la loi sur les hôpitaux à la base de la réforme, est une opportunité de rapprochement et de coopération avec l'INAMI, dans le cadre de la mise en place et du suivi de mesures de réinsertion professionnelle pour les personnes en incapacité de travail souffrant de troubles mentaux.

Des projets innovants visant la santé mentale et l'emploi pour les personnes en incapacité de travail sont en cours dans chacune des régions. Les évaluations de ces projets permettront à l'avenir de déterminer une série de recommandations et de bonnes pratiques. Celles-ci seront diffusées et transformées en actions concrètes dans le cadre des collaborations avec les partenaires impliqués dans l'accompagnement et le suivi de la réinsertion des personnes en incapacité de travail pour troubles mentaux.

Repenser la philosophie autour de l'incapacité de travail et l'approche de l'évaluation de l'incapacité de travail est l'objectif à atteindre.

S'engager dans des réformes structurelles à grande échelle n'est pas nécessaire. Par contre, le besoin est urgent d'une meilleure application de l'intervention rapide et proactive, ce que permet aujourd'hui déjà la législation, et d'une plus grande coopération et coordination entre les différentes institutions et acteurs de terrains impliqués : médecins traitants, médecins-conseils, employeurs et services de ressources humaines, médecins du travail, représentants des travailleurs, centres de réadaptation professionnelle, organismes régionaux pour l'emploi et pour l'handicap, etc.



5^e Partie

Données statistiques

I. Statistiques des soins de santé

1. Nombre de dispensateurs de soins individuels

a. Révision fondamentale

La façon de comptabiliser les dispensateurs de soins individuels a évolué considérablement en 2009. Une révision méthodologique s'est avérée nécessaire pour garantir la cohérence avec les données fournies aux instances internationales (OCDE, OMS, Eurostat).

Les tableaux des dispensateurs de soins individuels publié dans ce rapport annuel (R.A.) de l'INAMI ont la même structure qu'en 2010. Ils comprennent les chiffres officiels utilisés à des fins statistiques internationales concernant les praticiens de soins actifs en Belgique. Ces statistiques, initialement prévues pour gérer l'assurance soins de santé, sont susceptibles d'être utilisées à des fins très variées (planification, comparaisons internationales).

L'INAMI utilise, depuis 2009, les dénominations suivantes :


- les dispensateurs de soins : les professionnels en droit de prêter dans le cadre de l'assurance soins de santé et les établissements/institutions dans le cadre de l'assurance
- les professionnels en droit de prêter dans le cadre de l'assurance soins de santé (anciennement dénommés dispensateurs de soins en situation d'activité) (voir point c.)
- les praticiens de soins sur base de certains critères d'activité (anciennement dénommés dispensateurs de soins en activité ou avec profil) (voir point c.)

Néanmoins, les tableaux n'incluent pas les professionnels de santé qui prodiguent des soins en dehors du cadre de l'assurance soins de santé obligatoire, ni ceux qui exercent des fonctions non curatives dans le système de santé (par exemple, les médecins du travail). Ils n'incluent pas non plus (encore) les professionnels salariés (qui n'attestent pas) en hôpital, en centre de réhabilitation, en habitation protégée ou en maison psychiatrique.

La catégorie des aides-soignants n'apparaît plus dans les tableaux : en effet, depuis juin 2010, l'enregistrement des aides-soignants est effectué par le Service public fédéral (SPF) Santé publique. L'INAMI ne dispose plus d'une vue globale pour ce personnel.


b. Le regroupement des compétences

Les spécialités et professions mentionnées dans les tableaux 1 et 2 sont regroupées selon leur code de compétence.

 Pour que les soins prodigués par les professionnels en droit de prêter soient remboursés, ceux-ci doivent être inscrits à l'INAMI. Un **code compétence** en 3 positions leur est attribué en fonction de leur spécialité. Ce code de compétence fait partie du numéro INAMI.

LE REGROUPEMENT DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Les instances internationales distinguent 6 catégories de spécialités : les médecins généralistes, les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens, les psychiatres, les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales.

 Pour rappel, les **diplômés en médecine** sont agréés par le SPF Santé publique pour une spécialité déterminée. Pour prodiguer des soins, ils doivent être préalablement inscrits à l'Ordre des médecins.

Chaque spécialité a été regroupée dans une des catégories, à l'exception des médecins non agréés (voir plus loin). Ainsi, conformément aux instructions internationales :


- les médecins de médecine d'urgence et de médecine aiguë ont été regroupés et versés, comme les anesthésistes, dans le groupe chirurgical
- les médecins spécialistes avec une double spécialité (médecine aiguë et autre, p. ex. : pédiatre avec brevet de médecine aiguë) sont cependant classés selon leur spécialité initiale
- les stomatologues sont regroupés avec les dentistes et ne sont donc pas inclus parmi les médecins.

Contrairement aux instructions internationales, les rares pédiatres avec une double spécialité non pédiatrique ont été affectés au groupe pédiatrique. Certaines spécialités agréées par le SPF Santé publique n'ont pas de numéro INAMI et ne sont pas reprises dans le tableau (par exemple : médecine du travail, gestion de données, etc.).

Les tableaux 1 et 2 reprennent les praticiens de soins avec une activité en 2012.

Les **médecins non agréés** comme spécialistes par/à l'INAMI, mais enregistrés auprès du SPF Santé publique sans titre professionnel particulier mais inscrits à l'Ordre des médecins, sont classés dans une nouvelle catégorie "non spécialisé" : leur numéro INAMI ne correspond pas à un agrément comme médecin généraliste ou comme médecin spécialiste. Ils ne peuvent effectuer qu'un nombre limité de prestations remboursables. Les médecins généralistes avec droits acquis qui n'ont pas l'agrément spécifique de médecin généraliste se trouvent également dans cette catégorie.

Enfin les **médecins en formation** sont comptabilisés séparément. On ne tient pas compte de leur volume de prestations qui est aléatoire (certaines ou toutes les prestations sont enregistrées au nom du maître de stage). Ils ne sont pas inclus dans le total des professionnels en droit de prester ni dans le total des praticiens de soins.

 Les **médecins en formation** sont des personnes dont le plan de stage comme médecin spécialiste ou généraliste a été agréé par le SPF Santé publique et qui sont inscrites à l'Ordre des médecins.

LE REGROUPEMENT DES PROFESSIONS DE SANTÉ NON MÉDICALES

Certains praticiens font l'objet d'un double enregistrement pour certaines spécialités (bandagistes et fournisseurs d'implants, bandagistes et orthopédistes, sages-femmes et infirmiers, etc.). Pour éliminer les doublons, certaines professions ont été regroupées.

Pharmaciens : diplômés en pharmacie qui ont obtenu un numéro d'inscription comme pharmacien auprès du SPF Santé publique. Parmi eux, les **pharmaciens biologistes**, pharmaciens agréés par le SPF Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique, sont les seuls pharmaciens dont l'activité est répertoriée individuellement dans le cadre de l'INAMI.

Praticiens de l'art dentaire ("dentistes" dans les tableaux) : diplômés en science dentaire habilités à exercer leur profession par les Commissions médicales provinciales compétentes pour les praticiens de l'art dentaire (SPF Santé publique). Selon les instructions internationales, les médecins spécialistes en stomatologie porteurs d'un agrément de dentiste stomatologue sont également classés dans cette catégorie depuis l'édition 2009 du R.A., comme c'était le cas jusqu'au R.A. de 2006. Dans les R.A. 2007 et 2008, ils sont repris comme médecins.

Sages-femmes : diplômées habilitées à exercer leur profession par les Commissions médicales provinciales compétentes pour sages-femmes (SPF Santé publique) et à propos desquelles l'INAMI a, en outre, connaissance qu'elles exercent encore leur profession. Les sages-femmes qui disposent également d'une qualification d'infirmier ont été regroupées avec les "infirmiers et sages-femmes".

Infirmiers : diplômés habilités à exercer leur profession par les Commissions médicales provinciales compétentes pour infirmiers (SPF Santé publique) et qui sont inscrits par le Service des soins de santé de l'INAMI dans la liste des praticiens de l'art infirmier. Tous les infirmiers reconnus également comme sages-femmes ont été regroupés sous l'appellation infirmiers et sages-femmes.

Kinésithérapeutes : personnes qui disposent d'un diplôme de kinésithérapie et qui sont agréées par le SPF Santé publique pour exercer leur profession.

Paramédicaux : personnes agréées par les conseils compétents qui peuvent disposer de plusieurs codes de compétence INAMI. Elles ont été principalement regroupées en 2 catégories afin d'éliminer les doublons :

- une catégorie qui peut délivrer du matériel : les bandagistes, orthopédistes, fournisseurs d'implants (uniquement ceux qui ne sont pas pharmaciens), les audiciens, opticiens ou orthopédistes (uniquement ceux qui ne sont pas pharmaciens)
- une catégorie qui ne fournit pas de matériel : elle regroupe les logopèdes et dorénavant les ergothérapeutes.

Dans les tableaux, les libellés de ces deux catégories étaient erronées les années précédentes, mais les chiffres correspondaient aux catégories définies ci-dessus.


Les diététiciens et podologues ont chacun conservé leur catégorie parce qu'il n'y a pas de doublons.

Aides-soignants : cette catégorie qui est supprimée en 2010 comprend les personnes spécifiquement formées pour assister l'infirmier, sous leur contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier dans une équipe structurée.

c. Définition des professionnels en droit de prester et des praticiens de soins

L'INAMI distingue, dans les statistiques, les professionnels administrativement en droit de prester dans le cadre de l'assurance soins de santé et les praticiens de soins. Ces derniers sont identifiés selon des critères d'activité bien définis.

PROFESSIONNELS EN DROIT DE PRESTER DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

-  Un **professionnel en droit de prester** dans le cadre de l'assurance soins de santé :
- effectue des prestations attestées qui donnent droit au remboursement par l'assurance
 - reçoit les courriers administratifs de l'INAMI
 - peut commander des carnets d'attestations de soins et des carnets de prescriptions.

Les tableaux 1 et 2 présentent le nombre de professionnels en "droit de prester" inscrits auprès de l'INAMI au 31 décembre 2012 et au 31 décembre 2013.

Un professionnel est en droit de prester s'il est inscrit auprès de l'INAMI et si aucune des situations d'inactivité suivantes ne lui est attribuée : dossier de reconnaissance en cours, décès, expatriation, suspension, radiation, interruption temporaire de carrière ou fin de carrière. Les professionnels en formation en font donc théoriquement partie, mais ils sont comptabilisés séparément.



Des statistiques sur les effectifs des sous-groupes (p.ex. bandagistes, logopèdes, opticiens) restent disponibles à l'INAMI.

Les professionnels en droit de prester pensionnés, mais qui n'ont pas signifié à l'INAMI leur fin de carrière, sont comptabilisés comme en droit de prester.

Les professionnels en droit de prester au 31 décembre se distinguent selon l'âge :

- "65 et +" : indique les professionnels qui ont atteint 65 ans
- "- 65" : indique les professionnels de moins de 65 ans.

CRITÈRES D'ACTIVITÉ DES PRATICIENS DE SOINS

Parmi les professionnels en droit de prester, on peut identifier différents types d'activités fondés sur :

- soit, la quantification de pratiques : le comptage et la pondération de contacts (consultations, visites, avis, etc.) et d'actes (prescriptions de médicaments, soins, examens techniques) ou de dépenses correspondantes
- soit, des contextes particuliers de pratiques (maître de stage, stagiaire, maison médicale, hôpital, services intégrés, officine pharmaceutique, etc.)


Un type d'activité peut être comparé à un seuil d'activité ou assimilé au résultat d'une telle comparaison. Des statuts (agrément, accréditation, conventionnement) peuvent être associés à un ou plusieurs types d'activité.

Les critères d'activité retenus dans les différents tableaux sont les suivants :

- le professionnel figure dans les "profils" : ceci concerne les professionnels ayant effectué plus d'1 prestation durant l'année concernée. Du fait de ces prestations, ils disposent d'un profil
- l'INAMI peut également répertorier certains professionnels qui n'ont pas de "profil" : c'est le cas des professionnels salariés (moins de 65 ans) travaillant dans une maison médicale (M.M.) opérant au forfait, en maison de repos et de soins (MRS), en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) ou dans une officine pharmaceutique.

Si un des deux critères est rencontré, le professionnel est comptabilisé comme "praticien de soins".

En outre, le professionnel doit encore être en droit de prester à la fin de l'année étudiée (ni radié, ni parti à l'étranger, ni décédé).

 Des patients peuvent s'inscrire dans des "maisons médicales" ayant conclu un accord avec les mutualités. Cet accord peut concerner les consultations et visites de médecine générale, et/ou la kinésithérapie, et/ou les soins infirmiers à domicile. La maison médicale reçoit un montant forfaitaire mensuel par patient inscrit. Dans la plupart des cas, le patient ne se verra pas réclamer de ticket modérateur.

d. Recensement des professionnels en droit de prêter et des praticiens de soins

Le recensement des praticiens de soins durant une année (par exemple, en 2012) ne tient compte que des professionnels en droit de prêter au 31 décembre de cette année.

Le recensement se base sur le numéro de registre national afin d'éviter les doublons résiduels. En d'autres mots, les personnes qui rencontrent plusieurs critères d'activité ne sont comptabilisées qu'une seule fois.

Tableau 1 - Professionnels en droit de prêter (31-12-2012 et 31-12-2013) et praticiens de soins (année 2012)									
Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2012			Praticiens de soins 2012	En formation 2012		Densité 2012 /10.000 hab.	En droit de prêter 31-12-2013	
	65 et +	- 65	Total		Nombre	%		Nombre	Évolution 2012-2013
Médecins	8.429	33.412	41.841	32.583	4.865	15%	29,4	42.419	1%
Médecins généralistes	2.843	11.957	14.800	12.363	788	6%	11,1	14.952	1%
Pédiatres	434	1.331	1.765	1.378	369	27%	1,2	1.804	2%
Gynécologues	381	1.201	1.582	1.370	266	19%	1,2	1.594	1%
Psychiatres	592	1.646	2.238	1.890	289	15%	1,7	2.248	0%
Spécialités médicales	2.233	8.605	10.838	9.043	1.687	19%	8,1	10.976	1%
Spécialités chirurgicales	1.448	6.075	7.523	6.150	1.466	24%	5,5	7.673	2%
Médecins non spécialisés	498	2.597	3.095	389	-	0%	0,4	3.172	2%
Professions non médicales	10.738	145.654	156.392	95.222	189	0%	85,8	162.821	4%
Pharmaciens	2.420	13.124	15.544	13.027	-	0%	11,7	16.086	3%
Dentistes	1.324	7.707	9.031	7.869	189	2%	7,1	9.182	2%
Infirmiers et sages-femmes	3.528	83.913	87.441	45.916	-	0%	41,4	91.219	4%
Kinésithérapeutes	1.937	26.624	28.561	18.742	-	0%	16,9	29.537	3%
Professions paramédicales	1.529	14.286	15.815	9.668	-	0%	8,7	16.797	6%
Total général	19.167	179.066	198.233	127.805	5.054	4%	115,1	205.240	4%

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

- **Droit de prêter** : voir point c.
- **Praticiens de soins** : le nombre des praticiens de soins (actifs) correspond aux praticiens qui répondent à un des critères d'activité décrits plus haut. Il s'agit donc du total des praticiens qui ont plus d'une prestation dans l'année (pratique attestée), complété par les praticiens salariés pour autant que leurs prestations soient connues individuellement de l'INAMI.
- **En formation** : les praticiens en formation au 31 décembre 2011 complètent séparément le tableau, en regard de leur future spécialité. Cette variable recense les médecins ou les dentistes en formation (indépendamment d'une activité éventuelle). Le pourcentage est le rapport entre les praticiens en formation et les praticiens de soins.
- **Densité** : la densité correspond au nombre de praticiens de soins (hors ceux en formation) par 10.000 habitants. Il s'agit du rapport entre le nombre total de praticiens et la population totale divisée par 10.000.

Le tableau 2 détaille les professions regroupées par codes de compétence similaires. Pour les médecins, les compétences mixtes ont été maintenues, pour autant que des praticiens les exercent de manière spécifique (profil particulier, non assimilable à une autre spécialité).

Tableau 2 - Professionnels en droit de prêter (31-12-2012 et 31-12-2013) et praticiens de soins (année 2012)									
Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2012			Praticiens de soins 2012	En formation 2012		Densité 2012 /10.000 hab.	En droit de prêter 31-12-2013	
	65 et +	- 65	Total		Nombre	%		Nombre	Évolution 2012-2013
Médecins	8.429	33.412	41.841	32.583	4.865	15%	29,4	42.419	1%
Médecins généralistes	2.843	11.957	14.800	12.363	788	6%	11,1	14.952	1%
Pédiatres	434	1.331	1.765	1.378	369	27%	1,2	1.804	2%
Pédiatres	427	1.271	1.698	1.320	369	28%	1,2	1.733	2%
Neuropédiatres	7	60	67	58	-	0%	0,1	71	6%
Gynécologues	381	1.201	1.582	1.370	266	19%	1,2	1.594	1%
Psychiatres	592	1.646	2.238	1.890	289	15%	1,7	2.248	0%
Psychiatres	382	1.550	1.932	1.738	289	17%	1,6	1.977	2%
Neuropsychiatres	210	96	306	152	-	0%	0,1	271	-11%
Groupe médical	2.233	8.605	10.838	9.043	1.687	19%	8,1	10.976	1%
Médecine interne générale	431	895	1.326	936	584	62%	0,8	1.325	0%
Médecine interne et nucléaire	47	23	70	49	-	0%	0,0	70	0%
Gériatres	32	259	291	265	52	20%	0,2	298	2%
Endocrinologues	43	220	263	248	-	0%	0,2	277	5%
Oncologues médicaux	15	208	223	211	34	16%	0,2	231	4%
Hématologues	10	120	130	124	-	0%	0,1	135	4%
Rhumatologues	63	189	252	216	15	7%	0,2	243	-4%
Rhumatologie et médecine physique	22	-	22	10	-	0%	0,0	21	-5%
Pneumologues	61	472	533	489	52	11%	0,4	547	3%
Gastroentérologues	101	600	701	624	62	10%	0,6	718	2%
Cardiologues	214	949	1.163	1.007	106	11%	0,9	1.176	1%
Neurologues	29	468	497	472	118	25%	0,4	530	7%
Médecine physique	98	435	533	460	68	15%	0,4	537	1%
Dermatologues	177	612	789	700	75	11%	0,6	804	2%
Oto-rhino-laryngologues	160	554	714	622	91	15%	0,6	718	1%
Radiothérapeutes	14	202	216	173	55	32%	0,2	215	0%
Radiothérapeutes nucléaristes	50	26	76	46	-	0%	0,0	72	-5%
Médecine nucléaire	12	194	206	180	35	19%	0,2	212	3%
Biologistes	179	291	470	280	46	16%	0,3	464	-1%
Biologie et médecine nucléaire	52	187	239	183	-	0%	0,2	237	-1%
Biologie et anatomo-pathologie	36	7	43	18	-	0%	0,0	43	0%
Anatomo-pathologistes	57	292	349	290	45	16%	0,3	354	1%
Radiologues	330	1.402	1.732	1.440	249	17%	1,3	1.749	1%
Groupe chirurgical	1.448	6.075	7.523	6.150	1.466	24%	5,5	7.673	2%
Anesthésistes	318	1.972	2.290	1.802	470	26%	1,6	2.332	2%
Médecine aiguë et médecine d'urgence	7	344	351	322	211	66%	0,3	376	7%
Chirurgiens	447	1.246	1.693	1.285	299	23%	1,2	1.708	1%
Orthopédistes	228	877	1.105	949	190	20%	0,9	1.136	3%
Urologues	91	339	430	373	87	23%	0,3	430	0%
Neurochirurgiens	31	178	209	180	52	29%	0,2	216	3%
Chirurgiens plastiques	45	230	275	223	46	21%	0,2	278	1%
Chirurgiens ophtalmologiques	281	889	1.170	1.016	111	11%	0,9	1.197	2%

Tableau 2 - Professionnels en droit de prester (31-12-2012 et 31-12-2013) et praticiens de soins (année 2012) (suite)									
Spécialités/professions	En droit de prester 31-12-2012			Praticiens de soins 2012	En formation 2012		Densité 2012 /10.000 hab.	En droit de prester 31-12-2013	
	65 et +	- 65	Total		Nombre	%		Nombre	Évolution 2012-2013
Médecins non spécialisés	498	2.597	3.095	389	-	0%	0,4	3.172	2%
Autres non spécialisés ou spécialité inconnue	452	1.142	1.594	248	-	0%	0,2	1.561	-2%
Professions non médicales	46	1.455	1.501	141	-	0%	0,1	1.611	7%
Professions non médicales	10.738	145.654	156.392	95.222	189	0%	85,8	162.821	4%
Pharmaciens	2.420	13.124	15.544	13.027	-	0%	11,7	16.086	3%
Pharmaciens titulaires	845	5.074	5.919	5.074	-	0%	4,6	5.910	0%
Pharmaciens non titulaires	1.394	7.561	8.955	7.561	-	0%	6,8	9.489	6%
Pharmaciens biologistes	181	489	670	392	-	0%	0,4	687	3%
Dentistes	1.324	7.707	9.031	7.869	189	2%	7,1	9.182	2%
Dentistes généralistes	1.198	6.888	8.086	7.034	88	1%	6,3	8.206	1%
Parodontologues	-	151	151	143	21	15%	0,1	162	7%
Orthodontistes	27	412	439	407	43	11%	0,4	457	4%
Stomatologues	99	256	355	285	37	13%	0,3	357	1%
Infirmiers et sages-femmes	3.528	83.913	87.441	45.916	-	0%	41,4	91.219	4%
Sages-femmes	463	3.838	4.301	2.110	-	0%	1,9	4.492	4%
Infirmiers	2.183	72.500	74.683	39.858	-	0%	35,9	78.096	5%
Infirmiers sages-femmes	119	1.876	1.995	1.071	-	0%	1,0	2.206	11%
Assistants hospitaliers	763	5.699	6.462	2.877	-	0%	2,6	6.425	-1%
Kinésithérapeutes	1.937	26.624	28.561	18.742	-	0%	16,9	29.537	3%
Professions paramédicales	1.529	14.286	15.815	9.668	-	0%	8,7	16.797	6%
Diététiciens	29	2.181	2.210	806	-	0%	0,7	2.392	8%
Podologues	1	353	354	240	-	0%	0,2	387	9%
Logopèdes, Ergothérapeutes	72	7.265	7.337	5.204	-	0%	4,7	7.921	8%
Bandagistes, Orthopédistes, Audiciens, Opticiens, fournisseurs d'implants	1.427	4.487	5.914	3.418	-	0%	3,1	6.097	3%
Total général	19.167	179.066	198.233	127.805	5.054	4%	115,1	205.240	4%

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

e. Recensement des praticiens de soins par année (2004-2012)

Le recensement (tableau 3) reprend, de 2004 à 2012, par année, l'ensemble des praticiens de soins qui ont une pratique attestée parmi les professionnels en droit de prester (sauf exclusions, voir ci-dessous). Le taux d'accroissement annuel est calculé sur la période 2004 à 2012 selon la formule consacrée.

Depuis le R.A. 2010, la catégorie des pharmaciens, reprend les pharmaciens biologistes ainsi que les pharmaciens salariés d'officine de moins de 65 ans.

“Praticiens” : il s'agit des praticiens dont on retrouve plus d'une attestation chaque année (pratique attestée). Il n'est pas tenu compte :

- des praticiens salariés
- des praticiens ayant attesté certaines années seulement
- des professionnels en formation
- des praticiens prodiguant des soins en dehors du système d'assurance obligatoire soins de santé (certains homéopathes exclusifs, des ostéopathes, etc.)

Tableau 3 - Nombre de praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité - Evolution 2004-2012

Spécialités/professions	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Évolution annuelle moyenne
Médecins	29.891	30.081	30.440	30.868	31.281	31.561	31.794	32.164	32.573	1,08%
Médecins généralistes	12.412	12.405	12.415	12.336	12.273	12.272	12.217	12.273	12.356	-0,06%
Pédiatres	1.161	1.174	1.197	1.236	1.269	1.301	1.331	1.350	1.378	2,16%
Pédiatres	1.161	1.174	1.197	1.236	1.220	1.251	1.281	1.297	1.320	1,62%
Neuropédiatres	-	-	-	-	49	50	50	53	58	-
Gynécologues	1.203	1.211	1.233	1.265	1.317	1.331	1.346	1.352	1.370	1,64%
Psychiatres	1.797	1.803	1.840	1.855	1.891	1.914	1.932	1.865	1.890	0,63%
Psychiatres	1.356	1.469	1.516	1.547	1.593	1.626	1.656	1.697	1.738	3,15%
Neuropsychiatres	441	334	324	308	298	288	276	168	152	-12,47%
Groupe médical	7.680	7.829	8.027	8.193	8.372	8.500	8.627	8.866	9.042	2,06%
Médecine interne générale	1.720	1.713	1.542	1.319	1.328	1.276	959	943	936	-7,32%
Médecine interne et nucléaire	69	66	64	59	57	57	52	48	49	-4,19%
Gériatres	-	-	210	219	225	237	262	276	265	-
Endocrinologues	-	-	-	187	195	201	219	232	248	-
Oncologues médicaux	-	-	-	-	-	3	193	195	211	-
Hématologues	-	-	-	-	-	-	112	116	124	-
Rhumatologues	206	209	208	208	203	204	205	212	216	0,59%
Rhumatologie et médecine physique	13	11	12	10	10	10	10	10	10	-3,23%
Pneumologues	322	348	370	381	395	411	431	458	489	5,36%
Gastroentérologues	407	443	461	488	523	588	605	608	624	5,49%
Cardiologues	779	802	826	898	922	942	959	976	1.007	3,26%
Neurologues	203	231	253	276	297	314	330	451	472	11,12%
Médecine physique	407	409	418	421	432	439	443	449	460	1,54%
Dermatologues	615	632	641	652	670	675	682	687	700	1,63%
Oto-rhino-laryngologues	546	550	561	576	590	604	602	614	622	1,64%
Radiothérapeutes	136	138	144	149	152	158	166	172	172	2,98%
Radiothérapeutes nucléaristes	67	65	64	59	60	56	54	51	46	-4,59%
Médecine nucléaire	144	147	147	157	160	166	169	173	180	2,83%
Biologistes	272	270	275	264	265	265	268	272	280	0,36%
Biologie et médecine nucléaire	203	201	199	198	194	195	188	186	183	-1,29%
Biologie et anatomo-pathologie	32	31	28	26	26	21	22	19	18	-6,94%
Anatomo-pathologistes	245	251	259	262	264	266	276	282	290	2,13%
Radiologues	1.293	1.311	1.344	1.369	1.389	1.396	1.404	1.420	1.440	1,36%
Groupe chirurgical	5.012	5.155	5.231	5.510	5.717	5.806	5.916	6.059	6.150	2,59%
Anesthésistes	1.435	1.505	1.537	1.586	1.633	1.678	1.710	1.770	1.802	2,89%
Médecine aiguë et médecine d'urgence	-	-	-	150	244	257	306	307	322	-
Chirurgiens	1.195	1.209	1.221	1.232	1.261	1.261	1.261	1.281	1.285	0,91%
Orthopédistes	828	857	869	893	902	917	930	943	949	1,72%
Urologues	315	322	328	339	342	352	355	366	373	2,14%
Neurochirurgiens	138	141	149	155	161	163	169	177	180	3,38%
Chirurgiens plastiques	180	191	193	201	209	211	213	224	223	2,71%
Chirurgiens ophtalmologiques	921	930	934	954	965	967	972	991	1.016	1,23%
Médecins non spécialisés	626	504	497	473	442	437	425	399	387	-5,83%
Autres médecins généralistes non spécialisés	626	356	346	316	292	282	268	259	248	-10,93%
Autres non spécialisés ou spécialité inconnue	-	148	151	157	150	155	157	140	139	-

Tableau 3 - Nombre de praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité - Evolution 2004-2012

Spécialités/professions	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Évolution annuelle moyenne
Professions non médicales	51.976	52.600	53.561	59.397	57.937	59.220	60.901	63.086	64.647	2,76%
Pharmaciens biologistes	364	367	364	363	388	383	389	392	392	0,93%
Dentistes	7.712	7.694	7.748	7.677	7.663	7.655	7.675	7.777	7.869	0,25%
Dentistes généralistes	7.451	7.440	7.484	6.934	6.881	6.859	6.862	6.953	7.034	-0,72%
Parodontologues	-	-	-	108	118	124	134	139	143	-
Orthodontistes	-	-	-	375	395	392	394	399	407	-
Stomatologues	261	254	264	260	269	280	285	286	285	1,11%
Infirmiers et sages-femmes	20.782	21.564	22.477	23.159	23.978	24.814	25.849	27.215	27.999	3,80%
Sages-femmes	1.357	1.482	1.559	1.659	1.619	1.690	1.846	1.960	2.058	5,34%
Infirmiers	17.388	18.099	18.955	19.613	20.464	21.268	22.118	23.344	24.080	4,15%
Infirmiers sages-femmes	743	768	768	767	819	821	876	923	953	3,16%
Assistants hospitaliers	1.294	1.215	1.195	1.120	1.076	1.035	1.009	988	908	-4,33%
Kinésithérapeutes	17.317	17.310	17.451	17.544	17.716	17.786	18.003	18.325	18.727	0,98%
Professions paramédicales	5.801	5.665	5.521	10.654	8.192	8.579	8.985	9.377	9.660	6,58%
Diététiciens	-	-	-	591	625	657	722	776	803	-
Podologues	-	-	-	177	176	194	203	223	239	-
Logopèdes, Orthoptistes, Ergothérapeutes	2.040	2.023	2.005	6.415	4.237	4.456	4.683	4.958	5.202	12,41%
Bandagistes, Orthopédistes, Audiciens, Opticiens, fournisseurs d'implants	3.761	3.642	3.516	3.471	3.154	3.272	3.377	3.420	3.416	-1,20%

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

2. Dépenses de santé

Le tableau 4 présente une évolution de 2010 à 2014 des dépenses annuelles dans le cadre du remboursement des soins de santé. Ces éléments sont ventilés par groupes de prestations et reprennent l'ensemble des organismes assureurs (O.A.). Le graphique 1 présente la répartition des objectifs budgétaires partiels de 2014.

En comparaison avec le rapport annuel 2012, les données pour 2012, reprises dans le tableau 4, sont modifiées suite aux modifications des dépenses propres de l'INAMI.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, tous les travailleurs indépendants ont droit au remboursement des petits risques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Avant cette date, seule une partie restreinte des travailleurs indépendants avait droit au remboursement des petits risques, à savoir les personnes handicapées, les starters et les bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA). Il convient, dès lors, d'en tenir compte lors de l'analyse de l'évolution des dépenses de l'assurance soins de santé pour les années antérieures à 2008, pour 2008 et pour les années suivantes.

Le poste des dépenses, englobant les petits risques (consultations, visites et avis de médecins, kinésithérapeutes, praticiens de l'art dentaire, praticiens de l'art infirmier, fournitures pharmaceutiques, etc.) affichent, dès lors, une hausse importante par rapport aux données de l'année 2007. Cette hausse se signale aussi bien au niveau des dépenses elles-mêmes, qu'au niveau des tickets modérateurs, du nombre de cas et du nombre de jours. Ce sont donc principalement les prestations relatives aux petits risques qui sont à l'origine des hausses des tickets modérateurs. Les dépenses sont regroupées en 9 rubriques principales et une rubrique "reste".



Les éléments de 2013 sont provisoires. Pour 2014, les montants repris correspondent aux différents objectifs budgétaires partiels fixés par le Conseil général de l'INAMI le 14 octobre 2013.

La rubrique “Professions paramédicales” comprend :

- les soins effectués par des bandagistes, orthopédistes, opticiens et audiciens
- les implants et défibrillateurs cardiaques implantables
- les accouchements par sages-femmes.

La rubrique “autres séjours” reprend les postes suivants :

- maisons de repos et de soins (MRS)
- maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)
- centres de soins de jour
- maisons de soins psychiatriques
- initiatives d’habitation protégée
- rééducation fonctionnelle et professionnelle
- centres médico-pédiatriques
- soins palliatifs et internés.

Le maximum à facturer (MAF) a pour objectif d'augmenter l'accessibilité financière aux soins de santé. Dès que les tickets modérateurs de certains soins de santé d'un ménage bénéficiant du MAF excèdent un plafond bien déterminé durant une année civile, les membres de ce ménage se voient rembourser leur quote-part personnelle pour les soins de santé dont ils bénéficient durant le reste de cette année civile. Il y a deux types de MAF avec des règles et des plafonds différents. Ces règles et plafonds déterminent le calcul du MAF.

La rubrique “reste” comprend les prestations suivantes : dialyse, fin de carrière, fonds spécial de solidarité, logopédie, autres frais de séjour et frais de déplacements, régularisations et refacturation, patients chroniques, soins palliatifs (patient), matériel corporel humain, soutiens aux soins multidisciplinaires de 1^{re} ligne (SISD, COMA, projets de soins thérapeutiques, équipes multidisciplinaires voiturettes, sevrage tabac, circuit de soins psychiatriques, fonds toxicomanie, patients chroniques extra, maisons médicales, divers (télématique pharmaciens, révalidation oncologique, récipes magistraux (prescription sur nom de matière), expertise loi santé, financement syndicats médicaux, plan cancer, projet e-Learning, transfert indemnités, prime d’informatique unique infirmières, soins à domicile (accord sociale), prime informatique bandagistes, MRS/MRPA/centres de jour (prime informatique unique), MRS/MRPA/centres de jour (infirmier gériatrique), MSP (accord social), maisons médicales (accord social), projet PBNbis, tests ADN effectués à l'étranger, Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale, Institut Scientifique de santé Publique, rééducation fonctionnelle et professionnelle (accord social), budget ICT implants), MS/ALS/Huntington, maladies rares, accord social, fonds d'indemnisation, compensation dépenses hors objectif budgétaire et gel montants réservés.



Le détail des dépenses pour les prestations de la rubrique “reste” est disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Statistiques de l'INAMI > Statistiques des soins de santé.

Tableau 4 - Dépenses annuelles pour tous les O.A. de 2010 à 2013 - Répartition des objectifs budgétaires partiels de 2014 suivant différentes catégories de prestations et (ou) de dispensateurs (en milliers d'EUR)

	2010	2011	2012	2013	Objectif 2014 (*)
Médecins	6.665.919	6.955.943	7.265.430	7.443.472	7.802.237
Infirmiers	1.063.302	1.122.136	1.200.395	1.273.579	1.371.533
Dentistes	756.408	775.562	804.462	839.240	867.394
Kinésithérapeutes	580.007	606.694	624.859	652.480	680.383
Pharmacie	4.249.222	4.395.249	4.366.572	4.254.470	4.391.332
Paramédicaux	834.888	889.167	983.748	1.035.343	1.133.103
Hospitalisation	4.836.026	5.207.108	5.428.277	5.579.435	5.874.299
Autres séjours	2.847.789	3.042.726	3.194.114	3.389.885	3.572.815
MAF	326.335	329.653	328.002	331.080	377.596
Reste	666.523	753.146	788.993	880.057	1.790.868
Totaal	22.826.419	24.077.384	24.984.852	25.679.041	27.861.560

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

(*) Objectif 2014 approuvé par le Conseil Général du 14 octobre 2013

Graphique 1 - Répartition des objectifs budgétaires partiels de 2014 suivant différentes catégories de prestations et (ou) de prestataires (en pourcentage)

Médecins	28,0	
Infirmiers	4,9	
Dentistes	3,1	
Kinésithérapeutes	2,4	
Pharmacie	15,8	
Paramédicaux	4,1	
Hospitalisation	21,1	
Autres séjours	12,8	
MAF	1,4	
Reste	6,8	

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

3. Ticket modérateur

Le tableau 5 et le graphique 2 reprennent, pour les années 2010 à 2012, les montants à charge des patients (ticket modérateur ou intervention personnelle) calculés sur base des tarifs officiels des honoraires. Ce tableau ne reprend pas les montants que le patient paie en honoraires dépassant les tarifs officiels (par exemple, chez des dispensateurs de soins non conventionnés) et les montants pour les médicaments non remboursables.










Le regroupement des rubriques est identique à celui du tableau 4. Toutefois, pour certaines prestations, il n'y a pas de ticket modérateur (par exemple, séjours en MRS/MRPA, MAF). Dans le tableau 5, la rubrique "autres séjours" se limite à "rééducation fonctionnelle et professionnelle".

Tableau 5 - Quote-part annuelle à charge du patient (en milliers d'EUR)

	2010	2011	2012
Médecins	742.894	752.481	762.695
Infirmiers	7.821	8.133	8.808
Dentistes	116.087	119.816	124.507
Kinésithérapeutes	144.536	150.083	154.234
Pharmacie	559.938	544.223	541.574
Paramédicaux	129.711	144.987	166.244
Hospitalisation	203.572	205.498	208.403
Autres séjours	12.622	11.294	11.876
Reste	19.622	20.641	21.270
Total	1.936.803	1.957.156	1.999.611

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

Graphique 2 - Quote-part annuelle à charge du patient en 2012 (en pourcentage)

Médecins	38,2	
Infirmiers	0,4	
Dentistes	6,2	
Kinésithérapeutes	7,7	
Pharmacie	27,1	
Paramédicaux	8,3	
Hospitalisation	10,4	
Autres séjours	0,6	
Reste	1,1	

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

4. Ventilation suivant l'état du bénéficiaire : ambulants ou hospitalisés



La ventilation "ambulants-hospitalisés" est fonction de l'état du patient. Elle n'est pas fonction du lieu où la prestation est effectuée (dans un hôpital ou en dehors).

Une statistique intéressante dont dispose l'INAMI est la ventilation des dépenses suivant le caractère ambulants ou hospitalisés du bénéficiaire.

Le tableau 6 et le graphique 3 reprennent, pour les années 2007 et 2012, les dépenses effectuées pour les patients ambulants, les patients hospitalisés ainsi que le total.

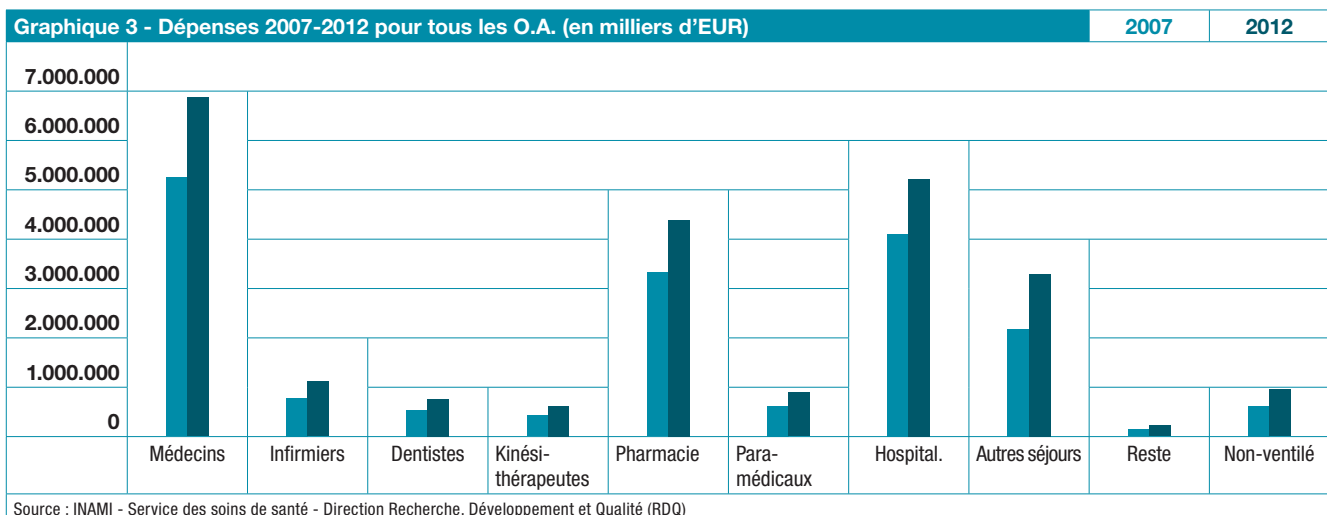
Ce critère ne permet pas de ventiler certaines dépenses suivant le critère "ambulants - hospitalisés". C'est surtout le cas pour des dépenses de santé faites par l'INAMI en dehors de tout lien précis avec un bénéficiaire (dépenses reprises au tableau 6bis). Leurs ventilations ne figurent dès lors pas au tableau 6.

En 2012, 63,3 % des dépenses totales bénéficient aux patients ambulants, 36,7 % aux patients hospitalisés. De 2007 à 2012, la part des dépenses pour les patients ambulants est passée de 61,8 % à 63,3 %, soit une hausse de 1,5 points de pourcentage.

Le tableau 6 présente ses rubriques de la même façon que les tableaux 4 et 5.

Tableau 6 - Dépenses 2007 - 2012 pour tous les organismes assureurs (en milliers d'EUR)										2007	2012
	Ambulant		%		Hospitalisé		%		Total		
Médecins	3.597.660	4.775.128	64,6	66,7	1.967.520	2.387.001	35,4	33,3	5.565.180	7.162.129	
Infirmiers	836.892	1.200.395	100,0	100,0	-	-	0,0	0,0	836.892	1.200.395	
Dentistes	573.649	788.326	99,7	99,7	1.701	2.060	0,3	0,3	575.350	790.386	
Kinésithérapeutes	396.653	567.922	90,5	91,9	41.450	49.872	9,5	8,1	438.103	617.794	
Pharmacie	2.953.767	3.807.607	83,6	87,5	580.446	543.041	16,4	12,5	3.534.213	4.350.648	
Paramédicaux	269.457	415.994	41,0	42,3	388.408	567.754	59,0	57,7	657.865	983.748	
Hospitalisation	201.214	314.856	4,9	5,8	3.882.486	5.113.421	95,1	94,2	4.083.700	5.428.277	
Autres séjours	2.305.213	3.113.552	95,3	95,7	113.629	140.165	4,7	4,3	2.418.842	3.253.717	
Reste	141.563	214.596	94,9	96,3	7.585	8.175	5,1	3,7	149.148	222.771	
Total	11.276.068	15.198.376	61,8	63,3	6.983.225	8.811.489	38,2	36,7	18.259.293	24.009.865	
Non-ventilé									616.195	974.987	
Total général									18.875.488	24.984.852	

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)



Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

Le tableau 6 bis donne le détail et l'évolution de la rubrique "non-ventilé" de 2007 à 2012.

Tableau 6 bis - Répartition de la rubrique "non-ventilé" du tableau 6 (en milliers d'EUR)		
Répartition de la rubrique	2007	2012
Honoraires médicaux		
Accréditation	13.202	16.456
Dossier médical global	2.436	0
Forfait télématique (1)	5.400	6.802
Contrôle de qualité biologie clinique (2)	1.912	3.476
Forfait services de garde organisés	16.922	54.998
Maisons médicales (3)	44.106	92.803
Dentistes - Accréditation	9.933	14.076
Fin de carrière	52.475	109.084
Régularisations + refacturation	-173.111	-85.337
MAF	286.576	328.002
Soutien aux soins multidisciplinaires	755	1.191
Harmonisation salariale MRS	256.584	302.939
Prime syndicale	2.163	2.503
MRS/MRPA/Centres de jour : prime informatique unique (1)	0	0
MRS/MRPA/Centres de jour : infirmier gériatrique	0	161
Kinésithérapeutes - Forfait télématique (1)	7.887	7.065
Renouvellements de soins	0	9.359
Equipes multidisciplinaires voiturettes	422	700
Sevrage tabac	99	859
Impulseo I + II + III	3.087	4.476
Soutien de la pratique médecine générale	0	17.093
Internés	38.609	29.200
Montant prévisionnel accord social	6.717	8.688
Montants de rattrapage hôpitaux	0	0
Algologie (art. 56)	886	0
2 ^e pilier fonds pensions prestataires	0	0
Herceptine (art. 56)	9.601	0
Vaccin pneumocoque (art. 56)	6.480	15.924
Récipés magistraux (prescription sur nom de matière)	0	0
SIDA	965	0
Revalidation oncologique	170	189
Projet Vinca infirmières	690	0
Prime d'informatique unique infirmières (1)	3.952	9.203
Projet aides-soignantes accompagnement (art. 56)	0	0
Infirmières - Soins à domicile : accord sociale	0	5.125
Centres palliatifs de jour	506	438
Maisons de soins psychiatriques : accord sociale	0	248
Fonds assuétude	3.000	3.000
Expertise loi santé	0	815
e-Health	2.800	0
Compromis laboratoire biologie clinique	8.075	0
Financement syndicats médicaux	981	1.117
Circuit de soins psychiatriques	1.915	120
Télématique pharmaciens (1)	0	2.487

Répartition de la rubrique	2007	2012
Maladies chroniques - MS/ALS/Huntington	0	7.619
Maisons médicales : accord social	0	2.430
Fonds d'avenir	0	0
Plan cancer	0	897
Projet e-Learning	0	426
Transfert indemnités	0	0
Prime d'informatique bandagistes	0	223
Projet "PBNbis"	0	132
Total	616.195	974.987

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

(1) Aide de l'INAMI au dispensateur pour s'informatiser

(2) Contrôle des laboratoires de biologie clinique

(3) Avant, ces dépenses étaient reprises dans les rubriques "médecins", "infirmiers" et "kinésithérapeutes".

5. Dépenses, effectifs, coûts moyens par régime, par âge et par sexe

Les statistiques reprises dans le tableau 7 indiquent, par tranches d'âges ainsi que par régimes et par sexes, les données suivantes :

- les dépenses de l'assurance soins de santé en 2012
- les affiliés des mutualités (effectifs) en 2012
- les coûts moyens calculés par bénéficiaire en 2012
- une comparaison des coûts moyens, d'une part, entre 2011 et 2012, et, d'autre part, entre 2010 et 2012.

Le dénominateur utilisé pour le calcul des coûts moyens du tableau 7 est l'effectif réparti en catégories d'âge sur base de la date de naissance. Dans les éditions précédentes du rapport annuel, les catégories d'âge avaient été construites sur base de l'année de naissance, sans tenir compte du mois ni du jour. Cette amélioration méthodologique a une incidence sur les coûts moyens calculés, en particulier pour la catégorie d'âge des personnes de 00 à 09 ans.

Pour le régime général, la distinction est faite entre les bénéficiaires ayant droit ou non à l'intervention majorée de l'assurance soins de santé ("BIM ou non-BIM").

abc L'intervention majorée permet à certaines catégories de bénéficiaires de payer un ticket modérateur (quote-part personnelle) moins important lors d'un séjour à l'hôpital, lors d'une consultation chez le médecin ou pour des médicaments.

Cette ventilation n'est pas reprise pour les travailleurs indépendants. L'intervention majorée est surtout sollicitée lors de la consultation des dispensateurs de soins et de prescription de médicaments. De plus, le nombre de bénéficiaires indépendants étant moindre, ce nombre réparti par tranches d'âges entre hommes et femmes risquerait de devenir insignifiant du point de vue statistique.



Depuis l'année comptable 2005, l'INAMI reçoit de nouveaux documents comptables et statistiques des O.A. Grâce à ces documents, la ventilation des données devient possible par âges et sexes des assurés. Auparavant, seule une ventilation sur base du régime était possible.

Tableau 7 - Dépenses, effectif des bénéficiaires, coût moyen et évolution du coût moyen - Répartition par régime, par âge et par sexe

Dépenses en 2012 (en milliers d'EUR)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général				Régime indépendant				Total général		
	non-BIM		BIM		Total		Total				
0 à 9 ans	306.328	393.616	116.124	162.512	978.579	36.051	47.633	83.684	1.062.264		
10 à 19 ans	283.928	280.924	137.369	161.039	863.261	38.977	41.828	80.806	944.066		
20 à 29 ans	573.217	320.856	194.896	164.717	1.253.686	42.143	29.306	71.449	1.325.135		
30 à 39 ans	779.626	434.455	245.038	226.984	1.686.103	66.217	61.402	127.618	1.813.722		
40 à 49 ans	811.564	638.336	365.970	319.649	2.135.519	89.630	128.314	217.944	2.353.463		
50 à 59 ans	1.042.201	971.219	504.802	435.769	2.953.991	116.056	184.658	300.715	3.254.706		
60 à 69 ans	1.106.359	1.259.073	619.487	525.351	3.510.269	112.547	157.701	270.248	3.780.517		
70 à 79 ans	1.171.567	1.222.816	852.080	547.233	3.793.696	157.539	146.345	303.883	4.097.579		
80 à 89 ans	1.256.814	838.187	1.418.053	536.480	4.049.535	228.055	148.023	376.078	4.425.613		
90 ans et +	366.463	138.646	537.230	116.032	1.158.371	86.842	29.591	116.433	1.274.804		
Total	7.698.066	6.498.128	4.991.050	3.195.767	22.383.011	974.057	974.801	1.948.858	24.331.868		

Effectif des bénéficiaires en 2012										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général				Régime indépendant				Total général		
	non-BIM		BIM		Total		Total				
0 à 9 ans	457.579	478.640	90.225	95.615	1.122.059	55.246	58.139	113.385	1.235.444		
10 à 19 ans	437.969	454.726	98.863	104.800	1.096.358	57.748	60.854	118.602	1.214.960		
20 à 29 ans	538.026	540.050	82.609	70.614	1.231.299	44.628	55.211	99.839	1.331.138		
30 à 39 ans	557.913	544.625	80.985	63.079	1.246.602	54.707	94.153	148.860	1.395.462		
40 à 49 ans	592.691	576.606	97.057	74.770	1.341.124	76.549	130.763	207.312	1.548.436		
50 à 59 ans	565.705	543.630	109.123	80.081	1.298.539	67.751	111.704	179.455	1.477.994		
60 à 69 ans	441.412	434.558	120.523	85.596	1.082.089	41.898	53.634	95.532	1.177.621		
70 à 79 ans	292.749	267.292	125.996	70.527	756.564	35.904	29.362	65.266	821.830		
80 à 89 ans	166.891	116.193	125.927	49.520	458.531	26.159	17.955	44.114	502.645		
90 ans et +	24.926	11.029	29.421	6.946	72.322	5.263	2.091	7.354	79.676		
Total	4.075.861	3.967.349	960.729	701.548	9.705.487	465.853	613.866	1.079.719	10.785.206		

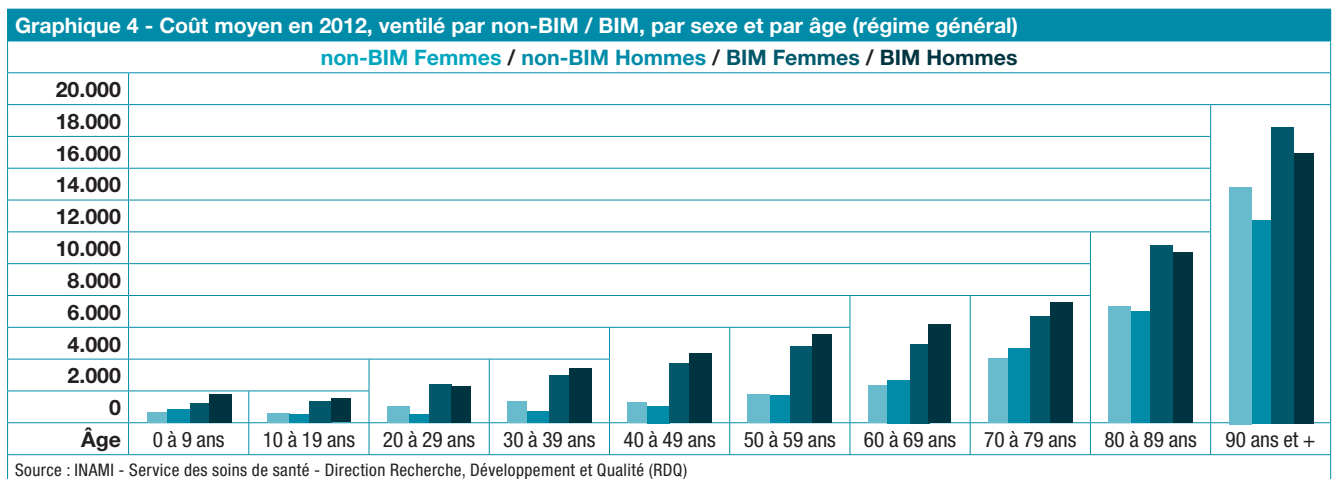
Coût moyen par bénéficiaire en 2012 (en EUR)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général				Régime indépendant				Total général		
	non-BIM		BIM		Total		Total				
0 à 9 ans	669,45	822,36	1.287,05	1.699,65	872,13	652,55	819,30	738,05	859,82		
10 à 19 ans	648,28	617,79	1.389,49	1.536,63	787,39	674,96	687,35	681,32	777,03		
20 à 29 ans	1.065,41	594,12	2.359,26	2.332,64	1.018,18	944,33	530,80	715,65	995,49		
30 à 39 ans	1.397,40	797,71	3.025,72	3.598,41	1.352,56	1.210,39	652,15	857,30	1.299,73		
40 à 49 ans	1.369,29	1.107,06	3.770,67	4.275,10	1.592,34	1.170,88	981,27	1.051,28	1.519,90		
50 à 59 ans	1.842,31	1.786,54	4.626,00	5.441,60	2.274,86	1.712,99	1.653,10	1.675,71	2.202,11		
60 à 69 ans	2.506,41	2.897,36	5.139,99	6.137,57	3.243,97	2.686,21	2.940,31	2.828,87	3.210,30		
70 à 79 ans	4.001,95	4.574,83	6.762,75	7.759,20	5.014,38	4.387,77	4.984,15	4.656,07	4.985,92		
80 à 89 ans	7.530,75	7.213,75	11.260,91	10.833,60	8.831,54	8.718,05	8.244,09	8.525,14	8.804,65		
90 ans et +	14.702,02	12.571,05	18.260,09	16.704,86	16.016,85	16.500,43	14.151,78	15.832,63	15.999,85		
Total	1.888,70	1.637,90	5.195,07	4.555,31	2.306,22	2.090,91	1.587,97	1.804,97	2.256,04		

Tableau 7 - Dépenses, effectif des bénéficiaires, coût moyen et évolution du coût moyen - Répartition par régime, par âge et par sexe (suite)									
Evolution du coût moyen par bénéficiaire de 2011 à 2012 (2011=100)						FEMMES - HOMMES			
Âge	Régime général				Total	Régime indépendant			Total général
	non-BIM		BIM			Total		Total	
0 à 9 ans	102,32	102,61	99,94	99,29	102,66	102,61	100,92	101,62	102,54
10 à 19 ans	102,44	104,89	101,10	101,75	104,07	101,53	109,80	105,64	104,18
20 à 29 ans	101,53	104,02	100,84	96,66	102,51	106,58	105,26	106,18	102,68
30 à 39 ans	102,67	103,47	101,15	99,37	103,53	101,49	103,94	102,37	103,51
40 à 49 ans	102,73	103,57	100,63	97,39	103,19	101,11	103,93	102,72	103,17
50 à 59 ans	101,37	101,99	103,77	102,56	102,42	101,23	102,02	101,70	102,33
60 à 69 ans	101,40	103,47	102,42	101,74	102,62	99,91	98,90	99,39	102,40
70 à 79 ans	101,71	102,80	103,12	104,68	102,47	100,28	100,49	100,37	102,32
80 à 89 ans	102,00	101,97	103,53	104,08	102,52	102,44	102,90	102,62	102,53
90 ans et +	103,09	104,80	102,51	101,39	102,54	102,58	104,77	103,02	102,58
Total	102,90	104,09	101,29	100,44	103,28	101,92	102,46	102,15	103,19
Evolution du coût moyen par bénéficiaire de 2010 à 2012 (2011=100)						FEMMES - HOMMES			
Âge	Régime général				Total	Régime indépendant			Total général
	non-BIM		BIM			Total		Total	
0 à 9 ans	106,81	106,26	95,16	97,37	106,90	107,27	105,46	106,20	106,74
10 à 19 ans	104,70	108,82	101,45	98,39	107,92	107,51	113,41	110,48	108,10
20 à 29 ans	103,85	105,59	100,62	95,61	106,07	108,44	107,00	108,21	106,14
30 à 39 ans	105,99	107,28	99,09	97,34	108,15	106,55	107,25	106,42	108,19
40 à 49 ans	105,79	106,85	99,36	95,51	107,79	106,22	109,00	107,75	107,83
50 à 59 ans	104,68	106,01	107,39	106,11	106,64	104,04	105,39	104,82	106,45
60 à 69 ans	105,06	106,42	108,19	107,83	106,76	103,10	104,04	103,75	106,59
70 à 79 ans	104,79	105,44	108,46	109,77	105,96	102,98	103,58	103,24	105,76
80 à 89 ans	104,31	103,65	109,05	109,20	105,96	105,11	108,12	106,23	105,98
90 ans et +	106,33	105,37	107,41	108,80	106,09	106,22	108,41	106,44	106,13
Total	107,46	108,55	102,16	100,57	107,97	105,06	106,62	105,74	107,80

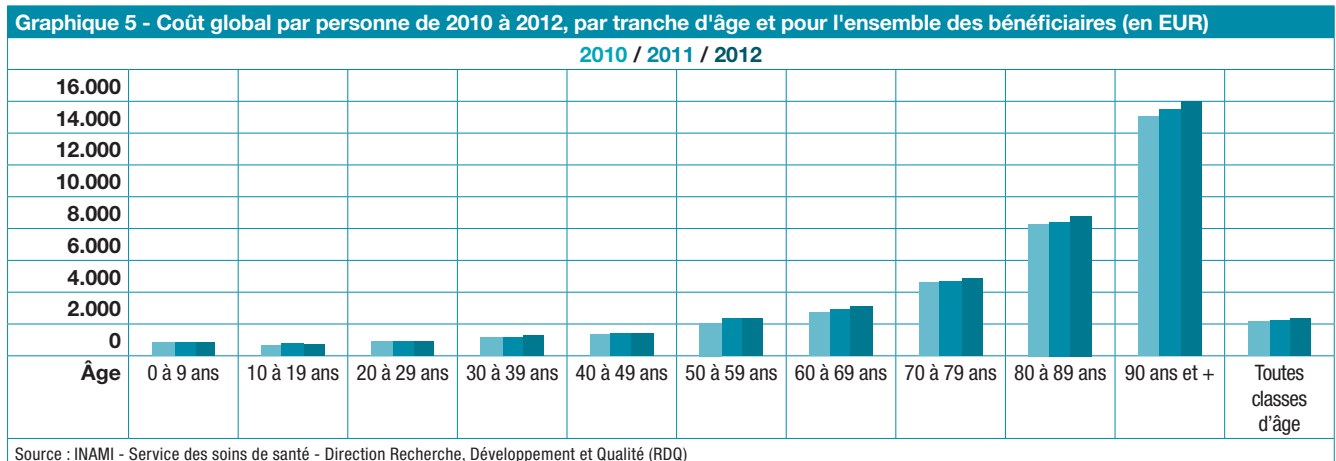
Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

La ventilation par âges et sexes des bénéficiaires provient des nouvelles statistiques des effectifs, sur base de la carte SIS. Les nouvelles statistiques remplacent définitivement les anciennes depuis le 1^{er} janvier 2007.

Le graphique 4 reprend les données du coût moyen en 2012 pour le régime général, ventilé par sexe, par droit ou non à l'intervention majorée (BIM ou non-BIM) et par tranche d'âge.



Le graphique 5 reprend le coût moyen global par personne de 2010 à 2012, par tranches d'âges et pour l'ensemble des bénéficiaires.



6. Montants remboursés et nombres d'actes en matière de prescriptions et de prestations des médecins et praticiens de l'art dentaire

Les tableaux 8 et 9 donnent un aperçu des montants et du nombre d'actes remboursés en matière :

- d'actes techniques prescrits
- de prestations effectuées.

Ces actes et ces prestations concernent les médecins généralistes, les médecins spécialistes en formation, les médecins spécialistes et les praticiens de l'art dentaire durant l'année comptable 2012.

Les tableaux donnent les montants et les actes pour les patients ambulants, pour les patients hospitalisés, ainsi que les totaux (ambulants + hospitalisés).

Le tableau 8 comprend le montant remboursé généré par un certain groupe de médecins ou par les praticiens de l'art dentaire, et le nombre de médecins ou praticiens de l'art dentaire concernés. Cette dernière mention est reprise parce que le nombre de ces dispensateurs de soins à l'origine des prescriptions ou des prestations varie.

Le tableau 8 contient aussi les montants des spécialités pharmaceutiques prescrites et le nombre de médecins ou praticiens de l'art dentaire concernés. Ceci permet une comparaison avec la prescription d'actes techniques.

Pour les actes techniques prescrits, les prescriptions de biologie clinique, imagerie médicale, matériel de synthèse (en milieu hospitalier), kinésithérapie et soins infirmiers sont les catégories les plus importantes.

La dénomination de praticiens de l'art dentaire regroupe les dispensateurs de soins qui ont la qualification de médecins spécialistes en stomatologie et de dentistes stomatologues. Les montants et les actes des praticiens de l'art dentaire comprennent aussi les montants et les actes pour les prestations en stomatologie.

Tableau 8 - Ventilation des montants remboursés (en EUR) pour les actes techniques prescrits et pour les prestations - année comptable 2012					
	Médecins généralistes	Médecins spécialistes en formation	Médecins spécialistes	Total médecins	Dentistes
Prescription actes techniques	Montants - Nombre de prescripteurs				
Patients ambulants	1.292.976.865,89 17.899	71.135.769,58 3.616	1.396.225.560,86 22.983	2.760.338.196,33 44.498	11.515.897,33 4.517
Patients hospitalisés	15.373.696,42 7.711	41.345.823,16 3.365	848.579.676,13 17.346	905.299.195,71 28.422	2.809.207,11 486
Total - Prescription actes techniques	1.308.350.562,31 18.170	112.481.592,74 3.719	2.244.805.236,99 23.517	3.665.637.392,04 45.406	14.325.104,44 4.575
Spécialités pharmaceutiques prescrites	Montants - Nombre de prescripteurs				
	1.755.868.731 19.901	44.564.624 3.690	876.865.846 25.314	2.677.299.192 48.905	9.771.687 8.381
Prestations	Montants - Nombre de dispensateurs				
Patients ambulants	1.187.199.943,79 13.606	3.083.803,71 1.299	3.228.138.440,08 19.934	4.418.422.187,58 34.839	847.375.253,14 8.091
Patients hospitalisés	10.376.404,62 3.095	10.310.604,88 1.322	1.821.152.386,31 17.091	1.841.839.395,81 21.508	10.209.450,63 1.046
Total - Prestations	1.197.576.348,41 13.665	13.394.408,59 1.544	5.049.290.826,39 20.194	6.260.261.583,39 35.403	857.584.703,77 8.093

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

Le tableau 9 reprend le nombre d'actes prescrits et prestés par les médecins et les praticiens de l'art dentaire, à l'exception des spécialités pharmaceutiques.

Tableau 9 - Ventilation du nombre d'actes techniques prescrits et des prestations prestées - année comptable 2012					
	Médecins généralistes	Médecins spécialistes en formation	Médecins spécialistes	Total médecins	Dentistes
Prescription actes techniques	Nombre d'actes - Nombre de prescripteurs				
Patients ambulants	215.461.047 17.899	8.353.309 3.616	138.997.076 22.983	223.817.972 44.498	521.962 4.517
Patients hospitalisés	5.361.779 7.711	13.962.535 3.365	94.418.764 17.346	113.743.078 28.422	140.323 486
Total - Prescription actes techniques	220.822.826 18.170	22.315.844 3.719	233.395.840 23.517	337.561.050 45.406	662.285 4.575
Prestations	Nombre d'actes - Nombre de dispensateurs				
Patients ambulants	58.294.073 13.606	145.840 1.299	212.611.768 19.934	271.051.681 34.839	30.057.040 8.091
Patients hospitalisés	578.201 3.095	208.399 1.322	102.324.838 17.091	103.111.438 21.508	147.410 1.046
Total - Prestations	58.872.274 13.665	354.239 1.544	314.936.606 20.194	374.163.119 35.403	30.204.804 8.093

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)




Des tableaux avec une information plus détaillée sur les dépenses et les actes par catégories de prescriptions ou de prestations sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Statistiques de l'INAMI > Statistiques des soins de santé.

7. Prescription de spécialités pharmaceutiques

Le tableau 10 présente les montants remboursés par l'assurance soins de santé pour les prescriptions de spécialités pharmaceutiques en 2012.

Les montants sont ventilés par grande classe ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification) et par type de prescripteur : médecins généralistes, médecins spécialistes en formation, médecins spécialistes et dentiste.

 Les données collectées ne se rapportent qu'aux spécialités pharmaceutiques remboursées prescrites et délivrées dans une officine publique.

Ne sont donc pas repris dans les données :

- les préparations magistrales
- les médicaments en vente libre
- les médicaments soumis à la prescription mais qui ne sont pas remboursés
- les médicaments qui sont remboursables en principe mais qui, en réalité, sont délivrés sans remboursement
- les médicaments délivrés dans les hôpitaux.

Tableau 10 - Montants remboursés pour les prescriptions de spécialités pharmaceutiques (en EUR) - Répartition selon les grandes classes ATC (année de délivrance 2012) (1)


ATC		Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médecins spécialistes en formation	Praticiens de l'art dentaire	Total
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme (ex. : médicaments contre les troubles gastriques, diabète)	204.379.938	69.243.127	3.950.064	222.957	277.796.086
B	Sang et système hématopoïétique (ex. : antithrombotiques)	99.514.184	55.980.970	5.308.967	93.383	160.897.504
C	Système cardio-vasculaire (ex. : hypertension, cholestérol)	542.650.166	57.524.744	4.646.586	471.683	605.293.179
D	Préparations dermatologiques (ex. : antimycosiques, antiacné)	18.510.838	12.695.499	558.908	40.736	31.805.981
G	Système uro-génital et hormones sexuelles (ex. : contraceptifs)	17.698.682	9.941.576	441.462	31.346	28.113.066
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	42.547.072	38.848.140	2.486.722	60.024	83.941.958
J	Anti-infectieux à usage systémique (ex. : antibiotiques, SIDA, vaccins)	149.019.537	112.199.767	8.378.657	6.245.397	275.843.359
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs (ex. : médicaments contre le cancer, contre les rejets)	65.837.777	305.661.359	7.165.435	66.967	378.731.538
M	Système squelettique et musculaire (ex. : anti-inflammatoires)	81.429.301	16.994.750	1.312.312	1.968.705	101.705.067
N	Système nerveux central (ex. : antidépresseurs)	329.287.016	122.876.884	6.896.228	298.141	459.358.270
P	Antiparasitaires	674.930	545.365	56.505	62.743	1.339.542
R	Système respiratoire (ex. : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive)	182.521.917	43.211.175	2.075.872	171.701	227.980.665
S	Organes sensoriels (ex. : médicaments pour les yeux)	10.102.355	26.916.655	976.084	33.640	38.028.734
V	Divers (ex. : oxygène)	11.695.016	4.225.837	310.813	4.264	16.235.930
	Total	1.755.868.731	876.865.846	44.564.615	9.771.687	2.687.070.878

Source : INAMI - Service des soins de santé – Section Pharmanet

(1) Uniquement les montants remboursés par l'assurance soins de santé

ÉVOLUTION 2008-2012

Le tableau 11 présente l'évolution sur la période 2008-2012 des montants remboursables, des tickets modérateurs, des DDD (Defined Daily Doses ou doses journalières moyennes) et du coût moyen.

 Les DDD (Defined Daily Doses ou doses journalières moyennes) donnent une indication de l'évolution du volume. Le nombre de DDD est une estimation du nombre de journées de traitement, calculé d'après une posologie journalière moyenne définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le coût moyen est le rapport montants remboursés/DDD. Il reflète le coût par jour de traitement pour l'assurance.

Les totaux pour 2012 du tableau 11 sont légèrement supérieurs à ceux du tableau 10. En effet, pour une partie des données, la qualification du prescripteur n'a pas pu être déterminée. Ces données ne sont donc pas reprises au tableau 10.



Le coût total des spécialités pharmaceutiques est la somme de la part remboursée par l'assurance soins de santé et des parts payées par les patients.

Tableau 11 - Prescription de spécialités pharmaceutiques - Répartition selon les grandes classes ATC

	Montants remboursés par l'assurance (en EUR)	2008	2009	2010	2011	2012
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	279.705.978	278.414.806	271.774.101	282.209.222	278.162.582
B	Sang et système hématopoïétique	154.572.828	167.079.787	155.769.339	150.667.140	161.213.330
C	Système cardio-vasculaire	625.356.021	646.712.549	651.813.390	647.963.242	606.064.210
D	Préparations dermatologiques	28.083.920	27.150.729	30.522.477	31.475.856	31.915.403
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	33.390.399	30.984.090	31.311.481	30.276.171	28.248.380
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	73.988.252	75.730.918	82.952.396	86.144.405	84.057.099
J	Anti-infectieux à usage systémique	267.084.007	262.653.247	262.805.754	272.915.144	276.568.945
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	316.006.889	343.133.301	365.910.151	379.100.952	379.228.820
M	Système squelettique et musculaire	107.388.152	99.573.001	101.203.773	100.753.875	101.929.692
N	Système nerveux central	443.148.295	455.158.756	469.549.511	491.180.797	460.656.156
P	Antiparasitaires	824.315	855.151	1.146.899	1.286.092	1.343.421
R	Système respiratoire	218.352.773	228.904.174	226.493.103	231.415.818	228.360.574
S	Organes sensoriels	30.982.713	32.306.299	39.053.299	42.582.701	38.155.003
V	Divers	26.952.618	26.868.189	26.193.837	25.431.604	16.341.396
	Total	2.605.837.161	2.675.524.998	2.716.499.512	2.773.403.019	2.692.245.012
	Tickets modérateurs (en EUR)	2008	2009	2010	2011	2012
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	59.492.100	55.676.720	50.008.937	49.970.701	47.739.264
B	Sang et système hématopoïétique	25.834.985	26.947.625	20.755.799	19.728.432	20.259.468
C	Système cardio-vasculaire	167.543.954	163.015.891	150.877.617	145.354.910	144.672.832
D	Préparations dermatologiques	7.309.010	6.864.539	6.866.413	6.842.002	7.029.886
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	34.362.251	30.839.596	24.558.718	20.624.938	19.025.923
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	5.714.028	5.519.669	5.394.988	5.302.430	5.507.606
J	Anti-infectieux à usage systémique	62.347.739	61.580.656	54.927.171	52.579.634	48.541.787
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	2.203.627	2.338.356	2.519.200	2.826.130	3.494.431
M	Système squelettique et musculaire	33.980.316	32.813.853	27.852.345	24.866.060	23.388.373
N	Système nerveux central	104.015.828	100.290.619	95.839.880	96.531.588	96.714.738
P	Antiparasitaires	249.121	257.846	261.618	269.750	294.031
R	Système respiratoire	80.138.691	84.177.600	78.767.913	79.203.338	80.019.376
S	Organes sensoriels	7.802.787	7.943.535	8.206.311	8.655.133	8.394.457
V	Divers	239.326	220.809	226.619	230.967	238.412
	Total	591.233.763	578.487.315	527.063.529	512.986.014	505.320.584
	DDD	2008	2009	2010	2011	2012
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	498.474.489	544.076.637	578.147.768	608.351.578	638.193.509
B	Sang et système hématopoïétique	139.656.561	321.094.300	357.313.999	380.933.619	400.600.181
C	Système cardio-vasculaire	1.776.301.049	1.868.213.049	1.925.951.464	1.954.535.948	1.982.960.119
D	Préparations dermatologiques	25.594.764	25.451.166	25.485.004	25.729.901	26.331.512
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	304.779.305	294.617.728	281.550.861	272.369.095	267.815.925
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	150.611.212	156.388.281	161.363.446	165.309.114	169.044.032
J	Anti-infectieux à usage systémique	122.150.057	126.522.702	125.892.014	129.232.543	133.227.239
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	43.587.902	45.671.377	47.401.848	49.389.270	50.966.423
M	Système squelettique et musculaire	240.654.936	243.269.768	242.902.873	246.556.952	252.916.426
N	Système nerveux central	446.096.718	464.847.005	486.869.460	509.168.107	523.413.953
P	Antiparasitaires	1.734.938	1.849.328	1.946.920	2.046.819	2.174.845
R	Système respiratoire	374.376.476	393.055.290	404.672.535	421.857.189	431.890.384
S	Organes sensoriels	75.265.033	73.629.722	75.308.184	74.746.647	72.833.436
V	Divers	1.549.390	1.558.979	1.618.384	1.630.437	1.224.341
	Total	4.200.832.831	4.560.245.333	4.716.424.759	4.841.857.219	4.953.592.323

Tableau 11 - Prescription de spécialités pharmaceutiques - Répartition selon les grandes classes ATC (suite)

	Coût moyen (montants remboursés/DDD) (en EUR)	2008	2009	2010	2011	2012
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	0,56	0,51	0,47	0,46	0,44
B	Sang et système hématopoïétique	1,11	0,52	0,44	0,40	0,40
C	Système cardio-vasculaire	0,35	0,35	0,34	0,33	0,31
D	Préparations dermatologiques	1,10	1,07	1,20	1,22	1,21
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	0,49	0,48	0,51	0,52	0,50
J	Anti-infectieux à usage systémique	2,19	2,08	2,09	2,11	2,08
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	7,25	7,51	7,72	7,68	7,44
M	Système squelettique et musculaire	0,45	0,41	0,42	0,41	0,40
N	Système nerveux central	0,99	0,98	0,96	0,96	0,88
P	Antiparasitaires	0,48	0,46	0,59	0,63	0,62
R	Système respiratoire	0,58	0,58	0,56	0,55	0,53
S	Organes sensoriels	0,41	0,44	0,52	0,57	0,52
V	Divers	17,40	17,23	16,19	15,60	13,35

Source : INAMI - Service des soins de santé - Section Pharmanet

En 2008, le taux de croissance (+7,8%) des montants remboursés (dépenses de l'assurance soins de santé) s'est situé, à nouveau, à des niveaux comparables à ce qu'on observait en 2007 et les années antérieures à 2005. Et cela après des années de baisse des dépenses (2005 et 2006), suite aux mesures budgétaires prises dans ce secteur qui ont mené à une diminution des coûts des médicaments.

En 2008 le pourcentage de croissance apparent s'élève à 13,6% mais une partie de cette augmentation est en réalité due à l'intégration des indépendants dans l'assurance obligatoire des "petits risques". Le taux de croissance réel est de 7,8%. La croissance des dépenses en 2009, 2010 et 2011 est positive, mais bien en deçà (+2,7%, +1,5% et +2,1%). En 2012, les dépenses ont à nouveau baissé de 2,9%. Cette année-là, la baisse des coûts moyens s'est poursuivie (l'entrée de l'atorvastatine dans le Remboursement de référence a un impact considérable), tandis que les volumes augmentent beaucoup moins que les années précédentes. Le nombre total de DDD s'est accru de 2,6% en 2011 et de 2,3% en 2012. Ce sont les deux plus bas taux de croissance observés depuis 15 ans (5,4% en moyenne).

Deux facteurs sont à l'origine de l'évolution globale des dépenses :

- l'évolution du coût moyen
- l'évolution du volume (DDD).

Évolution du coût moyen

Le coût moyen baisse durant la période 2008-2012 de 12,2%.

Le coût moyen augmente fortement dans certaines classes ATC. Ce sont notamment des classes dans lesquelles apparaissent de nouvelles spécialités (qui permettent de soigner de nouveaux patients ou qui remplacent d'anciennes thérapies généralement moins chères). Les nouveautés représentent les pourcentages du coût moyen les plus importants dans la classe L (cytostatiques, agents immunomodulateurs).

La classe S (organes sensoriels) augmente également fortement en pourcentage. Cette hausse est une conséquence de la réforme du mode de rémunération des pharmaciens. Dans cette classe où de nombreux médicaments ont des prix ex-usine très bas (moins de 2 EUR parfois), le paiement d'un honoraire fixe de plus de 4 EUR par délivrance a conduit à une augmentation du coût moyen par DDD.

Le coût moyen diminue dans d'autres classes importantes, telles que :

- la classe A (tractus gastro-intestinal et métabolisme) : une conséquence des mesures budgétaires (remboursement de référence, baisse du prix des vieux médicaments) et de la concurrence croissante exercée par les médicaments génériques dans ces classe
- la classe B (sang et système hématopoïétique) : une conséquence du remboursement depuis 2008 de l'aspirine en prévention cardiovasculaire (ayant un coût par DDD très bas)
- la classe C (système cardio-vasculaire) : une conséquence des mesures budgétaires (remboursement de référence –notamment l'atorvastatine-, baisse du prix des vieux médicaments)
- la classe N (système nerveux central) : une conséquence des mesures budgétaires (remboursement de référence, baisse du prix des vieux médicaments).

Évolution du volume

Le volume augmente de 17,7% durant la période 2008-2012.

La croissance du volume est parmi les plus fortes dans :

- la classe A (principalement les inhibiteurs d'acides gastriques et les antidiabétiques oraux)
- la classe B (l'aspirine en prévention cardiovasculaire)
- la classe C (les antagonistes calciums, les inhibiteurs ACE et les médicaments contre le cholestérol)
- la classe L (les immunosuppresseurs : les inhibiteurs TNF-alpha et les autres immunosuppresseurs)
- la classe N (les analgésiques, les antiépileptiques, les antipsychotiques et les antidépresseurs)
- la classe R (sympathomimétiques par inhalation).

La baisse du coût moyen global de la période 2008-2012 est plus que contrebalancée par l'augmentation du volume, ce qui entraîne une croissance de 3,3% des dépenses.

La plus forte croissance absolue se retrouve dans la classe L (+63 millions EUR).

Malgré une réduction du coût moyen, les dépenses de la classe N sont également plus élevées en 2012 qu'en 2008 (+18 millions EUR). C'est dû à une croissance plus élevée des volumes.

La classe C connaît la réduction des dépenses la plus importante en termes absolus (-19 millions EUR).

Pour les autres classes, les augmentations et réductions en valeur absolue restent limitées.


II. Statistiques des indemnités

1. Régime général

a. Régime général - Incapacité primaire

Tableau 1 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) – Evolution 2009-2013					
Nombre de jours - Dépenses					
	2009	2010	2011	2012	2013
Ouvriers	20.462.553 816.880.914	21.384.468 873.002.273	22.620.901 938.272.906	23.067.749 981.324.294	23.811.060 1.035.770.771
Employés	8.970.743 393.341.296	9.519.927 412.380.602	10.075.193 458.510.160	10.119.625 475.431.232	10.739.174 519.356.808
Rectifications relatives à des exercices antérieurs	1.158	-1.796	-2.706	-3.405	1.370
Total général	29.433.296 1.210.223.367	30.904.395 1.285.381.079	32.696.094 1.396.780.361	33.187.374 1.456.752.121	34.550.234 1.555.128.948
Évolution par rapport à l'année précédente	2,99% 9,26%	5,00% 6,21%	5,80% 8,67%	1,50% 4,29%	4,11% 6,75%


Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

 La première année d'incapacité de travail est appelée "période d'incapacité primaire". Lorsque la maladie atteint une année, le titulaire toujours reconnu en incapacité de travail entre dans une période d'invalidité (voir chiffres point c).

Le tableau 1 donne, pour des périodes d'incapacité primaire, les jours et les montants indemnisés entre 2009 et 2013 par état social. Le nombre de jours et les montants indemnisés sont plus élevés chez les ouvriers que chez les employés.

Deux facteurs peuvent expliquer cette tendance :

- la durée de la période de salaire garanti

 La période de salaire garanti est la période durant laquelle le travailleur reste à charge de l'employeur. Les ouvriers bénéficient d'une période de salaire garanti plus courte que les employés. Cette période est de 2 semaines calendrier pour les ouvriers et de 30 jours pour les employés. Les ouvriers sont donc plus rapidement à charge de l'assurance indemnité.

- la nature du travail effectué par chacun de ces 2 groupes. Les ouvriers exécutent généralement des tâches plus lourdes et plus dangereuses que les employés. Ils connaissent des risques accrus de blessures ou d'accidents entraînant une période d'incapacité de travail.

Le tableau 1 donne également l'évolution exprimée en pourcentage par rapport à l'année précédente.

Tableau 2 - Nombre de cas de maladie terminés répartis selon la durée de l'incapacité de travail Evolution 2009 - 2013					
Durée	2009	2010	2011	2012	2013
1 - 14 jours	45.165	41.534	41.621	40.708	43.125
15 - 98 jours	217.828	223.181	230.138	224.933	219.599
99 - 337 jours	87.108	90.536	95.573	95.523	102.828
338 - 365 jours	41.547	43.824	46.571	50.681	47.370
Total	391.648	399.075	413.903	411.845	412.922

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 2 montre la durée des périodes d'incapacité primaire. Ce tableau répartit les cas indemnisés en incapacité primaire selon la durée totale de l'incapacité de travail reconnue exprimée en jours. Seuls les cas dont l'incapacité de travail s'est terminée au cours de chacune des années examinées (2009 à 2013) peuvent être répertoriés dans une catégorie de durée déterminée. Les cas d'incapacité de travail dont la durée d'incapacité n'est pas supérieure à la période de salaire garanti (14 jours pour les ouvriers et 30 jours pour les employés) et qui ne sont donc pas indemnisés par l'assurance maladie ne sont pas repris dans ces chiffres. Si l'incapacité se prolonge au delà de la période de salaire garanti, le cas est codifié pour la durée totale de l'incapacité.

Les cas ayant une durée inférieure à 15 jours concernent principalement des chômeurs. Les chômeurs ne bénéficient d'aucune période de salaire garanti et sont par conséquent à charge de l'assurance indemnité dès le premier jour de l'incapacité. Ce groupe de titulaires représente 10,44% des cas.

La majorité des titulaires en incapacité primaire (53,18%) ont une durée d'incapacité comprise entre 15 et 98 jours. La plupart des titulaires reprennent leur activité professionnelle dans les 3 mois qui suivent le début de l'incapacité. Le nombre de titulaires diminue ensuite progressivement : 102.828 cas, soit 24,90%, ont une durée d'incapacité comprise entre 99 et 337 jours.

La dernière période d'incapacité primaire (qui compte seulement un mois) regroupe 11,47% des cas. Ces titulaires, qui sont en incapacité de travail depuis près d'1 an, ont généralement de sérieux problèmes de santé. Une grande majorité des titulaires repris dans ce dernier groupe entrera vraisemblablement en invalidité.

Tableau 3 - Nombre moyen de jours indemnisés par cas et nombre moyen de cas de maladies par 1.000 titulaires - Évolution 2009-2013										
Durée d'indemnisation moyenne par cas - Nombre moyen de cas										
	2009		2010		2011		2012		2013	
Ouvriers	71,20	143,36	72,14	144,46	73,70	148,20	77,00	147,76	78,96	147,49
Employés	73,85	63,69	76,11	65,37	77,00	67,47	78,85	66,62	80,58	67,86
Total	71,98	104,90	73,33	106,20	74,68	109,19	77,55	108,36	79,46	108,59

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 3 donne :

- la durée moyenne d'indemnisation par cas de maladie en période d'incapacité primaire
- le nombre moyen de cas de maladie pour 1000 titulaires.

La durée de la période de salaire garanti (2 semaines pour les ouvriers et 1 mois pour les employés) et la nature du travail expliquent les différences entre les chiffres des ouvriers et des employés.

b. Régime général - Maternité

Tableau 4 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2009-2013										
Nombre de jours - Dépenses										
	2009		2010		2011		2012		2013	
Période de repos de maternité										
Ouvrières	2.653.312	121.439.792	2.616.754	119.776.526	2.577.144	119.135.377	2.535.707	120.916.161	2.445.988	118.842.380
Employées	4.533.616	284.373.093	4.633.219	293.609.263	4.612.798	300.093.854	4.503.432	302.389.157	4.486.977	308.946.979
Total	7.186.928	405.812.885	7.249.973	413.385.789	7.189.942	419.229.232	7.039.139	423.305.318	6.932.965	427.789.359
Période d'écartement du travail										
Ouvrières	534.097	15.933.809	618.112	23.989.934	729.386	35.017.007	746.668	37.321.998	754.193	38.429.076
Employées	1.408.552	49.666.484	1.717.433	78.867.440	1.919.316	113.775.420	1.913.122	118.495.331	1.988.299	125.979.897
Total	1.942.649	65.600.293	2.335.545	102.857.374	2.648.702	148.792.427	2.659.790	155.817.330	2.742.492	164.408.973
Total à charge de l'AMI (1) (2)	1.466.591		2.462.545		2.648.702		2.659.790		2.742.492	
Congé de paternité	392.314	35.550.511	402.648	36.711.043	411.460	38.422.978	403.772	38.871.788	394.920	38.875.200
Congé d'adoption	11.676	931.692	12.281	1.001.957	11.179	920.011	9.308	775.791	7.567	659.899
Rectifications relatives à des exercices antérieurs		1.695		1.104		1.104		129		987
Total général	9.533.567	507.897.076	10.000.447	553.957.267	10.261.283	607.365.751	10.112.009	618.770.355	10.077.944	631.734.418
Évolution par rapport à l'année précédente	3,04%	8,12%	4,90%	9,07%	2,61%	9,64%	-1,45%	1,88%	-0,34%	2,10%
Invalidité	92.782	4.354.970	104.821	5.071.995	117.209	5.859.140	119.307	6.156.205	140.682	7.335.375
(1) Nombre de jours indemnisés par l'assurance indemnités après déduction des jours qui ont finalement été pris en charge par le Fond des maladies Professionnelles (FMP).										
(2) Au 1 ^{er} janvier 2010, les cas d'écartements du travail pour cause de grossesse qui relevaient auparavant de la compétence du FMP ont été pris en charge par l'INAMI. D'une manière générale, les travailleuses enceintes écartées du travail à partir de cette date perçoivent une indemnité journalière égale à 78,237% de la rémunération perdue (limitée au plafond AMI). Cette mesure concerne uniquement les écartements du travail pour cause de grossesse ; les titulaires écartées du travail pour cause d'allaitement sont toujours indemnisées à 60% du salaire perdu (limitée au plafond AMI).										
Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques										

Le tableau 4 comprend :

- **Dépenses relatives à l'assurance maternité**



Le rôle de l'assurance maternité est de fournir un revenu de remplacement durant la période de maternité. La période de repos prénatal prend cours, à la demande de l'intéressée, au plus tôt au début de la 6^e semaine précédant la date présumée de l'accouchement. Le repos postnatal se compose d'une période de 9 semaines qui débute le jour de l'accouchement.

Lorsque le repos de maternité se situe dans une période durant laquelle l'intéressée est reconnue invalide, les jours indemnisés et les dépenses correspondantes sont donnés de manière distincte. En 2013, les dépenses relatives à ce groupe restreint s'élevaient à 7.335.375 EUR pour 140.682 jours indemnisés. Les montants indemnisés en maternité s'élèvent à 427.789.359 EUR pour 6.932.965 jours.

- **Dépenses concernant l'écartement du milieu de travail**

La loi sur le travail du 16 mars 1971 impose à l'employeur de prendre certaines dispositions lorsqu'une travailleuse est enceinte. Si un risque est constaté dans l'exercice de la fonction de la travailleuse enceinte, l'exposition à ce risque doit être évitée. La travailleuse peut ainsi être écartée de son milieu de travail et bénéficier d'une indemnité. Les jours et les montants indemnisés se chiffrent à 2.742.492 jours et 164.408.973 EUR. Les fortes hausses des jours et montants indemnisés en 2010 et en 2011 sont principalement liées au transfert de compétence intervenu entre le FMP et l'INAMI au 1^{er} janvier 2010 ainsi qu'à l'adaptation du taux d'indemnisation de l'écartement prénatal de 60 à 78,237%.

○ Dépenses relatives au congé de paternité

Le congé de paternité est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2002. Les pères ont droit à un congé de 10 jours dont les 3 premiers sont à charge de l'employeur. Les 7 jours restants donnent droit à une indemnité versée par les mutualités. Le nombre de jours et les montants indemnités en congé de paternité ont connu une hausse constante depuis l'année de son introduction jusqu'à 2011 pour ensuite diminuer légèrement en 2012 et 2013. Ce congé introduit en 2002 semble avoir atteint son rythme de croisière.

○ Dépenses concernant le congé d'adoption

Le travailleur qui adopte un enfant a droit à un congé d'adoption d'une durée ininterrompue de maximum 6 semaines si l'enfant a moins de trois ans au début de ce congé. Ce congé est de maximum 4 semaines si l'âge de l'enfant est compris entre 3 et moins de 8 ans. Le congé d'adoption prend fin une fois que l'enfant a atteint l'âge de 8 ans. Le congé d'adoption a d'abord connu un succès croissant de 2002 à 2011 tout comme le congé de paternité mais a ensuite régressé consécutivement en 2012 et en 2013.

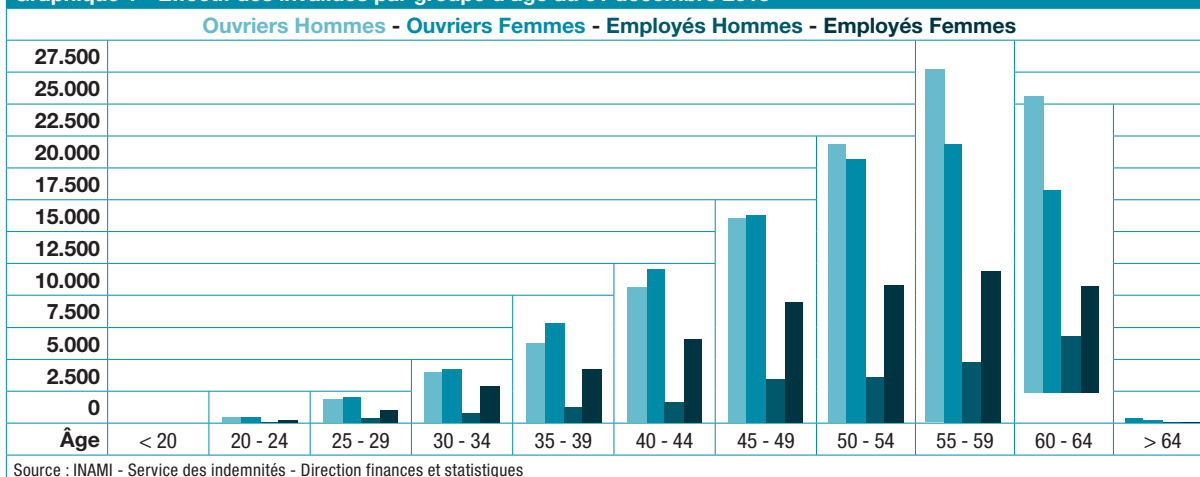
c. Régime général - Invalidité

Tableau 5 - Effectif des invalides par groupe d'âge, au 31 décembre 2013

Groupe d'âge	Ouvriers Hommes	Ouvriers Femmes	Employés Hommes	Employés Femmes	Total
< 20	2	2	0	1	5
20 - 24	523	512	81	256	1.372
25 - 29	2.047	2.317	354	1.317	6.035
30 - 34	4.496	4.746	798	2.903	12.943
35 - 39	6.788	7.560	1.302	4.744	20.394
40 - 44	10.994	12.240	1.971	7.116	32.321
45 - 49	16.595	16.969	2.731	9.946	46.241
50 - 54	22.678	21.455	3.889	11.993	60.015
55 - 59	27.031	22.323	4.928	12.306	66.588
60 - 64	23.553	15.859	4.636	8.799	52.847
> 64	295	183	73	96	647
Total	115.002	104.166	20.763	59.477	299.408

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Graphique 1 - Effectif des invalides par groupe d'âge au 31 décembre 2013



Comme nous le montrent le tableau 5 et le graphique 1, le nombre d'invalides croît à mesure que l'âge augmente. Cette constatation est logique compte tenu du fait que la probabilité de tomber malade augmente également avec l'âge.

Tableau 6 - Effectif des invalides par groupe de maladies, au 31 décembre - Évolution 2009-2013

Groupe de maladies	2009	2010	2011	2012	2013
1. Maladies infectieuses et parasitaires	2.131	2.217	2.248	2.286	2.403
2. Tumeurs	15.103	16.083	16.742	17.591	18.462
3. Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	5.598	5.733	5.865	5.967	6.140
4. Maladies du sang et des organes des hématopoïdes	413	433	447	468	520
5. Troubles mentaux	83.247	88.535	92.899	98.171	104.291
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	14.883	15.512	16.149	16.869	17.797
7. Maladies de l'appareil circulatoire	19.427	19.571	19.549	19.772	19.963
8. Maladies de l'appareil respiratoire	5.669	5.689	5.736	5.798	5.792
9. Maladies de l'appareil digestif	6.247	6.404	6.532	6.732	7.008
10. Maladies des organes génito-urinaires	2.042	2.110	2.230	2.320	2.422
11. Complications de la grossesse et accouchement	523	481	509	527	504
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1.320	1.375	1.441	1.543	1.579
13. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	65.146	69.583	74.192	79.643	86.071
14. Anomalies congénitales	1.577	1.602	1.614	1.624	1.643
15. Affections trouvant origine dans la période périnatale	19	19	21	23	23
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	5.260	5.427	5.605	5.696	5.693
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	16.538	17.080	17.635	18.383	18.955
Non défini	66	81	85	128	142
Total	245.209	257.935	269.499	283.541	299.408

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 6 donne le nombre d'invalides répertoriés au 31 décembre des 5 dernières années ventilé selon le groupe de maladie dans lequel les invalides ont été reconnus. Les principaux groupes de maladie sont les groupes 5, 13 et 7.

Au 31 décembre 2013, les pourcentages des invalides appartenant à ces différents groupes sont respectivement de 34,83%, 28,75% et 6,67%. Le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) a fortement augmenté entre 2009 et 2013. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif (affections du plan dorsal, rhumatismes articulaires, etc.) restent toutefois une cause importante d'invalidité. L'importance des maladies de l'appareil circulatoire (infarctus, arythmie, hypertension, thromboses, etc.) a plutôt tendance à diminuer alors que le nombre de tumeurs (tumeur du sein, leucémie, etc.) croît chaque année.

Tableau 7 - Nombre de jours indemnités et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2009-2013

Nombre de jours - Dépenses										
	2009		2010		2011		2012		2013	
Ouvriers - Hommes	30.038.025	1.273.293.957	31.044.786	1.355.567.179	31.986.210	1.429.552.719	32.893.458	1.513.252.110	34.244.042	1.609.840.150
Ouvriers - Femmes	23.083.667	791.921.571	24.783.478	879.407.762	26.389.299	965.689.847	28.013.348	1.065.829.383	29.991.898	1.169.363.997
Ouvriers - Total	53.121.692	2.065.215.528	55.828.264	2.234.974.941	58.375.509	2.395.242.566	60.906.806	2.579.081.493	64.235.940	2.779.204.147
Employés - Hommes	5.882.803	260.683.664	6.095.739	279.897.042	6.301.884	294.693.528	6.528.718	312.567.582	6.806.414	331.159.222
Employés - Femmes	14.228.675	520.069.015	15.433.034	586.291.940	16.534.566	646.780.658	17.571.921	712.275.992	18.777.703	777.781.269
Employés - Total	20.111.478	780.752.679	21.528.773	866.188.981	22.836.450	941.474.186	24.100.639	1.024.843.574	25.584.117	1.108.940.491
Subtotal	73.233.170	2.845.968.207	77.357.037	3.101.163.922	81.211.959	3.336.716.752	85.007.445	3.603.925.067	89.820.057	3.888.144.638
Divers	-208	-5.038	-467	-7.071	-308	170	1.759	39.873	-1.069	-26.712
Prime de rattrapage		0		10.999.275		48.895.375		52.129.171		74.058.678
Total général	73.232.962	2.845.963.169	77.356.570	3.112.156.126	81.211.651	3.385.612.297	85.009.204	3.656.094.110	89.818.988	3.962.176.604
Evolution par rapport à l'année précédente	5,04%	8,55%	5,63%	9,35%	4,98%	8,79%	4,68%	7,99%	5,66%	8,37%

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le Tableau 7 donne les jours et les montants indemnités en invalidité de 2009 à 2013.

Il ressort clairement de ces chiffres que le nombre de jours indemnités en invalidité est en constante augmentation depuis ces dernières années. Cette tendance est liée à l'augmentation constante du nombre d'invalides et peut être expliquée par les raisons suivantes :

- **Le relèvement de l'âge de la pension des femmes**

L'âge de la pension des femmes a été progressivement aligné sur celui des hommes et l'égalité a été atteinte en 2009. Cette mesure implique notamment que les femmes peuvent rester plus longtemps en invalidité ou entrer à un âge plus avancé en invalidité.

- **Le taux croissant de participation des femmes sur le marché du travail**

Au cours de ces dernières années, le taux de participation des femmes sur le marché du travail a fortement augmenté y compris dans les tranches d'âges plus élevées. La société évolue de plus en plus vers un modèle de ménages à double revenus où aussi bien l'homme que la femme prend part à la vie active. Le nombre de titulaires assujettis à l'assurance indemnité, et donc susceptibles d'entrer en incapacité de travail, augmente.

- **Le vieillissement de la population**

Le vieillissement de la population belge est un fait. En analysant l'évolution de la population belge par tranches d'âge, on peut constater que le nombre de personnes repris dans la tranche 50-59 ans est en croissance. Dans les tranches d'âge plus jeunes, on enregistre une tendance à la baisse. Vu que l'incapacité de travail est un phénomène qui croît avec l'âge, l'augmentation du nombre de personnes âgées engendre un nombre plus important de cas d'incapacité primaire et d'invalidité.

o Nouvelles pathologies

D'importants glissements s'opèrent dans les pathologies qui entraînent une invalidité. Notamment, grâce au progrès de la science médicale, certaines maladies peuvent être correctement traitées. C'est le cas pour les maladies cardiovasculaires. Par contre, le nombre d'invalides souffrant de troubles psychiques et de maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif augmente considérablement. A ce sujet, de plus en plus d'analyses soulignent le lien entre stress, conditions de travail, manque d'intérêt pour le travail d'une part, et incapacité de travail d'autre part. L'environnement de travail a un impact très important sur le retour au travail. Les relations avec les collègues, la hiérarchie et l'ambiance au travail en général, sont déterminants dans la motivation d'un titulaire en incapacité de travail à reprendre ou non une activité à temps partiel.

Des études complémentaires en matière d'incapacité de travail permettront de mieux cerner les phénomènes à l'origine de l'incapacité de travail. Le centre de connaissance mis en place dans le secteur des indemnités a pour but d'améliorer la connaissance de l'incapacité de travail et de développer des instruments de soutien à l'autorité et, en collaboration avec le service, de construire une plus large expertise des divers domaines de l'incapacité de travail. Sur base de cette meilleure compréhension, le rôle de soutien de l'autorité pourra à l'avenir être renforcé.

d. Réadaptation professionnelle

Les compétences relatives à la réinsertion professionnelle ont été transférées du secteur des soins de santé vers le secteur des indemnités au 1^{er} juillet 2009. A partir de cette date, les dépenses liées aux programmes de réinsertion professionnelle sont prises en charge par l'assurance indemnité.

Les dépenses sont reprises ci-après :

Tableau 8 - Dépenses (en EUR) et cas en réadaptation professionnelle - Evolution 2009 - 2013					
	2009	2010	2011	2012	2013 (1)
Examen d'orientation professionnelle	48.357,05	159.928,36	231.379,45	279.924,57	2.674.028,69
Inscription à des cours et examens	361.776,06	988.264,78	948.931,82	1.276.174,88	2.115.746,54
Frais de séjour	17.763,84	96.670,20	137.194,69	158.646,26	45.475,54
Frais de déplacement	26.752,81	87.613,35	101.291,22	145.587,17	216.425,78
Matériel	5.537,11	7.245,02	10.365,17	11.806,15	29.362,69
Prime horaire	1.698,44	46.528,63	123.470,68	601.103,21	881.492,30
Prime forfaitaire (en cas de réussite de la formation)	0,00	2.000,00	5.500,00	21.500,00	33.350,00
Coûts liés à l'intégration effective après un programme de réadaptation professionnelle	0,00	0,00	329,68	0,00	1.000,00
Total	461.885,31	1.388.250,34	1.558.462,71	2.494.742,24	5.996.881,54
Cas	-	435	527	623	1.593
(1) Chiffres provisoires					
Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques					

De 2012 à 2013, les dépenses totales liées à la réadaptation professionnelle sont passées de 2.494.742,24 EUR à 5.996.881,54 EUR, soit une augmentation de 140,38%.

L'augmentation du nombre de dossiers soumis et approuvés par la CSCMI et l'augmentation des dépenses résultent d'une sensibilisation des médecins-conseils en matière de réadaptation. Depuis le 1^{er} septembre 2011, l'indemnité par heure de formation s'élève à 5 EUR et la prime en cas de réussite de la formation est fixée à 500 EUR.




Pour le projet "back to work" (activation et réintégration des travailleurs en incapacité de travail), le Service des indemnités a développé un système de formation en disability management. Cette formation prévoit une approche standardisée, mesurable et qualitative d'accompagnement de l'assuré social. Cette initiative contribuera à accompagner et soutenir des titulaires en incapacité de travail désireux de reprendre leur activité professionnelle. Dans le cadre de l'activation, le Service des indemnités a conclu des contrats avec le VDAB, le FOREM, ACTIRIS et AWIPH afin d'accompagner le titulaire en incapacité de travail qui souhaite reprendre le travail. Pour rendre cet accompagnement effectif, la Commission supérieure du conseil médical de l'invalidité (CSCMI) doit donner son accord sur les dossiers qui lui sont soumis par les médecins conseils des organismes assureurs.

2. Régime des indépendants

a. Régime des indépendants - Incapacité primaire

Tableau 1 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2009-2013					
Nombre de jours - Dépenses					
	2009	2010	2011	2012	2013
Indépendants	1.778.291 60.039.977	1.823.674 63.655.478	1.881.217 68.221.999	1.904.732 71.658.190	2.017.509 78.050.477
Conjoints aidants	118.101 3.663.219	117.192 3.813.663	120.945 4.138.005	102.947 3.623.169	104.384 3.828.893
Corrections exercices antérieurs	0	0	16	0	11
Total général	1.896.392 63.703.196	1.940.866 67.469.141	2.002.162 72.360.020	2.007.679 75.281.359	2.121.893 81.879.381
Évolution par rapport à l'année précédente	7,30% 12,60%	2,35% 5,91%	3,16% 7,25%	0,28% 4,04%	5,69% 8,76%

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

 La première année d'incapacité de travail est appelée "période d'incapacité primaire". Lorsque la maladie atteint 1 année, le titulaire reconnu en incapacité de travail entre en période d'invalidité.

Le tableau 1 donne les jours et les montants indemnisés de 2009 à 2013 pour des périodes d'incapacité primaire selon le type d'indépendants.

En 2013, le nombre de jours indemnisés augmente de 114.214 (+5,69%) par rapport à 2012 (112.777 (+5,92%) pour les indépendants et 1.437 (+1,40%) chez les conjoints-aidants. En 2013, l'augmentation de 8,76% des dépenses par rapport à 2012 est notamment due à l'augmentation des jours indemnisés et aux revalorisations des forfaits d'incapacité primaire intervenues en 2013.

Tableau 2 - Nombre de cas de maladie terminés répartis selon la durée de l'incapacité de travail reconnue - Évolution 2009-2013

Durée	2009	2010	2011	2012	2013
29 - 98 jours	3.637	3.563	3.804	3.688	3.795
99 - 337 jours	4.407	4.577	4.712	4.749	5.142
338 - 365 jours	3.662	3.830	3.793	3.997	3.952
Total	11.706	11.970	12.309	12.434	12.889
Évolution par rapport à l'année précédente	5,21%	2,26%	2,83%	1,02%	3,66%

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 2 montre la durée des périodes d'incapacité primaire. Ce tableau a pour but de répartir les cas indemnisés en incapacité primaire selon la durée totale de l'incapacité de travail reconnue, exprimée en jours. Seuls les cas dont l'incapacité de travail s'est terminée au cours de l'année examinée peuvent être répertoriés dans une catégorie de durée déterminée. Les cas d'incapacité de travail dont la durée d'incapacité n'est pas supérieure à la période de carence d'un mois ne sont pas repris dans ces chiffres. Si l'incapacité se prolonge au delà de la période d'un mois, le cas est codifié pour la durée totale de l'incapacité



La **période de carence** est une période d'incapacité primaire non indemnisable.

Ce tableau montre que 29,44% des cas ont une durée comprise entre 29 et 98 jours, 39,89% entre 99 et 337 jours et 30,66% entre 338 et 365 jours. Cette dernière période contient notamment les cas de maladie qui atteignent un an d'incapacité et qui entreront probablement en invalidité.

Tableau 3 - Durée d'indemnisation moyenne par cas et nombre moyen de cas de maladies par 1.000 titulaires - Evolution 2009 - 2013

	Durée d'indemnisation moyenne - Nombre moyen de cas									
	2009		2010		2011		2012		2013	
Hommes	142,34	19,55	145,86	19,73	141,83	19,97	146,25	20,20	147,27	20,89
Femmes	142,36	21,01	142,60	22,13	142,90	23,14	141,44	22,90	142,00	23,79
Total	142,35	20,02	144,75	20,48	142,20	20,97	144,60	21,05	145,44	21,81

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 3 donne la durée moyenne d'indemnisation par cas de maladie en période d'incapacité primaire. Il faut analyser les chiffres en tenant compte de la période de carence qui est de un mois. Ce tableau donne également le nombre moyen de cas de maladie pour 1.000 titulaires. Ainsi, en 2013, sur 1.000 titulaires indépendants, on enregistre 21,81 cas de maladie. Chez les hommes, on dénombre 20,89 cas de maladie pour 1.000 titulaires alors que ce nombre s'élève à 23,79 pour les femmes.

b. Régime des indépendants - Maternité

Tableau 4 - Nombre de cas indemnifiés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2009-2013					
Nombre de cas - Dépenses					
	2009	2010	2011	2012	2013
En incapacité primaire					
Indépendantes	5.242 14.662.395	5.253 15.131.729	5.287 15.724.858	5.296 16.509.671	5.234 17.883.003
Conjointes aidantes	199 557.540	220 627.283	192 581.874	168 522.258	142 458.497
Total	5.441 15.219.935	5.473 15.759.012	5.479 16.306.732	5.464 17.031.928	5.376 18.341.500
Cas de maternité de titulaires invalides					
Indépendantes	7 19.272	16 45.853	19 47.345	9 24.060	16 47.053
Conjointes aidantes	0 0	0 0	2 6.132	0 0	1 3.524
Total	7 19.272	16 45.853	21 53.477	9 24.060	17 50.577
Évolution par rapport à l'année précédente	3,80% 27,03%	0,75% 3,71%	0,20% 3,51%	-0,49% 4,25%	-1,46% 7,83%
Congé d'adoption					
Indépendantes + conjointes aidantes	33 63.442	53 97.824	34 70.453	25 50.652	40 89.351
Évolution par rapport à l'année précédente	88,00% 89,37%	60,61% 54,19%	-35,85% -27,98%	-26,47% -28,10%	60,00% 76,40%
Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques					

Le tableau 4 donne les cas et les dépenses relatives à la maternité.



Le rôle de l'assurance maternité est de fournir un revenu de remplacement forfaitaire aux titulaires indépendantes durant la période de maternité.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, le repos de maternité est une période de minimum 3 semaines (1 avant et 2 après l'accouchement). Cette période peut être prolongée par blocs d'une ou plusieurs semaines avec un maximum de 8 semaines (+ 1 semaine en cas de naissance multiple).

En 2013, les dépenses relatives au repos de maternité en période d'incapacité primaire s'élèvent à 18.341.500 EUR (+7,69% par rapport à 2012) pour 5.376 cas.

Pour les cas où le repos de maternité se situe pendant une période où l'intéressée est reconnue invalide, les jours indemnifiés et les dépenses correspondantes sont donnés de manière distincte. Les dépenses de 2013 pour le repos de maternité en période d'invalidité sont de 50.577 EUR pour 17 cas.

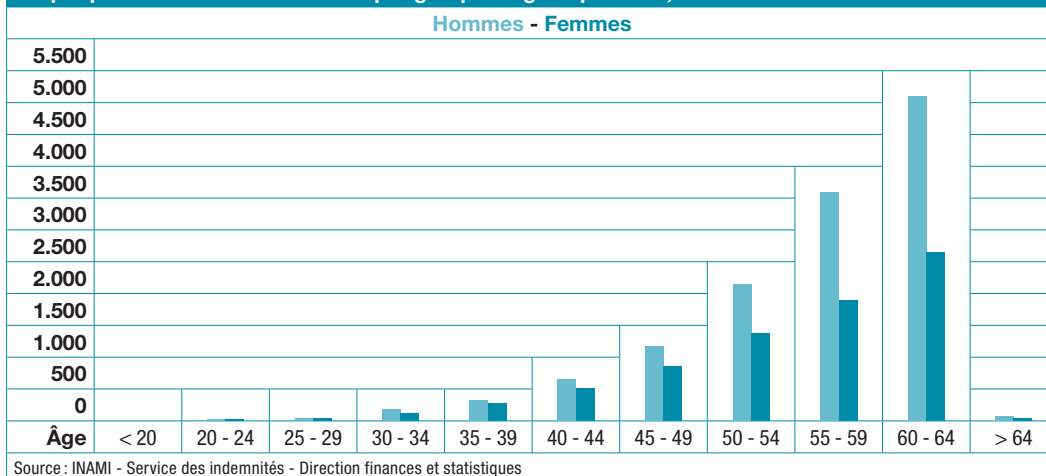
Le congé d'adoption introduit au 1^{er} février 2007, compte 40 cas en 2013.

c. Régime des indépendants - Invalidité

Tableau 5 - Effectif des invalides par groupe d'âge et par sexe, au 31 décembre 2013

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
< 20	0	0	0
20 - 24	12	8	20
25 - 29	62	52	114
30 - 34	193	123	316
35 - 39	340	281	621
40 - 44	695	559	1.254
45 - 49	1.280	928	2.208
50 - 54	2.193	1.483	3.676
55 - 59	3.563	1.947	5.510
60 - 64	5.053	2.533	7.586
> 64	76	34	110
Total	13.467	7.948	21.415

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Graphique 1 - Effectif des invalides par groupe d'âge et par sexe, au 31 décembre 2013

On constate à la lecture du tableau 5 et du graphique 1 que le nombre d'invalides croît à mesure que l'âge augmente. Cette constatation est logique car la probabilité de tomber malade augmente également avec l'âge.

Tableau 6 - Effectif des invalides par groupe de maladie au 31 décembre - Évolution 2009-2013					
Groupe de maladies	2009	2010	2011	2012	2013
1. Maladies infectieuses et parasitaires	186	193	197	192	195
2. Tumeurs	1.978	2.029	2.036	2.186	2.255
3. Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	467	471	446	439	412
4. Maladies du sang et des organes des hématopoïdes	31	31	40	43	40
5. Troubles mentaux	3.678	3.890	3.980	4.151	4.352
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	1.168	1.208	1.265	1.306	1.363
7. Maladies de l'appareil circulatoire	2.551	2.533	2.481	2.424	2.438
8. Maladies de l'appareil respiratoire	435	429	409	403	384
9. Maladies de l'appareil digestif	463	471	491	527	528
10. Maladies des organes génito-urinaires	180	189	197	193	199
11. Complications de la grossesse et accouchement	6	5	8	7	10
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	112	122	123	124	125
13. Maladies du syst. ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif	5.526	5.805	5.882	6.107	6.286
14. Anomalies congénitales	77	72	70	71	71
15. Affections trouvant origine dans la période périnatale	2	1	1	1	1
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	446	434	402	384	349
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	2.143	2.241	2.269	2.332	2.384
Inconnu	10	12	18	21	23
Total	19.459	20.136	20.315	20.911	21.415

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 6 donne le nombre d'invalides répertoriés au 31 décembre des 5 dernières années ventilé selon le groupe de maladie dans lequel les invalides ont été reconnus. Les principaux groupes de maladie sont les groupes 13, 5 et 7. Au 31 décembre 2013, les pourcentages des invalides appartenant à ces différents groupes sont respectivement de 29,35%, 20,32% et 11,38%. Tout comme dans le régime général, le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) a fortement augmenté entre 2009 et 2013. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif (affections du plan dorsal, rhumatismes articulaires, etc.) restent toutefois la cause principale d'invalidité. L'importance des maladies de l'appareil circulatoire (infarctus, arythmie, hypertension, thromboses, etc.) a plutôt tendance à diminuer alors que le nombre de tumeurs (tumeur du sein, leucémie, etc.) croît chaque année.

Tableau 7 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2009-2013					
Nombre de jours - Dépenses					
	2009	2010	2011	2012	2013
Indépendants					
Hommes	3.815.876 146.425.300	3.900.580 154.223.880	3.963.464 160.978.737	4.010.736 166.646.614	4.070.358 173.101.699
Femmes	1.718.627 58.869.484	1.841.670 66.247.719	1.909.973 70.766.451	1.962.040 75.507.019	2.043.568 80.434.154
Total	5.534.503 205.294.784	5.742.250 220.471.599	5.873.437 231.745.188	5.972.776 242.153.633	6.113.926 253.535.852
Conjoints aidants					
Hommes	21.953 775.060	23.774 795.858	22.986 926.124	19.503 751.561	28.405 1.169.947
Femmes	330.566 10.554.399	362.250 11.990.904	376.653 13.065.560	390.786 14.066.177	387.282 14.416.641
Total	352.519 11.329.459	386.024 12.786.761	399.639 13.991.684	410.289 14.817.738	415.687 15.586.588
Prime de rattrapage	-	-	3.711.550	3.846.036	4.028.971
Inconnu	0 0	0 0	53 1.827	-88 -2.089	376 11.494
Total général	5.887.022 216.624.243	6.128.274 233.258.360	6.273.129 249.450.250	6.382.977 260.815.318	6.529.989 273.162.904
Évolution par rapport à l'année précédente	3,77% 7,26%	4,10% 7,68%	2,36% 6,94%	1,75% 4,56%	2,30% 4,73%

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 7 donne les jours et les montants indemnisés relatifs à l'invalidité. En 2013, les dépenses augmentent de 4,73% par rapport à 2012 suite à la liaison des indemnités au minimum pension (régime des indépendants) pour les titulaires avec charge de famille et isolés. Les croissances successives de 6,94% constatée en 2011, de 4,56% en 2012 et de 4,73% en 2013 sont principalement liées aux différentes revalorisations des forfaits intervenues en 2011, 2012 et 2013 ainsi qu'à l'augmentation de l'effectif des invalides.

d. Réadaptation professionnelle

Les compétences relatives à la réinsertion professionnelle ont été transférées du secteur des soins de santé vers le secteur des indemnités au 1^{er} juillet 2009. A partir de cette date, les dépenses liées aux programmes de réinsertion professionnelle sont prises en charge par l'assurance indemnité.

Les dépenses reprises ci-après sont les suivantes :

Tableau 8 - Dépenses (en EUR) et cas en réadaptation professionnelle - Evolution 2009 - 2013					
	2009	2010	2011	2012	2013 (1)
Examen d'orientation professionnelle	1.588,23	6.606,57	6.993,34	2.574,51	40.956,77
Inscription à des cours et examens	14.090,50	26.867,68	22.561,60	59.225,00	64.291,40
Frais de séjour	721,70	1.732,08	2.123,86	0,00	33,50
Frais de déplacement	1.338,79	3.342,04	3.095,32	913,60	2.394,91
Matériel	0,00	0,00	290,62	0,00	2.264,56
Prime horaire	0,00	953,00	1.741,00	13.398,00	13.410,40
Prime forfaitaire (en cas de réussite de la formation)	0,00	0,00	0,00	0,00	1.000,00
Coûts liés à l'intégration effective après un programme de réadaptation professionnelle	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	17.739,22	39.501,37	36.805,74	76.111,11	124.351,54
Cas	-	19	17	8	29
(1) Chiffres provisoires					
Source : INAMI					

En 2013 des dépenses en matière de réinsertion professionnelle ont été introduites pour 29 cas (8 en 2012). L'augmentation du nombre de dossiers soumis et approuvés par la CSCMI et l'augmentation des dépenses résultent d'une sensibilisation des médecins-conseils en matière de réadaptation. Les dépenses totales liées à la réadaptation professionnelle sont passées de 76.111,11 EUR en 2012 à 124.351,54 EUR en 2013, soit une augmentation de 63,38%. Les évolutions les plus marquantes concernent la forte augmentation des dépenses relatives à l'examen de réorientation professionnelle et la hausse de 8,55% des inscriptions à des cours. Il est également à noter que, pour la première fois, des primes liées à la réussite de la formation ont été introduites en 2013. Depuis le 1^{er} septembre 2011, l'indemnité par heure de formation s'élève à 5 EUR et la prime en cas de réussite de la formation est fixée à 500 EUR.

III. Statistiques d'évaluation et de contrôle médicaux

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) est chargé des missions d'information, d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités.

En ce qui concerne l'assurance indemnités et l'assurance maternité, le SECM participe, comme les médecins-conseils des organismes assureurs (O.A.), au contrôle de l'incapacité de travail au sein des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité (CRCMI).

1. Mission d'information du SECM

Le SECM informe les dispensateurs de soins au moyen de brochures didactiques intitulées Infobox.

Liste des brochures d'information "Infobox" disponibles :

- Infobox médecin spécialiste- version revue
- Infobox médecin généraliste - version revue
- Infobox soins infirmiers à domicile
- Infobox kinésithérapeute
- Infobox pharmacien
- Infobox dentiste, nouveau en 2013
- Infobox paramédicaux, nouveau en 2013

Ces deux derniers Infobox ont été publiés en 2013 pour la première fois et terminent la série prévue. Avec ces 7 Infobox, l'ensemble des dispensateurs de soins sont concernés par une des brochures.

Les inspecteurs et contrôleurs exercent aussi une mission d'information et de prévention des infractions lors des contacts avec les dispensateurs en les informant sur la portée de telle ou telle disposition légale ou réglementaire. Ils s'aident pour cela de la brochure "Missions et procédures" publiée par le service. Cette brochure a fait l'objet d'une nouvelle édition en 2013.

2. Mission d'évaluation du SECM

Le SECM évalue si les prestations, prescrites ou dispensées, le sont en conformité avec les règles de l'assurance soins de santé et met en évidence les phénomènes de surconsommation ou de surprescription de prestations. Des recommandations de bonne pratique médicale et des indicateurs de déviation manifeste doivent l'y aider.

Sujets d'évaluation terminés en 2013 :

- Mesure d'impact de la campagne "tests de la fonction pulmonaire" ; impact chiffré de la campagne de 2009 vers les pneumologues. (10/001)
- Inhibiteurs de la pompe à protons : étude sur l'implémentation des indicateurs ; étude de la faisabilité d'un contrôle à posteriori de la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons sur base des indicateurs publiés. (11/004)
- Mesure d'impact du contrôle renforcé par les O.A. des demandes de remboursement des médicaments du chapitre IV. (13/006)
- Mission de contrôle du SECM.

3. Mission de contrôle du SECM

Le SECM constate les infractions commises par les dispensateurs dans le domaine de :

- la réalité-conformité à la réglementation
- la surconsommation/surprescription.

Pour cela, le service réalise des enquêtes thématiques via la CENEC (Cellules d'enquête nationales - Nationale enquêtecél) et des enquêtes individuelles.

a. Enquêtes thématiques clôturées en 2013 par la CENEC

- Attestation d'une neurolyse dans le syndrome du canal carpien; étude de l'implication de l'attestation d'une neurolyse dans le syndrome du canal carpie (IP014).
- Facturation des dilatations endo-vasculaires percutanées; constat de la situation concernant la tarification des dilatations endovasculaires percutanées non coronaires et les conditions dans lesquelles elles sont réalisées (IP022).
- Kinésithérapie : mesure d'impact des dépassements des moyennes journalières; bilan chiffré et actualisation de l'enquête précédente (IP024).

b. Enquêtes individuelles

NOMBRE D'ENQUÊTES CLÔTURÉES

Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de dossiers	% des dossiers
Médecins généralistes	108	11,0%
Médecins spécialistes	231	34,0%
Pharmaciens	23	2,0%
Dentistes	51	5,0%
Infirmiers	209	21,0%
Kinésithérapeutes	87	9,0%
Logopèdes	2	0,2%
Orthopédistes	7	0,7%
Bandagistes	7	0,7%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	3	0,3%
Laboratoires agréés	4	0,4%
Audiciens	2	0,2%
Pharmaciens-biologistes	97	10,0%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	13	1,0%
Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)	1	0,1%
Maisons de repos et de soins (MRS)	4	0,4%
Assurés	66	7,0%
Autres	68	7,0%
Total	983	100,0%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

NOMBRE D'ENQUÊTES DÉBUTÉES

Tableau 2 - Enquêtes débutées en 2013		
Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de dossiers	% des dossiers
Médecins généralistes	103	10,3%
Médecins spécialistes	184	18,3%
Pharmaciens	18	1,8%
Dentistes	257	25,6%
Infirmiers	160	15,9%
Kinésithérapeutes	57	5,7%
Logopèdes	6	0,6%
Orthopédistes	11	1,1%
Bandagistes	8	0,8%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	1	0,1%
Prothésistes acousticiens	1	0,1%
Pharmaciens biologistes	4	0,4%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	67	6,7%
Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)	10	1,0%
Maisons de repos et de soins (MRS)	3	0,3%
Laboratoires agréés	2	0,2%
Assurés	44	4,4%
Autres	68	6,8%
Total	1.004	100,0%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

RÉSULTATS DES ENQUÊTES

Tableau 3 - Résultat des enquêtes clôturées en 2013		
Type des dossiers	Nombre de dossiers	% des dossiers
Informatif	50	5,1%
Négatif	288	29,3%
Négatif avec action pour tiers	130	13,2%
Avertissement	114	11,60%
Avertissement avec remboursement volontaire	284	28,9%
A poursuivre	117	11,9%
Total	983	100,0%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- La catégorie "**Informatif**" concerne les dossiers qui, après audition du plaignant et/ou du dispensateur, se sont terminés sans constat d'infraction.
- La catégorie "**Négatif**" représente les cas où, après vérification des données, les suspicions d'erreurs ou de fraude s'avèrent non-fondées.
- La catégorie "**Négatif avec action pour tiers**" contient tous les constats établis pour des tiers et transmis à d'autres institutions (ex. : Procureur du Roi, Ordre des médecins, Service de contrôle administratif).

- Les catégories “**Avertissement**” et “**Avertissement avec remboursement volontaire**” re- prennent les cas où, de bonne foi, le dispensateur a attesté erronément des prestations. Dans ce cas, le constat d’infraction n’entraîne pas l’ouverture d’une procédure devant les juridictions administratives mais l’envoi d’un avertissement avec, le cas échéant, le remboursement volontaire des prestations indues.
- La catégorie “**À poursuivre**” : comprend les dossiers introduits auprès d’un des organes de juridiction administrative ou pénale en fonction du type d’infraction constatée.

Tableau 4 - Remboursements volontaires - Enquêtes clôturées en 2013

Type/qualification du concerné par l'enquête	Remboursements volontaires (en EUR)	%
Médecins généralistes	188.947	5,20%
Médecins spécialistes	1.861.207	50,90%
Pharmaciens	3.978	0,10%
Dentistes	175.915	4,80%
Infirmiers	360.488	9,80%
Kinésithérapeutes	249.859	6,80%
Orthopédistes	63.336	1,70%
Bandagistes	22.494	0,60%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	8.163	0,20%
Prothésistes acousticiens	382	0,01%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	611.945	16,70%
Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)	16.762	0,50%
Assurés	4.675	0,10%
Autres	91.490	2,50%
Total	3.659.642	100,00%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

PROCÉDURES

Lorsqu'un dispensateur de soins ne se conforme pas aux dispositions légales ou réglementaires, des procédures administratives sont entamées. Ces procédures peuvent amener à ce que les mesures applicables, à savoir le remboursement de l'indu et/ou une amende administrative soient infligées. Ces procédures administratives se déroulent devant les organes du contentieux :

○ Le Comité SECM

Les dossiers relatifs à la surconsommation ou à la surprescription lui sont soumis afin de décider si ces affaires doivent être classées sans suite, clôturées par un avertissement ou être introduites en Chambre de première instance (voir ci-après).

En 2013, il y eut trois dossiers :

- un classé sans suite
- deux renvoyés en Chambre de première instance.

○ Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM

Les lois de décembre 2006 ont confié au Fonctionnaire-dirigeant (F.D.) le pouvoir de connaître des constats faits à charge de dispensateurs attestant des prestations non effectuées ou non-conformes.

Sur base de ces constats, il peut :

- ordonner le remboursement des prestations indûment attestées
- et/ou imposer le paiement d'amendes administratives, éventuellement assorties d'un sursis.

Une seule condition est d'application; le F.D. traite les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses est inférieure à :

- 25.000 EUR pour les constats faits entre le 9 avril 2012 et le 7 avril 2013
- 35.000 EUR pour les constats faits à partir du 8 avril 2013.

Tableau 5 - Décisions F.D. en 2013

Qualification du dispensateur	Nombre de décisions	Remboursements imposés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	7	44.266	7.344	275
Médecins spécialistes	11	71.903	7.361	2.925
Pharmaciens	7	84.591	8.750	3.275
Dentistes	6	77.302	10.888	1.138
Infirmiers	45	502.685	98.008	23.748
Kinésithérapeutes	9	100.865	10.038	2.063
Logopèdes	1	5.944	1.375	-
Dispensateurs d'implants	1	118.105	1.375	-
Pharmaciens biologistes	1	10.537	-	-
Hôpitaux, centres de soins	2	28.712	4.125	-
Autres	2	17.004	3.121	-
Total	92	1.061.914	152.385	33.424

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Nombre d'appel contre ces décisions en Chambre de première instance (CPI).

Tableau 6 - Appels en CPI contre la décision du F.D. en 2013

Nombre de décisions FD	Nombre de recours en CPI	%
92	22	24

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

○ La Chambre de première instance



Les **Chambres de première instance (CPI)** sont des juridictions administratives.

Une Chambre traite tous les dossiers en néerlandais, une autre Chambre traite tous les dossiers en français et en allemand. Chacune est composée, sous la présidence d'un magistrat de l'Ordre judiciaire, de 4 membres nommés par le Roi :

- 2 médecins, sur proposition des O.A.
 - 2 membres, sur proposition du groupe de dispensateurs de la profession du comparant.
- Ces membres ne siègent pas comme délégués de leur groupe, mais en raison de leurs connaissances techniques de la matière traitée.

Ces juridictions statuent sur les appels introduits contre les décisions prises par le F.D.

Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins spécialistes	1	-	-	-
Pharmaciens	1	51.282	1.375	-
Dentistes	4	8.757	4.956	2.632
Infirmiers	54	37.254	97.476	92.256
Orthopédistes	1	12.780	12.780	-
Prothésistes acousticiens	1	15.940	7.970	-
MRS	1	14.448	7.224	-
Autres	1	-	-	-
Total	64	140.461	131.781	94.888

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

! La décision des CPI concernant un dossier ne sont pas liées à l'année calendrier durant laquelle l'appel est introduit. Le nombre total de décisions dans le courant d'une année déterminée peut donc être supérieur ou inférieur au nombre total de dossiers pour lesquels un appel a été introduit durant cette même année.

En premier ressort, elles décident aussi dans toutes les affaires qui échappent à la compétence du F.D.

Comme le F.D., les CPI sont compétentes pour :

- prononcer les mesures applicables aux infractions, à savoir le remboursement de l'indu
- et/ou le paiement d'amendes administratives, effectives ou avec sursis.

	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	6	189.110	21.043	26.793
Médecins spécialistes	15	1.491.614	822.736	1.335
Pharmaciens	4	131.425	14.491	13.116
Dentistes	4	527.633	5.625	1.375
Infirmiers	26	889.444	321.616	40.869
MRS	10	624.220	26.584	109.894
Autres	2	63.589	14.870	16.924
Total	67	3.917.035	1.226.965	210.307

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Nombre de décisions CPI 1 ^{ère} instance	Nombre de recours en C.R.			
	Par le dispensateur	%	Par le SECM	%
67	24	36	6	9

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

o La Chambre de recours



 Les **Chambres de recours (C.R.)** sont également des juridictions administratives, composées identiquement comme la CPI, la différence étant que seul le magistrat a voix délibérative, les 4 autres membres ayant voix consultative. Elles se prononcent en degré d'appel sur les contestations relatives aux décisions des CPI.

Tableau 10 - Décisions des Chambres de recours en 2013


Qualification du dispensateur	Nombre de décisions	Remboursements imposés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	3	93.146	21.692	18.942
Médecins spécialistes	12	710.927	1.375	1.500
Pharmaciens	3	230.976	80.622	-
Dentistes	7	613.769	29.004	103
Infirmiers	91	1.266.099	494.251	5.522
Logopèdes	2	58.164	4.516	3.141
Fournisseurs d'implants	1	3.047	-	-
Hôpitaux	2	109.412	-	-
Autre	1	-	-	-
Total	122	3.085.539	631.459	29.208

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

 La décision des C.R. concernant un dossier ne sont pas pas liées à l'année calendrier devant laquelle le recours a été introduit. Le nombre total de décisions dans le courant d'une année déterminée peut donc être supérieur ou inférieur au nombre total de dossiers pour lesquels un appel a été introduit durant cette année.


LA JURISPRUDENCE

L'INAMI publie sur son site Internet les décisions définitives (anonymisées) du F.D., des CPI et des C.R.

 Plus d'informations sur le site Internet : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Informations générales > Jurisprudence des instances administratives et juridictionnelles instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

IV. Statistiques du contrôle administratif


Le Service du contrôle administratif (SCA) doit veiller à ce que les 7 organismes assureurs¹ (O.A.), et plus particulièrement les mutualités qu'ils chapeautent, respectent les dispositions légales et réglementaires.

 Vous trouverez une liste des mutualités sur le site web de l'INAMI : www.inami.be > rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités.


Les missions du SCA sont les suivantes :

- informer, conseiller et contrôler les mutualités sur l'application correcte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (assurance SSI), et veiller à un traitement équitable des assurés sociaux
- tenter de prévenir l'infraction aux règles par les mutualités, certains dispensateurs de soins ou assurés (par exemple, la fraude sociale), et sanctionner, si nécessaire
- gérer, surveiller et contrôler la bonne exécution du maximum à facturer, de l'intervention majorée et du statut Omnio, en collaboration avec les mutualités, le Service public fédéral Finances et la Banque Carrefour de la sécurité sociale afin de garantir le droit à ces trois interventions pour les assurés sociaux
- dans certains cas, délivrer des bons de cotisations de sorte que les assurés sociaux puissent faire régulariser leur situation d'assurabilité par leur mutualité
- établir certaines attestations (attestation d'assuré social ou attestation de couverture provisoire auprès de la mutualité, attestation de veuf/veuve, attestation de pensionné, etc.) afin que les assurés sociaux puissent fournir, à leur mutualité, la preuve de leur statut.

Cette partie du rapport annuel présente des statistiques sur le contenu concret des missions de contrôle du SCA pour les années 2011, 2012 et 2013, statistiques qui donnent un aperçu du fonctionnement du Service.

 Certains graphiques portent (essentiellement) sur les indemnités d'incapacité de travail des salariés et indépendants. Les membres du personnel de la SNCB sont statutaires; ils n'appartiennent donc pas à ces régimes. Dès lors, ces graphiques ne reprennent pas de chiffres pour la Caisse des soins de santé de la SNCB Holding (nouvellement dénommée "Caisse des soins de santé de HR Rail").

 Le SCA établit aussi des statistiques sur les assurés sociaux : voir 5^e partie, V.

 Plus d'informations sur les organes et la structure administrative du SCA sur le site web de l'INAMI : www.inami.be > rubrique L'INAMI.

¹ Les 7 organismes assureurs sont :
 - ANMC : Alliance nationale des mutualités chrétiennes
 - UNMN : Union nationale des mutualités neutres
 - UNMS : Union nationale des mutualités socialistes
 - UNML : Union nationale des mutualités libérales
 - MLOZ : Mutualités libres – Onafhankelijke ziekenfondsen
 - CAAMI : Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
 - SNCB Holding : Caisse de la Société nationale des chemins de fer

1. Contrôles thématiques

L'inspection de l'INAMI a évolué d'une philosophie de contrôle basée sur des dossiers individuels vers une philosophie de contrôle basée davantage sur des thèmes.

abc Les **contrôles thématiques** sont des contrôles centralisés portant sur un aspect spécifique de l'assurance SSI. Le but est d'analyser les procédures de contrôle internes des mutualités. Les contrôles thématiques visent avant tout un traitement uniforme des assurés sociaux par les mutualités.

La proportion des contrôles thématiques effectués dans le cadre du programme de contrôles s'élève actuellement à quelque 20 %.

Le ciblage des contrôles diffère d'un contrôle thématique à l'autre.

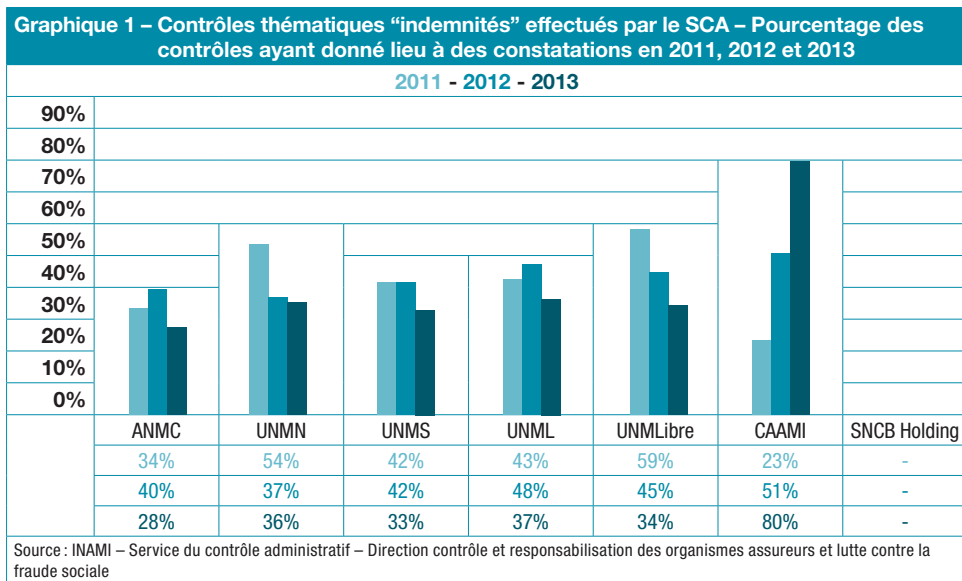
L'approche de chaque contrôle thématique est entièrement documentée : il y a un syllabus par contrôle thématique expliquant le thème, décrivant l'approche et la méthodologie, comprenant un questionnaire standardisé, des rapports types, etc. Une telle approche garantit un traitement équitable de tous les dossiers.

Les contrôles effectués peuvent donner lieu à des constatations. En l'absence de constatations, le dossier contrôlé est considéré comme étant correct.

abc Les **constatations** concernent des récupérations, paiements supplémentaires, sanctions ou remarques résultant d'un contrôle.

À l'issue de chaque contrôle thématique, un rapport d'analyse est réalisé et diffusé aux organes de gestion de l'INAMI et aux différents acteurs de l'assurance SSI (O.A., ministre de tutelle, partenaires sociaux, etc.). Chaque rapport présente la méthodologie, les résultats des contrôles et contient des recommandations pour l'amélioration des pratiques de travail des O.A.

+ Le Contrat d'administration conclu entre l'État et l'INAMI impose au moins deux contrôles thématiques par an pour que l'INAMI puisse remplir, en permanence, son rôle de prévention par le biais de feed-back et de recommandations aux mutualités.



! La CAAMI est une institution de plus petite taille où, toutes proportions gardées, seul un nombre limité de contrôles a été effectué. Le pourcentage élevé de constatations au sein de la CAAMI est dû justement à sa petite taille, et n'est donc pas représentatif.

Un contrôle thématique très spécifique est le contrôle thématique annuel "Article 195 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juin 1994 (loi SSI)".



L'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM) est compétent pour l'exécution et le contrôle de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités (statuts, comptabilité, règles en matière d'assurance complémentaire, etc.).

Les personnes ou organisations qui ont indûment perçu des indemnités de l'assurance SSI sont tenues d'en rembourser la valeur à l'O.A. qui les a versées (art. 164 de la loi SSI). Les O.A. doivent, à leur tour, récupérer ces indemnités et inscrire leurs montants sur les listes prévues à cet effet. Ces listes ont une incidence majeure sur les frais d'administration que les O.A. reçoivent chaque année. Les frais d'administration augmentent en effet d'un certain pourcentage des montants récupérés (l'art. 195 de la loi SSI décrit ce mécanisme).

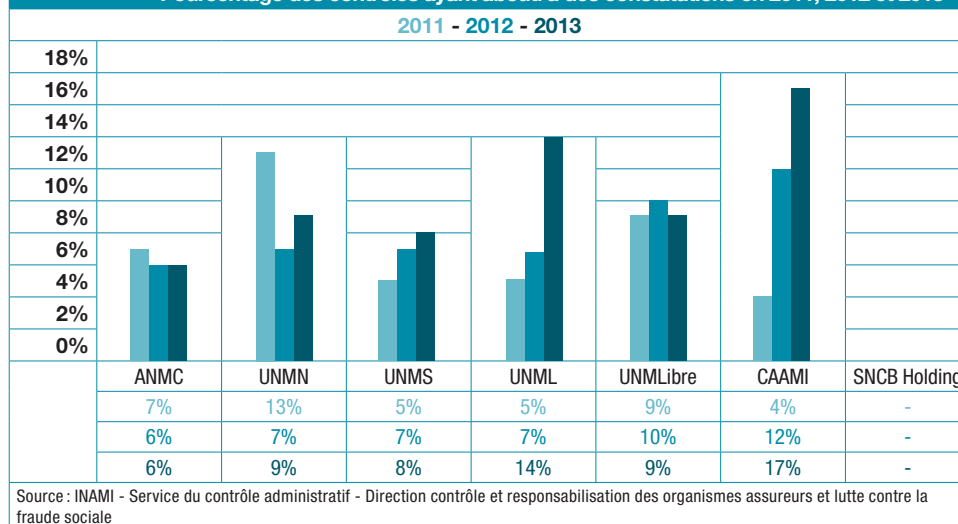
Ces augmentations sont cependant liées à certaines conditions :

- il ne peut pas s'agir de remboursements spontanés
- le montant payé indûment ne peut pas résulter d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné
- la récupération ne peut pas résulter d'un constat du SCA ou de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

www Plus d'informations sur l'OCM sur le site web : www.ocm-cdz.be

Lors du contrôle thématique en question, le SCA compare les listes avec les montants récupérés par l'O.A. pour s'assurer que les montants y figurent à juste titre.

Graphique 2 – Contrôles thématiques "article 195 de la loi SSI" effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant abouti à des constatations en 2011, 2012 et 2013



! La Caisse des soins de santé de la SNCB holding n'a pas introduit de listes à contrôler dans le cadre de ce contrôle thématique pour les 3 années de référence.

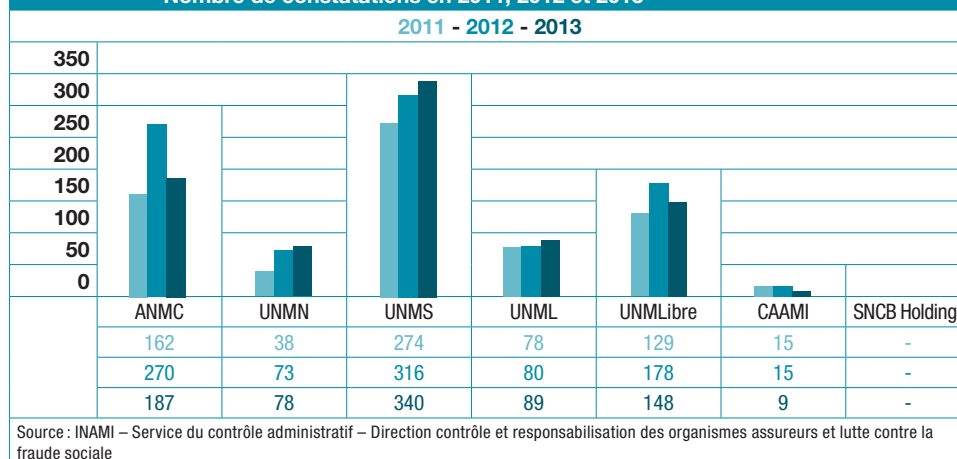
2. Contrôles non thématiques

Outre les contrôles thématiques systématiques, le SCA effectue également de nombreux autres contrôles (les contrôles dits “non thématiques”) :

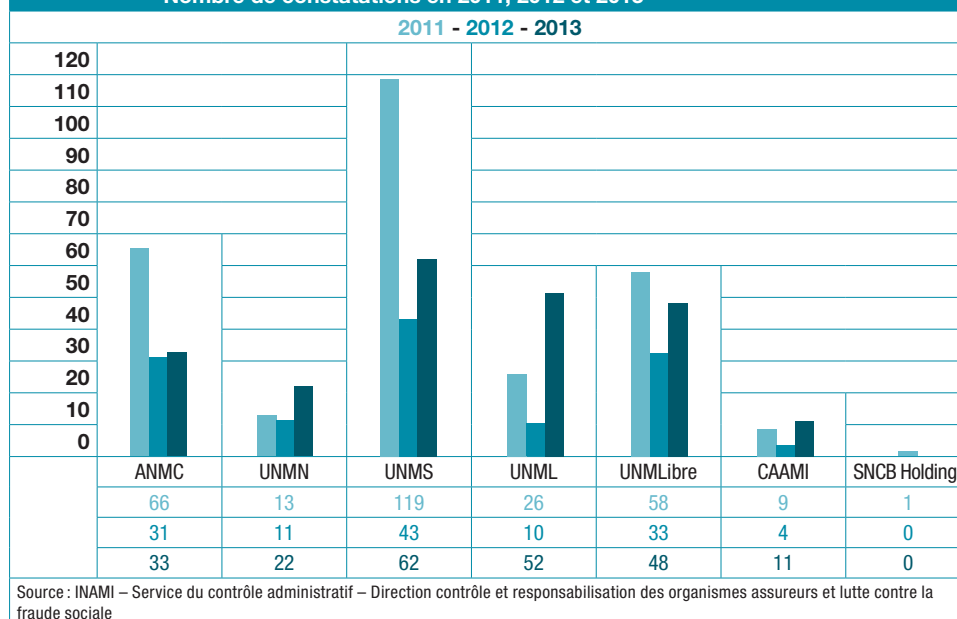
- les contrôles relatifs à l'assurance indemnités
- les contrôles relatifs à l'assurance soins de santé.

L'origine de ces contrôles est diverse : ils peuvent être effectués à la demande de tiers, en réponse à des plaintes ou questions d'auditeurs du travail, à la demande d'autres services de l'INAMI, de cellules stratégiques (cabinets) ou d'autres institutions sociales, etc. Lors de ces contrôles, l'accent est souvent mis sur la transmission d'informations aux demandeurs.

Graphique 3 – Contrôles non thématiques “indemnités” effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2011, 2012 et 2013



Graphique 4 – Contrôles non thématiques “soins de santé” effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2011, 2012 et 2013



3. Lutte contre la fraude sociale



Afin de renforcer la lutte contre la fraude sociale, le SCA s'est engagé, dans le contrat d'administration 2013-2015, à détecter le cumul d'indemnités SSI et de prestations déclarées à l'ONSS via un croisement de données (datamatching), tant pour les personnes en incapacité primaire que pour les invalides. Un rapport annuel sur la lutte contre la fraude est rédigé; il concerne la lutte contre le travail au noir, les datamatchings, les assujettissements fictifs à la sécurité sociale et les fraudes portant sur le domicile.

La lutte contre la fraude sociale est essentielle pour le SCA. Le Service détecte entre autres :

- les cumuls non autorisés d'indemnités SSI et du revenu déclaré à l'ONSS (détection via un croisement de données (datamatching) ou un croisement de banques de données)
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale
- les activités non autorisées (travail au noir)
- les fraudes portant sur le domicile
- les fraudes relatives à la carte SIS
- etc.

Graphique 5 – Constatations lors de contrôles effectués par le SCA – Pourcentage des constatations de fraude sociale en 2011, 2012 et 2013

2011 - 2012 - 2013							
	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UNMLibre	CAAMI	SNCB Holding
15%							
10%							
5%							
0%							
	2%	4%	11%	3%	9%	1%	0%
	3%	7%	9%	4%	13%	1%	0%
	4%	11%	10%	6%	11%	2%	0%

Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

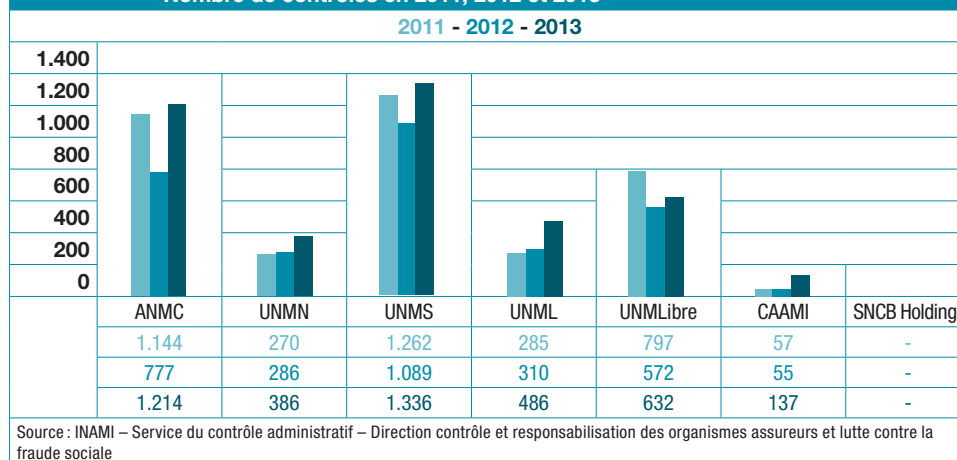
4. Contrôles de suivi

Le SCA effectue des contrôles de suivi pour tous les dossiers où des constatations ont été faites.

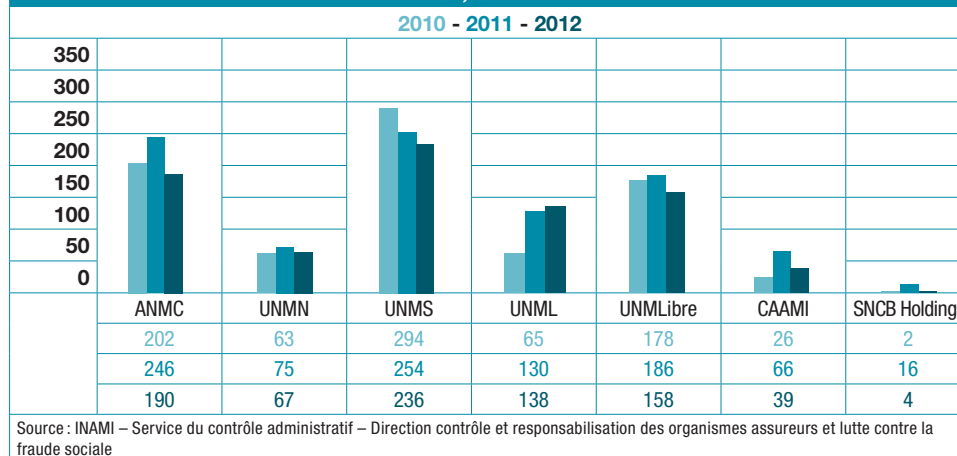
Il y a donc des contrôles de suivi pour :

- l'assurance indemnités et l'assurance soins de santé
- les contrôles thématiques et les contrôles non thématiques.

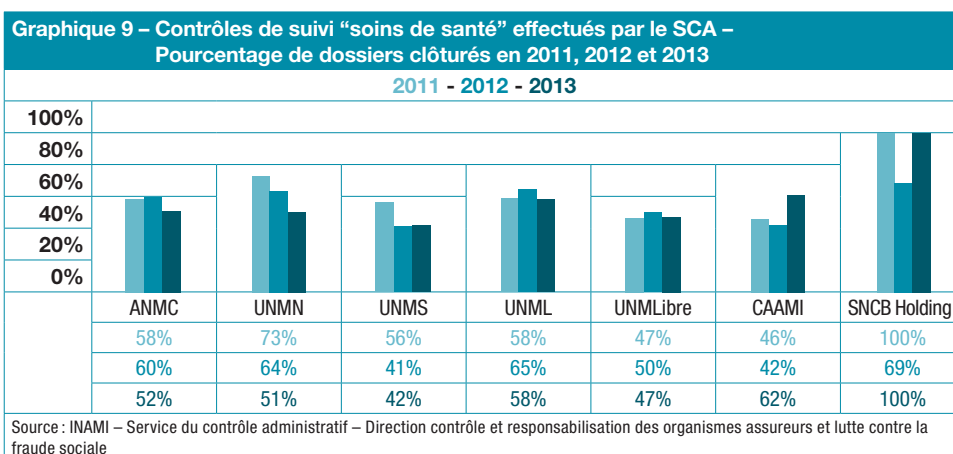
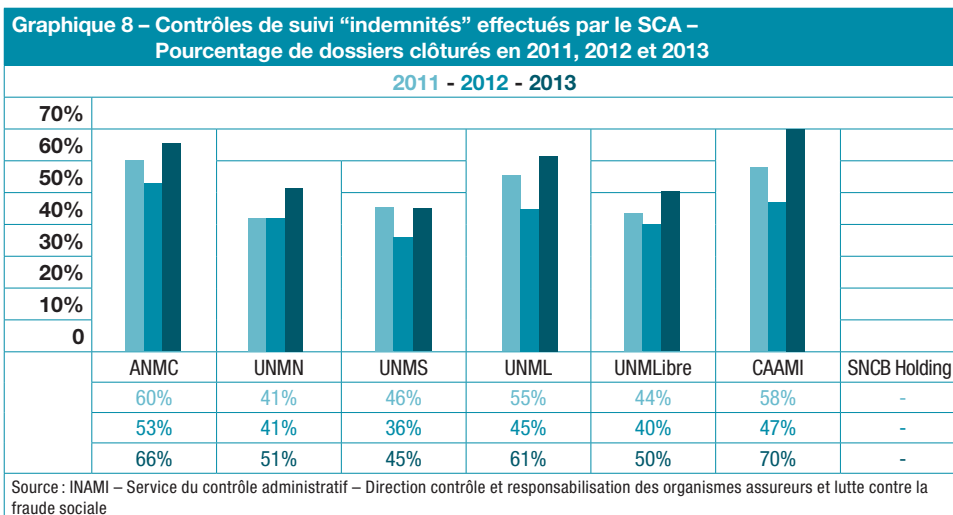
Graphique 6 – Contrôles de suivi “indemnités” effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2011, 2012 et 2013



Graphique 7 – Contrôles de suivi “soins de santé” effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2011, 2012 et 2013



Les contrôles de suivi peuvent également donner lieu à des constatations. Si ce n'est pas le cas, la situation contrôlée est entre-temps en ordre, et le dossier en question est clôturé.



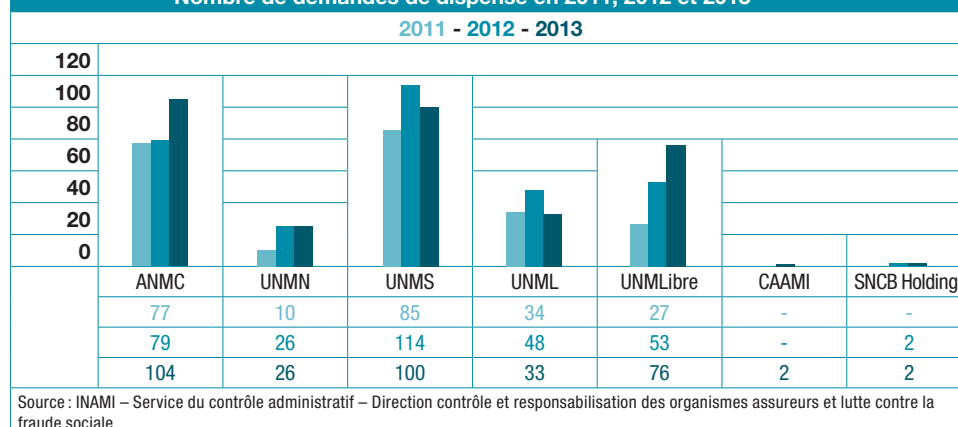
5. Récupération

S'ils ne parviennent pas à récupérer les prestations indues des assurés sociaux (voir aussi titre 1 : contrôle thématique article 195) dans le délai légalement prévu, les O.A. doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration.

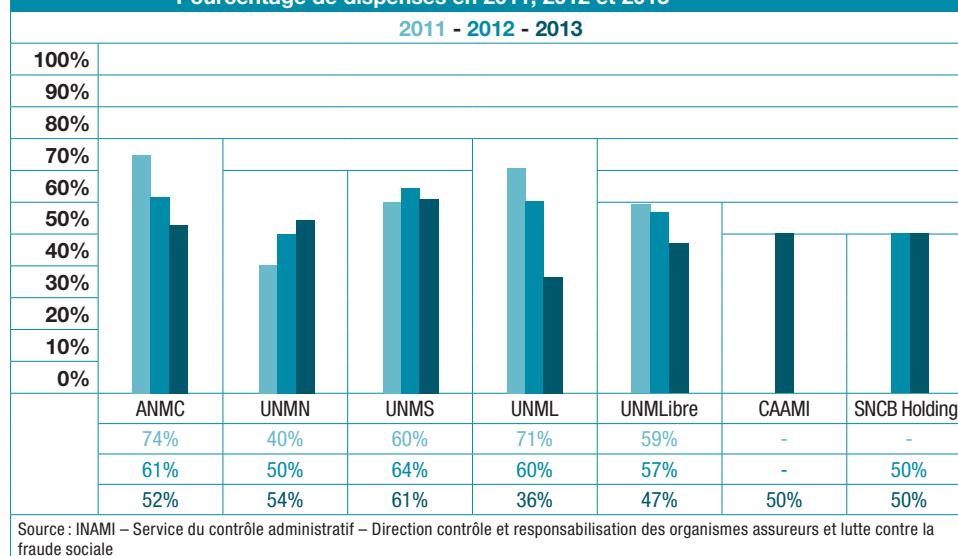
Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'en être dispensés. Une dispense ne peut cependant pas être accordée dans les situations suivantes¹ :

- si la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné
- si l'O.A. concerné n'a pas employé tous les moyens légaux en vue de la récupération
- si la récupération concerne un montant de moins de 600 EUR
- si la demande est introduite hors délai.

**Graphique 10 - Article 327 de l'arrêté royal SSI –
Nombre de demandes de dispense en 2011, 2012 et 2013**



**Graphique 11 – Demandes article 327 de l'arrêté royal SSI –
Pourcentage de dispenses en 2011, 2012 et 2013**




¹ A.R. du 03.07.1996 en exécution de la loi SSI (arrêté royal SSI), art. 327.

V. Statistiques des personnes affiliées à une mutualité (effectifs)


Cette partie présente l'évolution, par régime et par organisme assureur (O.A.), des personnes (assurés sociaux) ayant droit à des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités.


Les données de cette partie sont basées sur les fichiers des affiliés des mutualités (aussi appelés "+-effectifs"). Les O.A. transmettent 2 fois par an des données sur les effectifs au Service du contrôle administratif de l'INAMI. Ces données se rapportent à la situation au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.

 Vous trouverez une application de recherche statistiques et les informations à ce sujet sur www.inami.be > rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Statistiques de l'INAMI > Statistiques sur les personnes affiliées à une mutualité.


Les assurés sociaux ont droit aux prestations de l'assurance soins de santé et/ou de l'assurance indemnités. **L'assurance soins de santé** intervient dans les frais relatifs aux soins prestés par des dispensateurs de soins individuels ou par des institutions de soins de santé. **L'assurance indemnités** offre une indemnité de remplacement de revenus aux assurés sociaux qui n'exercent plus d'activité de travail en raison d'une période d'incapacité de travail, de maternité, de paternité, ou d'adoption.

L'assurance soins de santé englobe deux catégories de bénéficiaires, les titulaires et les personnes à charge :

 Les **titulaires** sont des personnes auxquelles l'assurance s'adresse en premier lieu, et qui doivent remplir les conditions de base pour ouvrir le droit aux interventions en matière de soins de santé.

 Les **personnes à charge** sont des personnes qui bénéficient du droit du titulaire, parce qu'elles cohabitent ou sont apparentées à ce titulaire. Il s'agit plus précisément des conjoints et conjointes, cohabitants, ascendants et descendants.

À partir de 1993, deux catégories de bénéficiaires sont à distinguer: les bénéficiaires et les bénéficiaires non assurés.


 Les **bénéficiaires non assurés** sont des personnes qui ne remplissent plus les conditions pour avoir droit aux prestations, ces personnes ayant par exemple refusé de payer la cotisation personnelle due lorsque des données de cotisation d'une valeur insuffisante ont été transmises à la mutualité. Ces personnes sont donc bel et bien encore affiliées à une mutualité mais ont perdu leur droit aux prestations, c'est-à-dire leur qualité de bénéficiaire.

1. Évolution selon le régime

Jusqu'à fin 2007, les bénéficiaires étaient repris dans 2 régimes, avec un niveau différent d'interventions et d'indemnités :

- le **régime général**, issu d'une assurance qui, à l'origine, était organisée pour des personnes qui se trouvaient sur le marché du travail en tant que travailleurs ou qui n'y restaient pas à cause du chômage, d'une incapacité de travail ou de la pension et qui par la suite a été étendu à d'autres couches de la population
- le **régime des indépendants** et des membres des communautés religieuses.

Pour ce qui concerne l'assurance soins de santé, cette distinction entre les régimes a disparu à partir du 1^{er} janvier 2008. À partir de cette date, les travailleurs indépendants (et les membres des communautés religieuses) ont les mêmes droits en matière de soins de santé que les autres groupes de la population et font partie aujourd'hui d'un seul et même système d'assurance soins de santé.

 Le principe suivant est toutefois encore valable. Les dépenses en soins de santé des personnes possédant la qualité de travailleur indépendant ou qui ont une relation manifeste avec cette qualité sont en principe financées à partir de la gestion financière globale de la sécurité sociale des travailleurs indépendants et non à partir de celle des travailleurs salariés. Ceci permet de mentionner encore les effectifs séparément. La notion de "régime" doit donc être comprise dans ce sens.

Concernant l'assurance indemnités, il existe toujours une différence tant sur la forme que sur le contenu entre le régime général et le régime des travailleurs indépendants.

a. Régime général

Le tableau 1 présente l'évolution du nombre de bénéficiaires dans le régime général et l'évolution du nombre de bénéficiaires non assurés.

Tableau 1 - Nombre de bénéficiaires du régime général - Situation au 30 juin							
Catégorie	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Titulaires (1)							
TIP + Services publics & assimilés	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516	4.302.436	4.310.964	4.308.868
Invalides	215.832	224.453	235.765	249.187	261.017	274.424	289.044
Handicapés	72.054	73.323	72.381	72.598	72.872	71.970	72.058
Veuves, veufs et orphelins	360.937	356.116	350.145	343.996	336.064	325.689	315.374
Pensionnés	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763	1.398.639	1.446.241	1.499.695
Personnes inscrites au Registre national	174.391	165.391	155.199	158.051	166.317	165.575	162.704
Total (1)	6.288.662	6.362.315	6.405.630	6.464.111	6.537.345	6.594.863	6.647.743
Personnes à charge (2)							
Conjoints	692.268	674.025	658.994	647.357	632.636	615.524	599.952
Ascendants	12.340	12.924	13.842	14.929	15.882	15.415	14.530
Descendants	2.393.277	2.394.253	2.414.598	2.438.538	2.457.285	2.479.685	2.501.384
Total (2)	3.097.885	3.081.202	3.087.434	3.100.824	3.105.803	3.110.624	3.115.866
Bénéficiaires (1+2)	9.386.547	9.443.517	9.493.064	9.564.935	9.643.148	9.705.487	9.763.609
Bénéficiaires non assurés	90.343	89.346	103.890	103.011	108.620	119.219	118.547

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Les différentes catégories de titulaires du régime général sont les suivantes :

- les **titulaires indemnisables primaires (TIP)** : les travailleurs actifs, les travailleurs en incapacité primaire de travail, les travailleurs en congé de maternité, les chômeurs contrôlés, les étudiants de l'enseignement supérieur et les travailleurs en assurance continuée
- les **invalides** : les assurés qui sont reconnus en incapacité de travail suite à une maladie d'au moins une année
- les **handicapés** : les assurés qui, sans nécessairement bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail, ont été reconnus incapables. Il s'agit d'une reconnaissance soit, dans le cadre de la réglementation concernant les allocations pour les personnes avec un handicap, soit dans le cadre de la réglementation concernant les allocations familiales
- les **veufs, veuves et orphelins** des titulaires
- les **pensionnés** : toutes les personnes ayant droit à une pension de retraite, à une pension anticipée ou à un avantage en vigueur comme équivalent
- les **personnes inscrites au Registre national des personnes physiques** : les personnes qui ont leur résidence principale légale en Belgique et qui ne sont pas assujetties à une assurance soins de santé étrangère ou à une assurance maladie spécifique belge telle que la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins par exemple. En ce qui concerne les effectifs, une personne n'est intégrée dans cette catégorie que si elle ne peut l'être dans une autre.

b. Indépendants et communautés religieuses

Le tableau 2 présente l'évolution du nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité (c'est-à-dire les travailleurs indépendants proprement dits) et les communautés religieuses. Les travailleurs indépendants à carrière mixte relèvent du régime général.

Tableau 2 - Nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité et des communautés religieuses - Situation au 30 juin							
Catégorie	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Titulaires (1)							
TIP	500.948	553.240	561.740	566.225	567.671	571.882	574.896
Invalides	16.760	17.048	17.524	18.270	18.667	19.014	19.544
Pensionnés	57.737	82.531	83.138	83.671	83.937	85.104	86.009
Veuves, veufs et orphelins	14.734	29.463	30.608	28.594	27.965	27.436	26.819
Starters	36.349						
GRAPA (Garanties de revenus aux personnes âgées)	9.400						
Handicapés		6.632	3.945	5.421	5.363	5.314	4.989
Total (1)	635.928	688.914	696.955	702.181	703.603	708.750	712.257
Personnes à charge (2)							
Conjoints	105.121	115.071	111.954	107.647	102.614	98.234	94.234
Ascendants	1.095	1.300	1.543	1.743	1.865	1.907	1.843
Descendants	202.337	222.341	240.348	253.063	262.133	269.065	277.626
Total (2)	308.553	338.712	353.845	362.453	366.612	369.206	373.729
Bénéficiaires (1+2)	944.481	1.027.626	1.050.800	1.064.634	1.070.215	1.077.956	1.085.986
Communautés religieuses	1.118	3.009	2.726	2.459	1.993	1.763	1.565

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Les différentes catégories de titulaires sont les suivantes :

- les **indépendants titulaires indemnifiables primaires (TIP) et leurs aidants** : les indépendants/aidants actifs et les indépendants/aidants en incapacité de travail primaire ou en congé de maternité
- les **invalides** : les assurés qui restent incapables de travailler après une période d'incapacité primaire et remplissent les conditions en matière d'invalidité définies par l'arrêté royal du 20 juillet 1971
- les **pensionnés** : tous les travailleurs indépendants qui ont droit à une pension de retraite en tant que travailleurs indépendants
- les **veufs, veuves et orphelins** de travailleurs indépendants dont le conjoint ou la conjointe a exercé une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant pendant au moins une année
- les **“starters” et le bénéficiaires de la “Garantie de revenus aux personnes âgées” (GRAPA)** :
Entre le 1^{er} juillet 2006 et le 31 décembre 2007, les “travailleurs indépendants débutants” et les “travailleurs indépendants bénéficiant de la GRAPA” avaient déjà droit à une intervention et ce, tant pour les gros risques que pour les petits risques. Durant cette période, il était possible de les distinguer dans les fichiers des effectifs comme catégories distinctes. Comme, depuis le 1^{er} janvier 2008, tous les travailleurs indépendants assurés ont droit à une intervention tant pour les gros risques que pour les petits risques, les travailleurs indépendants débutants et les travailleurs indépendants bénéficiant de la GRAPA font, à partir de cette date, respectivement partie des titulaires indemnifiables primaires et des pensionnés (sans mention distincte)
- le groupe **handicapés indépendants** : tous les bénéficiaires handicapés, pour lesquels un lien peut encore être identifié avec une qualité d'indépendant
- les membres des **communautés religieuses**.

2. Évolution par organisme assureur

Les graphiques et les tableaux suivants illustrent la répartition des assurés sociaux entre les différents organismes assureurs (O.A.).

Le graphique 1 présente le volume des membres de l'O.A. au 30 juin 2013 dans le cadre du régime général et le graphique 2 présente la répartition pour les indépendants.

Graphique 1 - Régime général - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2013		
ANMC	41,29%	
UNMN	4,41%	
UNMS	29,67%	
UNML	5,11%	
UML	17,62%	
CAAMI	0,79%	
SNCB Holding	1,12%	

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Graphique 2 - Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2013		
ANMC	43,11%	
UNMN	5,22%	
UNMS	15,44%	
UNML	6,72%	
UML	29,10%	
CAAMI	0,41%	
SNCB Holding	0,00%	

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Le tableau 3 présente l'évolution du nombre de bénéficiaires par O.A. au 30 juin pour les années 2003 à 2013 incluse, dans le régime général (à l'exclusion des bénéficiaires non assurés).

Le tableau 4 présente la même évolution dans le régime des travailleurs indépendants.

Le tableau 5 présente l'évolution des bénéficiaires non assurés à parti de 2011.

Tableau 3 - Régime général - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI	SNCB Holding
2003	43,29	3,97	29,36	5,63	15,49	0,79	1,49
2004	43,01	3,98	29,58	5,57	15,65	0,79	1,42
2005	42,77	3,98	29,79	5,51	15,81	0,79	1,36
2006	42,37	3,98	30,00	5,43	16,14	0,78	1,31
2007	42,39	4,04	29,41	5,41	16,69	0,77	1,29
2008	42,21	4,11	29,46	5,34	16,86	0,75	1,26
2009	42,04	4,18	29,51	5,29	17,01	0,74	1,23
2010	41,81	4,23	29,54	5,27	17,21	0,75	1,20
2011	41,66	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16
2012	41,48	4,35	29,65	5,17	17,45	0,76	1,14
2013	41,29	4,41	29,67	5,11	17,62	0,79	1,12

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Tableau 4 - Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI
2003	47,93	5,30	14,28	7,89	24,29	0,31
2004	47,67	5,26	14,37	7,78	24,62	0,30
2005	46,97	5,23	14,41	7,64	25,46	0,30
2006	45,88	5,22	14,35	7,48	26,76	0,30
2007	44,96	5,14	14,28	7,22	28,08	0,32
2008	45,10	5,17	14,56	7,10	27,79	0,27
2009	44,55	5,20	14,84	6,96	28,11	0,34
2010	44,43	5,15	14,99	6,85	28,23	0,34
2011	44,03	5,19	15,07	6,82	28,58	0,31
2012	43,60	5,20	15,17	6,81	28,81	0,40
2013	43,11	5,22	15,44	6,72	29,10	0,41

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Tableau 5 - Bénéficiaires non assurés - Évolution par O.A. au 30 juin (en %)

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI	SNCB Holding
2011	41,66	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16
2012	30,53	3,84	32,51	3,75	25,96	3,41	0,01
2013	31,73	3,95	31,85	3,55	25,89	3,04	0,01

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

VI. Statistiques du Fonds des accidents médicaux

1. Les appels au call center

Le Fonds des accidents médicaux (FAM) a mis en place un call center accessible tous les jours ouvrables entre 8h et 17h. Ce call center permet d'obtenir des renseignements sur le fonctionnement du FAM et sur ses actions et missions. Il ne répond pas aux questions relatives à un dossier déterminé.

Les tableaux 1 et 2 reprennent les statistiques du call center pour 2012 (à partir d'août) et pour 2013 :

- le nombre d'appels reçus chaque mois depuis le lancement du call center
- le taux d'appels décrochés dans les 30 secondes (Service level)
- le taux d'appels abandonnés par l'appelant avant d'avoir obtenu un interlocuteur (Abandon rate)
- la proportion d'appels francophones et néerlandophones
- le taux d'appels qui concernent une des questions les plus fréquentes reprises sur le site web du FAM (FAQ rate).

a. En 2012

Tableau 1 - Appels reçus au call center en 2012 (à partir d'août)						
Mois	08-2012	09-2012	10-2012	11-2012	12-2012	Moyenne
Nombre d'appels	73	313	204	153	106	169,8
Nombre d'appels cumulés	73	386	590	743	849	-
Service Level	84,00%	87,00%	82,00%	94,00%	96,00%	88,60%
Abandon rate	6,00%	2,00%	1,00%	0,00%	1,00%	2,00%
NL rate	9,00%	30,00%	28,00%	36,00%	29,00%	26,40%
FR rate	91,00%	70,00%	72,00%	64,00%	71,00%	73,60%
FAQ rate	88,00%	93,00%	95,00%	91,00%	88,00%	91,00%

Source : INAMI

Les informations principales du tableau 1 concernent le nombre d'appels et leur répartition linguistique. Les appels sont très nombreux en septembre 2012, ce qui est logique puisqu'il s'agit du mois de démarrage du FAM. Par la suite, ce nombre d'appels diminue progressivement jusqu'à atteindre une vitesse de croisière.

Par ailleurs, la réactivité au niveau du service est très bonne : près de 89 % des appelants sont mis en communication avec un interlocuteur dans les 30 secondes. En tenant compte d'un taux d'abandon de 2 %, cela signifie que moins de 10 % des appelants doivent patienter plus de 30 secondes avant d'avoir un interlocuteur.

b. En 2013

Tableau 2 - Appels reçus au call center en 2013							
Mois	01-2013	02-2013	03-2013	04-2013	05-2013	06-2013	07-2013
Nombre d'appels	139	114	109	96	78	59	68
Nombre d'appels cumulés	139	253	362	458	536	595	663
Service Level	90,00%	95,00%	95,00%	95,00%	94,00%	89,00%	97,00%
Abandon rate	1,00%	0,00%	0,00%	2,00%	0,00%	1,00%	3,00%
NL rate	33,00%	35,00%	36,00%	24,00%	42,00%	29,00%	45,00%
FR rate	67,00%	65,00%	64,00%	76,00%	58,00%	71,00%	55,00%
FAQ rate	90,00%	89,00%	88,00%	96,00%	94,00%	91,00%	89,00%
Mois	08-2013	09-2013	10-2013	11-2013	12-2013	Moyenne	
Nombre d'appels	53	107	128	96	77	95	
Nombre d'appels cumulés	716	823	951	1.047	1.124	-	
Service Level	90,00%	99,00%	95,00%	96,00%	93,00%	94,00%	
Abandon rate	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,00%	1,08%	
NL rate	53,00%	51,00%	32,00%	39,00%	35,00%	37,80%	
FR rate	47,00%	49,00%	68,00%	61,00%	65,00%	62,10%	
FAQ rate	90,00%	94,00%	93,00%	91,00%	93,00%	91,50%	

Source : INAMI

Pour 2013, le tableau 2 fait ressortir moins de 100 appels par mois en moyenne. Cette moyenne diminue donc par rapport à l'année précédente (moyenne de 170 appels par mois en 2012).


Le call center reçoit le plus grand nombre d'appels au cours des premiers mois de l'année, avec une petite remontée en septembre et octobre. On peut donc dire que le call center est toujours sollicité à l'heure actuelle, mais dans des proportions moindres par rapport à 2012. Ceci est logique, 2012 étant l'année de démarrage du FAM.

Par ailleurs, la réactivité au niveau du service est toujours très bonne : 94 % des appelants sont mis en communication avec un interlocuteur dans les 30 secondes. En tenant compte d'un taux d'abandon de 1,08 %, cela signifie que moins de 5 % des appelants doivent patienter plus de 30 secondes avant d'avoir un interlocuteur. Ce résultat est meilleur encore qu'en 2012, mais peut aussi s'expliquer par le nombre moindre d'appels reçus au call center.


2. Les dossiers déposés

a. Les dossiers selon le statut et la langue

Un dossier peut avoir le statut “ouvert”, “fermé” ou “rouvert”.

 Un **dossier ouvert** est un dossier introduit auprès du FAM et qui est toujours en traitement au sein de celui-ci. Il peut se trouver :

- en phase 1 : le FAM est en train de déterminer sa recevabilité, la réception des documents nécessaires, etc., ou
- en phase 2 : le dossier est soumis à une étude juridique ou médicale, à une expertise externe, etc.

 Un **dossier fermé** n'est plus en cours de traitement, et ce, pour diverses raisons : il a débouché sur une indemnisation acceptée par toutes les parties, il a été jugé irrecevable administrativement, etc. À ce jour, la plupart des dossiers fermés le sont à cause de leur irrecevabilité en phase 1.


 Un **dossier est rouvert** lorsque de nouveaux éléments, inconnus au moment de la fermeture du dossier, apparaissent et demandent à être examinés. Par exemple, un dossier que le FAM avait fermé parce qu'il n'avait pas reçu les documents nécessaires dans le délai imparti, sera rouvert lorsque le demandeur aura finalement fourni ces documents.

Tableau 3 - Nombre de dossiers déposés en 2010, 2011 et 2012 - Répartition par statut et par langue

Statut du dossier	Francophones	Néerlandophones	Germanophones	Total
Fermé	64	32	-	96
Ouvert	260	137	2	399
Rouvert	13	2	-	15
Total	337	171	2	510

Source : INAMI

En 2012, le FAM avait reçu 510 dossiers. Parmi ceux-ci, 36 dossiers avaient été déposés en 2011 et 11 dossiers en 2010, avant que le traitement des dossiers ne débute en septembre 2012.

Le nombre de dossiers francophones (66%) est beaucoup plus important que le nombre de dossiers néerlandophones (33%). Sur l'ensemble des dossiers déposés, les dossiers germanophones sont très minoritaires.

Tableau 4 - Nombre de dossiers déposés en 2013 - Répartition par statut et par langue

Statut du dossier	Francophones	Néerlandophones	Germanophones	Total
Fermé	38	12	-	50
Ouvert	455	579	6	1.040
Rouvert	5	1	-	6
Total	498	597	6	1.096

Source : INAMI

Pour 2013, le tableau 4 totalise 1.096 dossiers introduits auprès du FAM.

Les dossiers néerlandophones sont légèrement plus nombreux (54 %) que les dossiers francophones (45%). La proportion s'équilibre donc par rapport à la situation de 2012. Sur l'ensemble des dossiers déposés, les dossiers germanophones restent très minoritaires.

Tableau 5 - Nombre de dossiers déposés - Situation fin 2013 - Répartition par statut et par langue

Statut du dossier	Francophones	Néerlandophones	Germanophones	Total
Fermé	102	44	-	146
Ouvert	715	716	8	1.439
Rouvert	18	3	-	21
Total	835	763	8	1.606

Source : INAMI

Tableau 6 - Nombre de dossiers déposés - Évolution mensuelle 2010-2013

Année	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Total
2010	-	-	-	-	2	-	1	-	2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	71	1.096
Total	157	102	125	100	81	101	69	84	229	209	203	146	1.606

Source : INAMI

En cumulant l'ensemble des dossiers déposés, fin 2013 le FAM avait reçu 1.606 dossiers : 11 en 2010, 36 en 2011, 463 en 2012 et 1.096 en 2013.

Depuis le lancement effectif du traitement des dossiers en septembre 2012, le FAM reçoit en moyenne une centaine de nouveaux dossiers par mois : 91,3 en 2013, 93,7 pour les 4 mois de traitement 2012. Il compte 135 dossiers déposés avant le lancement effectif du traitement des dossiers.

b. Les dossiers selon leur phase de traitement et la langue

Au cours de son traitement, un dossier passe par plusieurs phases :

abc La 1^{re} phase ou **phase initiale** est une **phase administrative** au cours de laquelle le gestionnaire de dossier ouvre le dossier et réunit les documents nécessaires pour déterminer si ce dernier est recevable sur le plan administratif. Cette phase débute par la réception de la demande d'avis déposée par la victime ou de ses ayants droits, et elle se termine lorsque la recevabilité administrative du dossier est déterminée. À ce moment, soit le dossier est irrecevable administrativement et il est fermé, soit il est recevable administrativement et il entre alors dans la 2^e phase de traitement.

abc La 2^e phase est sans doute la plus importante du processus : c'est au cours de cette phase que se déroulent les **études médicales et juridiques** et, souvent, une expertise médicale externe. C'est sur cette base que le FAM rendra un avis quant à la responsabilité d'un dispensateur de soins ou à l'aléas thérapeutique, et sur le droit à l'indemnisation du dommage. Cette 2^e phase se termine lorsque le FAM a rendu son avis.

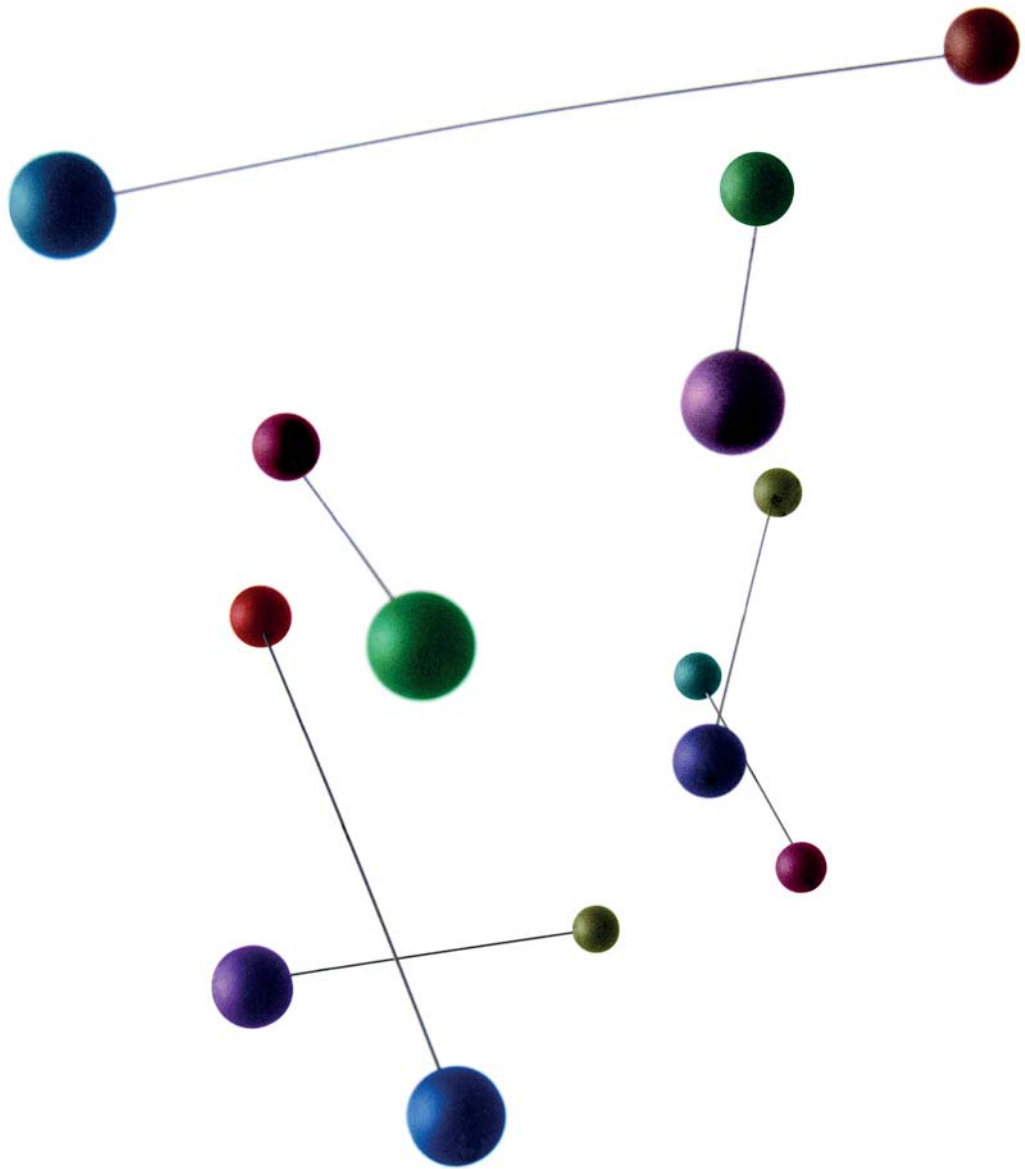
abc Une 3^e phase consistera pour le FAM à émettre une **proposition d'indemnisation** ou un avis sur l'indemnisation proposée par le responsable du dommage.

Tableau 7 - Nombre de dossiers ouverts et rouverts - Situation fin 2013 - Répartition par statut et par langue

Phase de traitement	Francophones	Néerlandophones	Germanophones	Total	%
Phase administrative	69	89	0	158	11,00%
Phase d'études	664	630	8	1.302	89,00%
Total	733	719	8	1.460	100,00%

Source : INAMI

Le tableau 7 montre que, fin 2013, 89 % des dossiers déposés et non clôturés se trouvaient dans la 2^e phase de traitement.



6^e Partie
L'INAMI en pratique

I. Adresses des bureaux de l'INAMI

1. Le siège social

Le siège social de l'INAMI se situe Avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles.

Tél. : 02 739 71 11

Fax : 02 739 72 91



E-mail : bib@inami.fgov.be ou communication@inami.fgov.be

Site web : www.inami.be

2. Les bureaux provinciaux du Service des indemnités et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Les bureaux provinciaux du Service des indemnités et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux sont accessibles au public aux adresses suivantes :

Anvers

Eiermarktbuilding
9^e en 10^e verdieping
Sint-Katelijnevest 54,
bussen 2 en 3
2000 Antwerpen
Tél. : 03 201 45 50
Fax : 03 232 81 55
E-mail : antwerpen.dgc@riziv.fgov.be

Brabant flamand

Martelarenlaan 38 bus 2
6010 Kessel-Lo
Tél. : 016 39 26 00
Fax : 016 39 26 39
E-mail : vlaamsbrabant.dgc@riziv.fgov.be

Brabant wallon

Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles
Tél. : 02 739 79 92
Fax : 02 739 79 67
E-mail : brabantwallon.scm@inami.fgov.be

Bruxelles-Capitale

Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles
Tél. : 02 739 79 99
Fax : 02 739 79 67
E-mail : brxlcapital.scm@inami.fgov.be

Flandre occidentale

Hertogenstraat 71
8200 Sint-Andries-Brugge
Tél. : 050 39 04 10
Fax : 050 39 22 91
E-mail : brugge.secr@riziv.fgov.be

Flandre orientale

Groeninghecomplex
Zwijnaardsesteenweg 316 D
9000 Gent
Tél. : 09 321 80 10
Fax : 09 225 30 88
E-mail : gent.dgc@riziv.fgov.be

Hainaut

Parc Initialis
Boulevard A. Delvaux 5
7000 Mons
Tél. : 065 35 42 37
Fax : 065 35 50 21
E-mail : mons.scm@inami.fgov.be

Nouveau Centre médical Arthur Gailly

Polyclinique du Mambourg,
entrée 2 (3^e étage)
Boulevard Zoé Drion 1
6000 Charleroi
(Uniquement centre médical CRCMI)

Liège

Rue Fabry 25
4000 Liège
Tél. : 04 229 20 40
Fax : 04 229 20 99
E-mail : liege.scm@inami.fgov.be

Limbourg

Guffenslaan 33
3500 Hasselt
Tél. : 011 45 77 00
Fax : 011 23 32 87
E-mail : hasselt.dgc@riziv.fgov.be

Luxembourg

Rue des Déportés 50
1^{er} étage
6700 Arlon
Tél. : 063 22 05 98
063 22 05 99
Fax : 063 23 40 91
E-mail : arlon.scm@inami.fgov.be

Namur

Avenue Jean Mterne 115-117
5100 Jambes
Tél. : 081 58 53 20
081 73 06 22
Fax : 081 74 30 57
E-mail : namur.scm@inami.fgov.be

II. Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014 (en EUR)

1. Bulletin d'information

Revue: paraît 4 fois par an..... 32,00



Le Bulletin d'information est aussi disponible sur le site web de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

2. Textes coordonnés SSI

L'ensemble des textes coordonnés est disponible sur un CD-ROM :..... 5,00

À chaque mise à jour, une nouvelle version adaptée est disponible : 5,00

a. Loi du 14 juillet 1994

Texte de base¹ 27,00

Mises à jour 2014..... 25,00

Texte de base¹ + mises à jour 2014 : Feuilles interchangeables..... 52,00

b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Texte de base¹ 17,00

Mises à jour 2014..... 5,00

Texte de base¹ + mises à jour 2014 : Feuilles interchangeables..... 22,00

c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Texte de base¹ 2,00

Mises à jour 2014..... 12,00

Texte de base¹ + mises à jour 2014 : Feuilles interchangeables..... 14,00

d. Prestations de santé (règlement)

Texte de base¹ 12,00

Mises à jour 2014..... 6,00

Texte de base¹ + mises à jour 2014 : Feuilles interchangeables..... 18,00

e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Texte de base¹ 45,00

Mises à jour 2014..... 13,00

Texte de base¹ + mises à jour 2014 : Feuilles interchangeables..... 58,00

¹ Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Texte de base ¹	6,00
Mises à jour 2014.....	6,00
Texte de base ¹ + mises à jour 2014 :..... Feuilles interchangeables.....	12,00

g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Texte de base ¹ + mises à jour 2014 :..... Feuilles interchangeables.....	168,00
Mises à jour 2014.....	52,00

h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Texte de base ¹ + mises à jour 2014 :..... Feuilles interchangeables.....	87,00
Mises à jour 2014.....	28,00



Une base de données de réglementation (Docleg) est également consultable sur le site web de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Réglementation.

Sous la même rubrique, un certain nombre de textes réglementaires sont également disponibles au format PDF :

- loi du 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996
- règlement des soins de santé du 28 juillet 2003
- règlement des indemnités du 16 avril 1997.

3. Nomenclature des prestations de santé

a. Texte de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2014 :..... Feuilles interchangeables.....	68,00
Mises à jour 2014.....	45,00

b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2014 :..... Feuilles interchangeables.....	49,00
Mises à jour 2014.....	8,00



Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site web de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Nomenclature des prestations de santé.

4. Information technique

Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.	
La feuille	0,12
Abonnement ¹	provision de 50,00
Index 1964-2012:	CD-ROM.....6,00

5. Rapport annuel, brochures, dépliants, livres

a. Rapport annuel INAMI

Disponible uniquement via le site Internet de l'INAMI (version imprimable)

b. L'INAMI sous la loupe - Rôle, partenaires et ambition

Brochuregratuit

c. L'INAMI - Comment, pourquoi, pour qui ?

Dépliantgratuit

d. Fonds spécial de solidarité

Dépliantgratuit

e. Répertoire des Unions nationales de mutualités et des Mutualités de Belgique (assurance obligatoire SSI)

Seulement consultable sur le site web de l'INAMI, rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités

f. Liste des offices de tarification agréés.....gratuit

g. L'évolution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)


Livre de J. Engels (449 pp.) 12,50



Les publications reprises au point 5 (a à e) sont disponibles sur le site web de l'INAMI: www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

Les coordonnées des mutualités reprises dans le Répertoire sont également disponibles sur le site Internet, rubrique Citoyens > Mutualités > Contactez les Mutualités.

¹ Le prix exact de l'abonnement sera déterminé lors de la parution de la dernière circulaire de l'année 2013.

 Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à:

Publication	Contact
1, 2, 3 et 4	Service abonnements tél. 02 739 72 32, e-mail: abonnee@inami.fgov.be
5.a, b et c	Cellule communication tél. 02 739 72 14, e-mail: communication@inami.fgov.be
5.d	Service des soins de santé tél. 02 739 77 77, e-mail: fonds-solidarite@inami.fgov.be
5.f	Service des soins de santé tél. 02 739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: daniel.vandenbergh@inami.fgov.be
5.g	Service de documentation tél. 02 739 70 91, e-mail: bib@inami.fgov.be

Les publications payantes peuvent être obtenues contre virement au IBAN: BE84 6790 2621 5359 – BIC: PCHQ BEBB de l'INAMI, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, en indiquant en communication la dénomination de la publication souhaitée.

Le rapport annuel 2013 a pu se réaliser grâce à la précieuse collaboration de :

Ann Alcide, Jean Alves, Yoeriska Antonissen, Vera Beeken, Daniël Bodart, Danny Borreman, Michel Breda, Christophe Buret, Francis Colla, Benoît Collin, Isabelle Collin, la Cellule communication (Sandrine Bingen, David Constant, Bruno De Bolle, Sandra De Clercq, Lawrence de Marneffe, Véronica Franceschini, Mélissa Hermie, Ludwig Moens, Geneviève Speltincx, Linda Vandenberg), Daniel Crabbe, Michaël Daubie, Jan De Bruycker, Patrick De Clercq, Jo De Cock, Ri De Ridder, Thibaut Dorbant, André Dorian, Fabienne Dubois, Ilse Fastekaekels, Patricia Heidbreder, Bernard Hepp, Fatiha Hosni, Ilse Kerfs, Véronique Lesne, Guy Lombaerts, Sofie Lombaert, Olivia Machiels, Marie-Hélène Mangon, Dirk Marcelis, Pascal Meeus, Olivier Michiels, François Perl, Bram Putzeijs, Frederik Remorie, Didier Renauld, Rodrigo Ruz Torrez, le Secrétariat du Service du contrôle administratif, le Secrétariat du Service des soins de santé, le Secrétariat général des Services généraux de support, Marie-jeanne Servotte, Patrick Smets, An Taelemans, Joos Tielemans, le Service de traduction et d'interprétariat, Yves Trappeniers, Jan Tremmery, Tessy Van Berlo, Louis Van Damme, Christian Van Ende, Karlien Van Hellemont, Margot Van Wouwe, Tom Verdonck, Sylvie Willemsens.

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Design et réalisation graphique : Ab initio Graphic Design, Bruxelles, www.abinitio.be

Dépôt légal : -



Ce rapport annuel est disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

