



# Rapport annuel – 2015

Ce rapport annuel 2015 donne un aperçu de nos travaux en 2015. Mots clés : la transparence et la modernisation, avec une attention particulière à l'efficacité dans un contexte de limitation des moyens budgétaires.

# Table des matières

Préface – 2015: focus sur la transparence et les grands chantiers .....	2
I. L'INAMI .....	3
1. La carte d'identité 2015 de l'INAMI .....	3
2. La stratégie de l'INAMI.....	6
II. Activités principales.....	7
1. Service des soins de santé en 2015 .....	7
2. Service des indemnités en 2015.....	10
3. Service d'évaluation et de contrôle médicaux en 2015 .....	10
4. Service du contrôle administratif .....	11
5. Fonds des accidents médicaux en 2015 .....	12
6. Services généraux de support .....	13
III. L'INAMI, une E-institution .....	14
1. Numériser plusieurs services spécifiques.....	14
2. Engager des synergies en matière d'ICT avec d'autres institutions publiques .....	15
IV. Faits marquants en 2015.....	15
1. Service des soins de santé .....	15
2. Service des indemnités.....	17
3. Service d'évaluation et de contrôle médicaux.....	18
4. Service du contrôle administratif .....	19
5. Fonds des accidents médicaux .....	21
6. Services généraux de support .....	21
V. Chiffres clés en 2015 .....	23
1. Service des soins de santé en 2015 .....	23
2. Service des indemnités en 2015.....	24
3. Service d'évaluation et de contrôle médicaux en 2015 .....	26
4. Service du contrôle administratif en 2015 .....	27
5. Fonds des accidents médicaux en 2015 .....	28
6. Services généraux de support en 2015 .....	28
Colofon.....	29

## Préface – 2015: focus sur la transparence et les grands chantiers



**Jo De Cock**  
Administrateur général



**Benoît Collin**  
Administrateur général adjoint

2015 est apparu pour l'INAMI comme un vaste chantier. Plusieurs réformes importantes ont été ébauchées, comme la réforme du financement des hôpitaux et du secteur des indemnités. Dans le même temps, nous avons construit le nouveau contrat d'administration. Mais, surtout, dans des marges de plus en plus étroites, nous avons travaillé à améliorer et à adapter l'assurance soins de santé et indemnités, dans plusieurs domaines. Enfin, dans le cadre de la Fondation Roi Baudouin, nous avons exploré l'agenda futur des soins de santé, en collaboration avec un groupe de citoyens.

La transparence est sans nul doute un des maîtres-mots de l'année écoulée. La transparence en fournissant aux patients une meilleure information à propos de ses coûts de santé, par l'introduction d'un document justificatif. Transparence au niveau de l'incapacité de travail via une nouvelle attestation sur laquelle la durée probable de l'incapacité doit être mentionnée par le dispensateur de soins. Transparence du fonctionnement des mutualités par l'application d'un nouveau système de responsabilité financière. Transparence envers les dispensateurs de soins en les informant mieux sur la réglementation applicable via des campagnes par courriers.

Mais « transparence » est seulement 1 mot clé. Nous avons encore travaillé à plusieurs chantiers : poursuivre l'informatisation de certaines procédures (Tardis), démarrer le programme « Disability management », développer l'équipe du Fonds des accidents médicaux, introduire un nouveau mode de financement des médicaments dans les maisons de repos, poursuivre la lutte contre la fraude sociale, etc.

L'année passée, nous avons beaucoup investi dans la modernisation de nos processus et services. Le contrat d'administration en est d'évidence le levier. Nous avons pu clôturer le contrat d'administration 2013-2015 avec un résultat positif. Quasi tous les engagements ont été remplis. Vu le contexte budgétaire, nous avons aussi lancé le débat sur nos tâches clés. Cela devra nous aider à offrir des solutions pour les contraintes financières sensibles. En parallèle, nous intensifions notre collaboration avec d'autres institutions publiques. Avec les parastataux sociaux, nous avons exploré, au niveau IT, les possibilités d'une « cloud strategy » et nous avons travaillé à un moteur salarial commun. Avec le SPF Santé publique, nous avons entrepris des démarches pour une occupation commune des services provinciaux.

En espérant avoir éveillé votre curiosité, nous vous souhaitons une bonne lecture !

## I. L'INAMI

### 1. La carte d'identité 2015 de l'INAMI

Notre carte d'identité vous guide vers nos principales missions et vers nos moyens financiers mais aussi humains.

#### a. Nos missions

L'INAMI, Institut national d'assurance maladie-invalidité, est une institution publique de sécurité sociale (IPSS). En tant qu'institution, l'INAMI, est placée sous l'autorité de la ministre des Affaires sociales. Nos missions sont nombreuses et diverses.

Nous jouons un rôle clé dans les soins de santé et l'incapacité de travail. Voici nos principales missions.

#### ORGANISER ET GÉRER L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Nous élaborons les règles pour le remboursement des prestations de santé, des médicaments et du matériel médical. Nous en fixons les tarifs en concertation avec les acteurs concernés.

#### ORGANISER ET GÉRER L'ASSURANCE INDEMNITÉS

Nous déterminons :

- les conditions à remplir pour recevoir une indemnité en cas de maladie, d'accident, de maternité, de paternité ou d'adoption
- les règles pour calculer le montant de ces indemnités.

Nous apportons aussi un soutien financier aux personnes en incapacité de travail qui veulent recommencer à travailler et qui suivent pour ça un programme de réadaptation ou de réorientation professionnelle.

#### INFORMER SUR LES RÈGLES DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

Nous informons les dispensateurs de soins de manière optimale pour :

- garantir des soins de qualité suivant les règles de l'assurance soins de santé
- éviter des erreurs administratives.

#### CONTRÔLER LA BONNE APPLICATION DES RÈGLES

Nous contrôlons aussi bien les mutualités que les dispensateurs de soins. Ce contrôle garantit que le système d'assurance belge reste de qualité et financièrement viable.

#### ÉVALUER LES PRESTATIONS DES DISPENSATEURS DE SOINS

Nous évaluons les prestations des dispensateurs de soins et pointons les phénomènes de surconsommation ou de surprescription de prestations. Pour ceci, nous nous basons sur les recommandations de bonne pratique médicale et sur les indicateurs de déviation manifeste.

## ORGANISER LA CONCERTATION

Nous organisons la concertation entre les acteurs de l'assurance soins de santé et indemnités : les mutualités, les dispensateurs de soins, les organisations d'employeurs et de travailleurs.

## ENCOURAGER LA QUALITÉ DES SOINS

Nous encourageons la qualité des soins de plusieurs façons : formations, directives pour la prescription des prestations, informatisation, trajets de soins spécifiques, projets de soins alternatifs aux personnes âgées, etc.

## EXAMINER SI LES VICTIMES D'UN ACCIDENT MÉDICAL PEUVENT BÉNÉFICIER D'UNE INDEMNISATION

Dans le cadre des demandes d'indemnisation suite à un dommage résultant de soins de santé, nous avons une mission d'avis, de médiation et d'indemnisation.

Nous avons aussi une mission de prévention, d'enregistrement et de reporting grâce aux données relatives aux demandes d'indemnisation que nous centralisons.

## b. Nos moyens financiers

Vous trouvez le budget 2015 de l'assurance soins de santé et indemnités sur notre site web : [recettes et dépenses](#).

	Réalisations 2013	Réalisations 2014	Réalisations provisoires 2015
<b>Dépenses</b>			
Dépenses en personnel	89.172.596	92.523.008	84.552.518
Dépenses en fonctionnement ordinaire	15.001.738	14.804.222	14.035.298
Dépenses en fonctionnement informatique	16.969.391	16.106.582	15.245.894
Dépenses d'investissements	754.738	869.401	833.094
Investissements immobiliers	54.730	50.339	132.904
Investissements informatique	537.116	672.636	644.614
Investissements bien mobiliers	162.893	146.423	55.576
<b>Total dépenses</b>	<b>121.898.463</b>	<b>124.303.213</b>	<b>114.666.804</b>
Recettes	668.409	199.081	1.841.157
<b>Montant net frais d'administration</b>	<b>121.230.054</b>	<b>124.104.132</b>	<b>112.825.647</b>

(\*) 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.

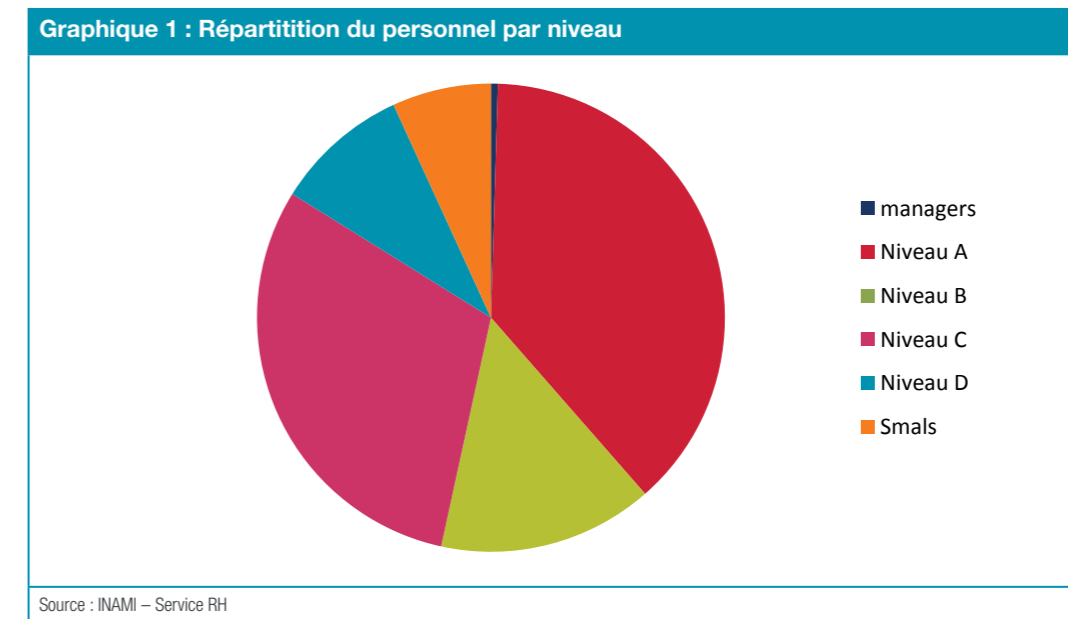
Source : INAMI - Finances

## c. Nos moyens humains

Notre personnel est l'une de nos principales forces. Voici quelques chiffres-clés.

### RÉPARTITION DU PERSONNEL PAR NIVEAU

Sur les 5 dernières années, nous constatons une légère augmentation du personnel de niveau A (3,7 %) et B (3,3 %) et une forte diminution du personnel de niveau C (-14 %). Le personnel de niveau D a quant à lui diminué de plus de moitié en 5 ans (-57,3 %).



### RÉPARTITION DE NOTRE PERSONNEL PAR NIVEAU, SEXE ET RÉGIME DE TRAVAIL

En 2015, la décision de travailler à temps partiel se prend essentiellement par nos collaboratrices, et en particulier, par des collaboratrices des niveaux C et D.

Régimes de travail	INAMI			Niveau A		Niveau B		Niveau C		Niveau D	
	H	F		H	F	H	F	H	F	H	F
Full	826	421	405	228	173	69	67	91	140	33	25
80%	238	31	207	9	49	8	27	11	103	3	28
50%	77	8	69	5	10	1	6	1	33	1	20
Others	10	4	6	2	0	0	1	0	1	2	4
0%	21	8	13	4	5	2	6	2	1	0	1
<b>Total</b>	<b>1.172</b>	<b>472</b>	<b>700</b>	<b>248</b>	<b>237</b>	<b>80</b>	<b>107</b>	<b>105</b>	<b>278</b>	<b>39</b>	<b>78</b>

Source : INAMI – Service RH - Attention : ce tableau ne comprend pas le personnel de la Smals.

## FIDÉLISER NOTRE PERSONNEL

Notre Service des ressources humaines continue de mettre tout en œuvre pour offrir à notre personnel la possibilité de devenir statutaire ou de faire carrière via une promotion.

Tableau 3 : Fidéliser notre personnel				
Niveau	Statutarisations		Promotions	
	2015	2014	2015	2014
A	8	4	23	7
B	1	0	1	20
C	1	5	0	0
D	0	0	/	/
<b>Total</b>	10	9	24	27

Source : INAMI – Service RH

## 2. La stratégie de l'INAMI

Ces dernières années, nous avons beaucoup investi dans la modernisation de notre institution, sur nos conditions de travail, nos processus et nos prestations de services. Cette modernisation est étroitement liée à l'introduction du contrat d'administration triennal ainsi qu'au plan stratégique et opérationnel.

La Cellule modernisation développe des instruments de pilotage stratégique et de gestion en vue de soutenir le management et nos services opérationnels pour formuler, réaliser et contrôler leurs objectifs.

### a. Nos contrats d'administration : un bon équilibre entre l'innovation et la continuité

Nos [contrats d'administration](#)<sup>1</sup> sont, d'une part, des instruments d'innovation. Leurs projets concernent :

- le développement de nouvelles missions et processus dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI)
- la réforme et l'informatisation de processus et missions.

D'autre part, l'accent est fortement mis sur la réalisation efficace de ces missions. Fournir un service de qualité à nos clients est notre priorité.

En 2015, nous avons bouclé notre 4<sup>e</sup> contrat d'administration avec un rapport positif. En outre, nous avons préparé notre 5<sup>e</sup> contrat d'administration. Celui-ci court sur la période 2016-2018.

### b. Notre 5<sup>e</sup> contrat d'administration

3 domaines stratégiques constituent le projet de notre 5<sup>e</sup> contrat d'administration.

- Accessibilité** : nous garantissons à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnités efficace
- Réforme et innovation** : nous sommes le catalyseur d'une assurance SSI tournée vers l'avenir.
- Utilisation optimale des moyens** : nous misons sur une utilisation optimale des moyens.

Les 3 prochaines années, 29 projets mettront en pratique ces domaines stratégiques.

### c. Débat sur nos tâches clés

Nous avons lancé le débat sur nos tâches-clés. Ce débat s'inscrit dans notre trajet vers une gestion plus efficiente de nos ressources.

Cette initiative permet également d'apporter des solutions face aux récentes restrictions budgétaires. En effet, débattre sur les tâches-clés donne l'occasion de discuter en profondeur sur les processus qui pourraient être optimisés, abandonnés ou même externalisés.

Son objectif principal : soutenir et faciliter la prise de décision du management dans le cadre de l'optimisation de notre institution et des restrictions budgétaires.

Concrètement, le but est d'élaborer une liste complète des processus et des ressources qui y sont affectées afin de lancer le débat sur nos tâches-clés et d'ainsi mettre en lumière les processus.

Fin 2015, le Comité de direction a détecté une dizaine de processus à examiner en profondeur (à optimiser, abandonner ou externaliser). La Cellule modernisation suivra de près ce travail et rédigera un rapport annuel.

### d. Perspectives

En 2016, nous poursuivrons notre élan vers plus d'efficacité. D'une part, en interne, en faisant des choix au sein du débat sur nos tâches clés. D'autre part, en externe, en participant au renforcement de la collaboration et à la mise au point de synergies avec les autres administrations de santé.

Par ailleurs, l'année prochaine sera un moment d'importants changements pour tous nos collaborateurs. Des décisions seront en effet prises dans le cadre du « nouveau mode de travail » et de l'exécution du Masterplan bâtiments.

## II. Activités principales

Nous vous présentons un aperçu des activités principales de l'INAMI en 2015, réparties par Service. Vous trouvez les statistiques dans la partie « Statistiques » de notre site internet.

### 1. Service des soins de santé en 2015

#### a. Missions

- Nous fixons les conditions de remboursement des prestations de santé.
- Nous élaborons le budget, contrôlons ses dépassements et en vérifions les comptes.
- Nous informons les dispensateurs de soins, notamment sur les honoraires, les prix et les règles à appliquer.
- Nous encourageons une meilleure qualité des soins de santé.

1. Voir [www.inami.be](http://www.inami.be), rubrique INAMI > Nos contrats d'administration.

- Nous organisons la concertation entre les différents partenaires (dispensateurs de soins, mutuelles, milieux scientifiques, etc.).
- Nous gérons les données administratives des dispensateurs de soins, des établissements et services de soins
- Nous élaborons les règles d'assurabilité et les systèmes d'accessibilité des soins de santé.

#### b. 6<sup>e</sup> réforme de l'État : que deviennent les transferts de compétences "santé" ?

Suite à la 6<sup>e</sup> réforme de l'État, certaines compétences en matière de santé publique et de soins de santé ont été transférées aux entités fédérées (conformément à la loi spéciale du 06.01.2014). Où en sont ces transferts et quelles en sont les conséquences ?

#### COMPÉTENCES TRANSFÉRÉES AUX ENTITÉS FÉDÉRÉES

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, la Communauté flamande, la Communauté française, la Région wallonne, la Communauté germanophone, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune interviennent dans ces domaines suivants :

- politique hospitalière : normes d'agrément et infrastructure hospitalière/frais d'investissement
- politique en matière de personnes âgées : maisons de repos et hôpitaux gériatriques
- soins de longue durée et rééducation
- soins de santé mentale
- politique de prévention
- organisation des soins de santé de 1<sup>re</sup> ligne
- reconnaissance et enregistrement des professions des soins de santé
- aides à la mobilité et allocation pour l'aide aux personnes âgées.

#### PROTOCOLE DE TRANSITION

Le transfert de ces compétences aux entités fédérées ne porte pas uniquement sur les missions mais aussi sur les biens, les droits, les obligations, le personnel et, dans certains cas, notre patrimoine. Un protocole de transition qui se terminera le 31 décembre 2017, en fixe la mise en œuvre complète.

Le transfert du personnel chargé de la gestion administrative des compétences (une vingtaine de fonction) ne sera effectué qu'au terme du protocole.

Un nombre limité de compétences a d'ores et déjà été transféré le 1<sup>er</sup> janvier 2015 ou le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Concernant les autres compétences, nous continuons à en assurer la gestion pour le compte et à la demande des entités fédérées.

Dans le cadre de l'organisation du financement, nous établissons des rapports standard sur l'évolution des réalisations (régies par le protocole horizontal - M.B. du 31.12.2014). Cela nous permet d'assurer, au cours de la phase de transition, le suivi du budget des matières transférées, à savoir tant le monitoring des dépenses que la clôture des comptes.

#### TRANSFERT DE CONNAISSANCES ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

Au cours de la phase de transition, les entités fédérées peuvent se familiariser avec ces matières, développer une politique propre à cet égard et prendre les mesures nécessaires pour pouvoir exercer, au terme de cette transition, les compétences de manière autonome.

Le transfert de connaissances nécessaire a été organisé à cet effet (formations et échanges d'informations). Le cas échéant, les différentes administrations peuvent conclure, au sein du Copil, des accords plus approfondis, et ce, tant au niveau du contenu que sur le plan pratique.

Le groupe de direction se compose des représentants de toutes les parties et suit la mise en œuvre du protocole de transition. Au niveau politique, le suivi est assuré au sein de la Conférence interministérielle Santé publique et préparé par le groupe de travail inter-cabinets Réforme de l'État.

#### DÉVELOPPEMENTS EN 2015

L'année 2015 a été marquée par la poursuite des activités habituelles et par 3 avancées.

- Avec les entités fédérées, nous avons mis en place une concertation intense pour délimiter les profils des membres du personnel à transférer. Elle s'est accompagnée d'interviews de personnes potentiellement intéressées, tant au sein de notre Institut que des entités fédérées. Lors de l'établissement des profils, nous avons tenu compte de l'expérience acquise et du degré de motivation.
- Au cours de l'année 2015, nous avons aussi rassemblé et échangé d'autres informations. Ainsi, nous tenions à obtenir davantage de précisions quant à l'impact de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État sur les prestations de santé transférées dans le cadre des conventions internationales.
- Enfin, le protocole de transition relatif aux compétences en matière de sevrage tabagique, de services intégrés de soins à domicile (SISD) et de soutien au patient psychiatrique à domicile a été prolongé de 2 ans. Sa date finale coïncide désormais avec la date d'échéance du protocole dans son ensemble (31 décembre 2017).

#### c. Réglementation

Nos Bulletins d'information reprennent les principales modifications apportées à la réglementation en 2014-2015. Vous trouvez ces publications sur notre site internet, dans la rubrique "Publications".

#### d. Publications

Voici nos publications éditées en 2015 :

- La série « Infospot » sur les médicaments :
  - Le TOP 25 des principes actifs dans les dépenses du secteur ambulatoire de l'assurance soins de santé en 2014
  - Les nouveaux anticoagulants oraux (NACOs)
  - Usage du calcium et de la vitamine D
  - Collyres pour le traitement du glaucome
- Le rapport MORSE (2014) sur les dépenses relatives aux médicaments remboursables
- Réunions de consensus : les rapports du jury en 2015
- Brochure : Prescription bon marché – Focus sur « le meilleur marché possible »
- Géographie de la consommation médicale en Belgique : rapport longitudinal 2009-2013
- Étude sur la santé bucco-dentaire de la population belge (rapport 2012-2014).

## 2. Service des indemnités en 2015

Nous gérons le volet « indemnités » de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

### a. Missions

- Nous déterminons les conditions à remplir pour recevoir une indemnité en cas d'incapacité de travail, de congé de maternité, de naissance, d'adoption ou d'écartement du travail. Nous déterminons aussi les règles pour calculer le montant de ces indemnités.
- Nous gérons les dossiers d'invalidité.
- Nous soutenons financièrement les personnes en incapacité de travail qui veulent recommencer à travailler et qui suivent pour ça un programme de réadaptation ou réorientation professionnelle.

### b. Réglementation

Nos Bulletins d'information reprennent les principales modifications apportées à la réglementation en 2015. Vous les trouvez sur notre site internet, rubrique Publications.

### c. Publications

Voici nos publications éditées en 2015 :

- Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides – Régime général et régime des indépendants – 2005-2014
- Absentéisme en incapacité primaire – Analyse des facteurs explicatifs.

## 3. Service d'évaluation et de contrôle médicaux en 2015

Nous contribuons à l'utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé et indemnités (SSI). Nous veillons entre autres à ce que tous les intervenants respectent les obligations légales et réglementaires : dispensateurs de soins, gestionnaires des établissements de soins, organismes assureurs, assurés sociaux, etc.

### a. Missions

- Nous informons les dispensateurs de soins sur la législation SSI.
- Nous évaluons la pratique professionnelle de groupes de dispensateurs de soins en examinant comment ils utilisent les des prestations.
- Nous contrôlons les prestations des dispensateurs sur les plans de la réalité et de la conformité légale, et sur le plan de la surconsommation.
- Nous organisons des audits externes sur application correcte de la réglementation relative aux indemnités d'incapacité de travail.

- Nous faisons exécuter les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant, le Comité, les Chambres de première instance et les Chambres de recours.

### b. Réglementation

Nos Bulletins d'information reprennent les principales modifications apportées à la réglementation en 2014-2015. Vous les trouvez sur notre site internet, rubrique Publications.

### c. Publications

Voici nos publications éditées en 2015 :

- Infobox infirmier en soins à domicile, mise à jour
- Infobox dentiste, mise à jour
- Infobox paramédicaux, mise à jour
- SECM, Missions et Procédures, mise à jour

Vous pouvez consulter ces publications sur notre site internet.

## 4. Service du contrôle administratif en 2015

Nous contrôlons et garantissons l'application de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI) par les mutualités et les assurés sociaux.

### a. Missions

- Nous veillons à ce que les organismes assureurs et les mutualités appliquent de façon correcte et uniforme la réglementation de l'assurance SSI.
- Nous contrôlons si les organismes assureurs et les mutualités utilisent de façon optimale les ressources financières de l'assurance SSI.
- Nous luttons contre la fraude sociale.
- Nous assurons l'accès des assurés sociaux à l'assurance SSI.
- Nous garantissons une égalité de traitement entre chaque assuré social.

### b. Réglementation

Nos Bulletins d'information reprennent les principales modifications apportées à la réglementation en 2014-2015. Vous les trouvez sur notre site internet, rubrique Publications.

### c. Publications

Consultez notre [rapport d'activités 2015](#) (à paraître dans le courant du mois de juillet 2016).



## 5. Fonds des accidents médicaux en 2015

Dans le cadre de notre mission d'indemnisation des victimes de dommages résultant de soins de santé (ou de leurs ayants droit), nous exerçons une fonction d'avis, d'indemnisation et de médiation.

Nous avons aussi une mission de prévention, d'enregistrement de données et de reporting.

### a. Nos missions d'avis, d'indemnisation et de médiation

- Nous déterminons si le dommage résultant de soins de santé engage ou non la responsabilité d'un dispensateur de soins, et nous en évaluons la gravité.
- Nous vérifions si la responsabilité civile d'un dispensateur de soins qui a causé le dommage est effectivement et suffisamment couverte par une assurance.
- Lorsque nous estimons que la responsabilité d'un dispensateur de soins est engagée, nous invitons ce dispensateur ou son assureur à faire une offre d'indemnisation au patient ou à ses ayants droit.
- Nous indemnisons le patient ou ses ayants droit lorsque le dommage répond aux conditions fixées aux articles 4 et 5 de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.
- Nous organisons des médiations, conformément aux articles 1.724 à 1.733 du Code judiciaire.

### b. Missions de prévention, d'enregistrement et de reporting

- Nous centralisons les données relatives aux demandes d'indemnisation pour pouvoir donner des avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation de dommages résultant de soins de santé.
- Nous établissons des statistiques sur les indemnisations accordées.

### c. Publication

Consultez notre [rapport d'activités 2015](#).

## 6. Services généraux de support en 2015

Les Services généraux de support soutiennent nos 5 services opérationnels. Les services de staff, eux, apportent un appui stratégique. Le service d'audit propose des améliorations aux processus de travail.

### a. Missions

#### LES SERVICES GÉNÉRAUX

Les Services généraux de support gèrent les ressources humaines, les finances, le contentieux et l'informatique. Ils s'occupent de la traduction, de la documentation, de l'accueil, du soutien logistique comme l'entretien des bâtiments, des achats, de l'expédition, de notre imprimerie et de notre restaurant d'entreprise.

#### LES SERVICES DE STAFF

Les cellules communication, modernisation et data management sont des services de staff. Avec les coordinateurs RH et le coordinateur IT, elles fournissent un appui stratégique au management et aux services opérationnels. Enfin, les services de la sécurité de l'information et de la prévention garantissent la sécurité de nos collaborateurs, de nos données et de nos bâtiments.

#### LE SERVICE D'AUDIT INTERNE

Le Service d'audit interne est un partenaire indépendant, objectif et compétent du management, des collaborateurs et des gestionnaires dans le processus d'amélioration continue.

### b. Publications

Nos Bulletins d'information reprennent les principales modifications apportées à la réglementation en 2014-2015 et contiennent une sélection de questions parlementaires, directives et jurisprudence. Vous les trouvez dans la rubrique Publications de notre site internet.

### III. L'INAMI, une E-institution

Plusieurs de nos services ont numérisé leurs processus internes et leurs dossiers, et développé la collaboration en matière d'ICT avec d'autres institutions publiques, collaboration à laquelle nous sommes profondément attachés. Nous pouvons prétendre au titre d'e-institution !

#### 1. Numériser plusieurs services spécifiques

Différents services ont numérisé leurs processus internes et leurs dossiers. Bon nombre de ces projets figurent dans notre contrat d'administration :

- Le **Fonds des accidents médicaux** a instauré la gestion digitale des dossiers pour assurer la finalisation du volet administratif, médical et financier des demandes d'indemnisation.
- Les **Fonds spécial de solidarité** a instauré la gestion digitale des dossiers pour demander le remboursement des médicaments ou des actes médicaux qui ne sont pas encore repris dans le système de remboursement des soins de santé.
- Pour suivre l'**incapacité de travail partielle**, l'invalidité éventuelle et la réinsertion socioprofessionnelle, un dossier a été créé pour pouvoir, de façon entièrement digitale :
  - échanger des données avec les mutualités
  - rendre des décisions dans les cas les plus difficiles : cela peut se faire via des vidéoconférences.
- La **sélection de contrôles médicaux**, la réalisation d'évaluations susceptibles d'aboutir éventuellement à des enquêtes individuelles et la mise à disposition d'informations très concrètes aux établissements et aux dispensateurs de soins individuels ont été intégrés dans un processus. Ce processus est actuellement en cours de digitalisation.
- Le **Service du contrôle administratif** est favorable à la gestion digitale des dossiers. L'objectif est d'optimiser et d'intégrer les processus de travail actuels. Ce projet, intitulé « Cascada », est constitué de plusieurs étapes, dont la première cible plus particulièrement le processus opérationnel du Service contrôle social : examen de l'activité non autorisée. L'étape suivante portera sur le contrôle des mutualités.
- Une gestion digitale des dossiers a aussi été définie pour l'**introduction et le suivi des contentieux** liés à nos décisions. Cela nous permettra d'assurer le suivi des dossiers sur les plans administratif et juridique et sur le fond.

#### 2. Engager des synergies en matière d'ICT avec d'autres institutions publiques

Nous accordons une grande importance à la collaboration avec d'autres institutions publiques. Cette collaboration doit se traduire aussi en matière d'ICT. L'année 2015 a été fortement marquée par le développement de telles synergies :

- Nous nous sommes engagés pleinement dans la création, la gestion et l'organisation du G-Cloud (Government Cloud), qui nous permettra de partager l'infrastructure informatique (serveurs, stockage de données, réseaux, sécurisation).
- Nous avons préparé la mise en œuvre de la **téléphonie digitale** via la téléphonie sur IP (ou VoIP), la messagerie instantanée et la téléconférence. Nous serons l'une des premières institutions fédérales à utiliser ce système, mais tous les collaborateurs de l'administration fédérale seront progressivement invités à s'aligner sur cet outil de communication. Cela leur permettra d'établir des contacts de manière beaucoup plus efficace et d'être intégrés dans un répertoire commun.
- Nous avons joué un rôle précurseur dans le lancement de **Babelfed**, une application qui permet de traduire de manière beaucoup plus efficace et d'assurer le suivi du travail de traduction. Plus de 100 traducteurs employés dans diverses institutions publiques l'utilisent désormais.
- Nous avons contribué à mettre en œuvre un **espace de collaboration digital** qui permet aux collaborateurs des autorités fédérales mais aussi à des personnes extérieures de collaborer et de partager efficacement des informations et des documents.

### IV. Faits marquants en 2015

Nous avons sélectionné 3 faits marquants par Service. Ils donnent quelques éléments sur lesquels nous avons mis le focus en 2015.

#### 1. Service des soins de santé

- Transparence financière,
- Tarification par unité de médicaments délivrés en maisons de repos,
- Service en ligne combinant enregistrement de données patient et demande de remboursement pour certains médicaments (TARDIS)

Objectifs de ces mesures : la garantie pour le citoyen de soins de santé accessibles, l'utilisation optimale des moyens et la réduction de la charge administrative pour le dispensateur de soins. Davantage d'informations sont disponibles sur notre site internet.

### a. Transparence financière : Mieux informer le patient sur le coût de ses soins de santé

En Belgique, le patient peut bénéficier d'un système de santé de qualité et d'une bonne protection sociale. Mais jusqu'ici, il n'était pas toujours facile pour le patient d'identifier à quelles prestations correspondaient les montants qu'il avait payés, ni la part qu'avait prise en charge l'assurance soins de santé.

La loi transparence apporte une solution à ceci en :

- ajoutant une partie « Reçu » à chaque attestation de soins donnés, dans laquelle tout dispensateur de soins doit mentionner les montants perçus du patient
- obligeant le dispensateur à remettre à son patient un document justificatif reprenant notamment les prestations effectuées et les montants qui s'y rapportent, et ce, dans 2 situations :
  - en cas de facturation électronique des prestations
  - en cas de cumul de prestations remboursable et non-remboursables.

En effet, dans ces 2 cas, il n'y a pas d'attestation de soins donnés remise au patient pour l'ensemble des prestations.

Cette loi veille à établir un juste équilibre entre une charge administrative réaliste pour le dispensateur de soins et une meilleure information au patient au fur et à mesure de l'automatisation de la facturation pour les dispensateurs.

### b. Tarifier par unité des médicaments délivrés par une pharmacie publique aux résidents de maisons de repos (MRPA et MRS)

Depuis le 1er avril 2015, le pharmacien doit tarifier au patient par unité certains médicaments (p. ex. par comprimé). Ceci découle d'une mesure d'économie du Gouvernement qui vise à mieux contrôler les volumes de médicaments facturés à l'assurance soins de santé.

Cette "tarification par unité" s'applique plus particulièrement aux spécialités pharmaceutiques remboursables :

- ayant une forme d'administration "orale-solide" (p. ex. comprimé, gélule, etc.)
- pour les traitements aigus et chroniques
- délivrés par une pharmacie publique
- délivrés aux résidents des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) ou des maisons de repos et de soins (MRS).

#### ! Important :

Seule la tarification par unité de médicaments est obligatoire depuis le 1er avril 2015. Pour compenser des problèmes de logiciels et d'organisation, une implémentation progressive de cette tarification obligatoire par unité était acceptée jusqu'à la fin du mois d'août 2015. Par contre, la délivrance de médicaments par unité (ladite "préparation de médication individuelle") n'est pas encore obligatoire.

La "tarification par unité" pour un patient est prévue par tranche de 7 jours. Elle s'interrompt en cas d'hospitalisation, se corrige lorsque le traitement médicamenteux du patient est modifié (p. ex. le dosage), et prend fin lors du décès. De ce fait, l'application correcte de la "tarification par unité" exige donc une bonne communication de toutes les parties concernées.

Autre nouveauté : en pharmacie publique, le pharmacien perçoit des "honoraires par semaine et par résident" (moyens) pour la délivrance de médicaments aux résidents des MRPA et MRS. De ce fait, sa rémunération est distincte du coût du médicament.

### c. TARDIS : Service en ligne pour enregistrer des données et demander le remboursement de médicaments

TARDIS (Tool for Administrative Reimbursement Drug Information Sharing) est un service en ligne destiné aux rhumatologues, disponible sur la plate-forme eHealth.

TARDIS permet :

- d'introduire des données de patients dans le cadre de certaines pathologies
- de créer un registre national de données épidémiologiques pour tous les patients belges
- de demander en ligne le remboursement d'un médicament.

TARDIS a vu le jour à la demande des rhumatologues. Depuis le 1er avril 2015, son utilisation est obligatoire pour le remboursement de médicaments biologiques utilisés pour traiter la polyarthrite rhumatoïde.

TARDIS présente des avantages majeurs dans 2 domaines :

- **Informatisation** des soins et **simplification administrative** dans le cadre du remboursement des médicaments : TARDIS lie l'enregistrement de données médicales structurées par un médecin à une demande de remboursement à la mutualité du patient. Il s'agit d'une « première ».
- **Enregistrement unique** de données identiques : TARDIS évite un enregistrement multiple de données identiques et crée des flux dans différentes directions sur la base d'un seul set de données.

Si toutes les informations sont introduites correctement et que le patient répond aux conditions de remboursement du médicament biologique, alors le rhumatologue reçoit immédiatement une réponse de la mutualité du patient. Le patient peut donc, sans attendre, entamer ou poursuivre son traitement avec le médicament biologique.

## 2. Service des indemnités

Un nouveau certificat d'incapacité de travail, une formation certifiée en « Disability management » et un nouveau programme d'études du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail : voici 3 points qui ont mobilisé l'attention de notre Service des indemnités en 2015

### a. Nouveau certificat d'incapacité de travail

Si un travailleur salarié, un travailleur indépendant ou un chômeur n'est plus en mesure de travailler à la suite d'une maladie ou d'un accident (qui n'est pas une maladie professionnelle ni un accident de travail), il peut recevoir une indemnité d'incapacité de travail. Pour y avoir droit, il doit déclarer son incapacité de travail au médecin-conseil de sa mutualité. C'est le médecin traitant qui doit compléter le certificat d'incapacité de travail.

En 2015, notre Service des indemnités a coordonné l'adaptation du certificat d'incapacité pour le rendre opérationnel au 1er janvier 2016. Voici les principales caractéristiques du nouveau modèle :

- le médecin traitant ne mentionne pas seulement la date de début, mais aussi la date de fin de l'incapacité de travail
- il est possible d'y décrire de manière plus détaillée la situation sociale et professionnelle du patient
- le médecin-conseil et le médecin traitant s'échangent leurs coordonnées en vue d'une collaboration plus intensive.

### b. Formation certifiée en « Disability management »

En 2014, nous avons décroché la licence du National Institute for Disability Management and Research canadien (NIDMAR) qui nous autorise à donner en Belgique une formation certifiée en disability management.

En 2015, notre Service des indemnités a préparé une formation pilote. Via un marché public, nous avons constitué une équipe multidisciplinaire de formateurs disposant à la fois d'une expérience pratique et d'une connaissance scientifique dans différents domaines : médecine, psychologie, ergonomie, ergothérapie, droit et ressources humaines.

Ce projet pilote a déjà rencontré un beau succès en 2016 puisque toutes les places disponibles sont parties comme des petits pains, occupées par un public hétérogène de médecins-conseils, médecins du travail, coaches du travail, personnel RH, etc.

### c. Nouveau programme d'études du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail

En 2015, le Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail a finalisé plusieurs nouvelles études. Notre Service des indemnités et nos partenaires externes les ont exécutées.

Ces études mettent essentiellement l'accent sur les données statistiques et sur la réinsertion socio-professionnelle de groupes cibles spécifiques, par exemple des personnes atteintes de douleurs chroniques, de troubles psychiques, etc.

En 2015, nous avons aussi développé un nouveau programme d'études pour 2016 et nous collaborons de plus en plus avec de nouveaux partenaires, y compris à l'échelon international.



Plus d'info : [www.inami.be](http://www.inami.be), rubrique Thèmes > Incapacité de travail > Centre d'expertise.

## 3. Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Un nouveau service central pour traiter les demandes internes et externes, un nouveau type d'action ciblée pour informer les dispensateurs de soins : voici 2 faits qui ont marqué l'année 2015 de notre Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

### a. Un nouveau service central pour traiter les demandes : le « Filtre »

Notre SECM reçoit de nombreuses demandes internes et externes.

- Les demandes internes concernent des propositions de contrôle, d'actions de screening, d'actions de communication, etc.
- Les demandes externes concernent souvent des demandes d'information, des plaintes à l'encontre d'un dispensateur de soins, des renvois vers d'autres institutions publiques, etc.

Pour traiter efficacement et de manière uniforme ces demandes, notre SECM a créé un nouveau service de staff : le « Filtre ». Ce service analyse les demandes reçues :

- Le SECM est-il compétent pour la matière en question ?
- La demande est-elle prioritaire ?
- Quelles sont les ressources humaines requises pour traiter la demande ?
- Ces ressources humaines sont-elles disponibles ?
- Etc.

Ce service « Filtre » rend alors un avis permettant à l'organe de décision de confier une mission concrète aux personnes adéquates. Grâce à cette gestion centralisée, le SECM peut traiter efficacement toutes les demandes et accroître ainsi son impact en tant que service de contrôle.

### b. Un nouveau type d'action pour informer les dispensateurs

Le SECM vérifie si les dispensateurs de soins respectent la réglementation lorsqu'ils attestent leurs prestations. Certaines anomalies sont constatées davantage dans certaines disciplines que dans d'autres. Le SECM écrit alors aux dispensateurs de soins concernés pour mieux les informer au sujet de cette réglementation. Ceci permet aux dispensateurs de pouvoir rectifier leur comportement si nécessaire.

Les actions d'information par courrier ont pour objectif de mieux informer les dispensateurs sur la réglementation. Il ne s'agit donc pas de leur demander des explications ou de leur donner un avertissement.

En 2015, des groupes de dispensateurs de soins spécialement sélectionnés ont reçu un courrier concernant :

- l'attestation d'honoraires de permanence pour soins intensifs dispensés intra-muros, la nuit et le week-end (prestation avec le code de la nomenclature 211260)
- 4 erreurs d'attestation de prestation en services d'urgence
- la chirurgie orthopédique : attestation du traitement de fractures et de luxations en services d'urgence et du traitement ultérieur.

## 4. Service du contrôle administratif

La lutte contre la fraude sociale, l'accessibilité des soins de santé et le nouveau système pour évaluer la responsabilisation financière des organismes assureurs : voici 3 faits qui ont marqué l'année 2015 de notre Service du contrôle administratif (SCA).

### a. Lutter contre la fraude sociale

L'action du SCA dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale, c'est :

- la fraude de la personne en incapacité de travail qui reprend une activité professionnelle sans l'autorisation du médecin-conseil de sa mutualité, que ce travail soit ou non déclaré. En 2015, nous avons dressé 557 procès-verbaux pour fraude sociale pour un montant indu de 3.852.170,60 EUR.
- la problématique des personnes assujetties de façon fictive à la sécurité sociale : il s'agit là d'un important réseau d'entreprises fictives vendant des faux documents sociaux à des personnes qui obtiennent ainsi le droit à des indemnités d'incapacité de travail et des prestations de santé. En 2015, nous avons identifié 144 cas d'assujettissements fictifs pour un montant indu de 803.699,38 EUR.
- le traitement de dossiers de domiciles fictifs ou de cohabitation réelle d'assurés sociaux. Ce mécanisme de fraude permet aux assurés d'obtenir des avantages financiers illicites. En 2015, nous avons identifié 83 cas pour le secteur des soins de santé (régularisation du droit à l'intervention majorée de l'assurance) et 224 cas pour le secteur des indemnités, pour un montant indu de 825.546,55 EUR.

Un « point de contact pour une concurrence loyale »<sup>2</sup> a vu le jour le 1er octobre 2015 à l'initiative du Secrétaire d'État chargé de la lutte contre la fraude sociale. Il s'agit d'un site internet qui permet aux citoyens, aux entreprises et aux organisations de signaler des cas présumés de fraude sociale commise par d'autres citoyens ou entreprises. La spécificité de ce point de contact est de centraliser l'ensemble des signalements adressés aux différents services d'inspection et d'accentuer la coordination dans le traitement et le suivi de ces signalements. **Dans la période d'octobre à décembre 2015, nous avons reçu via ce point de contact 74 déclarations de fraude portant sur le domicile et 105 déclarations d'activités non autorisées et non déclarées.**

### b. Renforcer l'accessibilité des soins de santé

La réforme de l'[intervention majorée](#) de l'assurance soins de santé du 1er janvier 2014 prévoyait non seulement une simplification administrative, mais aussi un octroi plus équitable du droit à l'intervention majorée pour les ménages à faibles revenus.

Ainsi en 2015, un échange de données a été mis en place entre notre Institut, les mutualités et le SPF Finances pour identifier les bénéficiaires potentiels de manière efficiente. Il s'agit du « flux proactif ».

Ce « flux proactif » a pour but d'augmenter l'accessibilité des soins de santé : désormais, les institutions de sécurité sociale concernées partent elles-mêmes activement à la recherche des assurés sociaux qui peuvent prétendre à l'intervention majorée mais qui l'ignorent.

Pour ce faire, les organismes assureurs enquêtent sur base des revenus des ménages en collaboration avec notre Service du contrôle administratif et le SPF Finances. Ensuite, ils contactent tous les ménages qui ont potentiellement droit à l'intervention majorée (ceux dont les revenus sont inférieurs au plafond de l'intervention majorée) pour les inviter à introduire une demande.

### c. Mieux évaluer la gestion des organismes assureurs

Le principe de la responsabilisation financière des organismes assureurs (O.A.) repose sur :

- l'évaluation de leur performance de gestion
- le retrait de moyens financiers de la partie variable de l'enveloppe budgétaire allouée à leurs frais d'administration lorsque l'Office de contrôle des mutualités (OCM) constate des manquements.

En vue de cette évaluation, notre Service du contrôle administratif transmet chaque année à l'OCM une série de données issues de nos services.

Évaluer la gestion des O.A. se fera à partir de 2016 au travers des 7 processus fondamentaux du travail d'un O.A. (A.R. du 10.04.2014, art. 3)<sup>3</sup>. L'ancien système se basait sur des critères fixes.

Les processus seront évalués via des indicateurs que propose chaque année un groupe de travail rassemblant des représentants de chacun de nos services et de l'OCM.

Résultats positifs en 2015 pour cette collaboration au sein du groupe de travail, qui a proposé une liste de domaines et d'indicateurs pertinents dans les délais prévus par l'arrêté royal du 10 avril 2014.

2. Voir [www.meldpuntsozialefraude.belgie.be](http://www.meldpuntsozialefraude.belgie.be).

3. Voir A.R. du 10.04.2014, art. 3 et le M.B. du 13.06.2014.



Pour de plus amples informations sur ces 3 faits marquants, le SCA vous invite à consulter son rapport d'activités 2015 sur notre site : [www.inami.be](http://www.inami.be), rubrique [Publications](#).

## 5. Fonds des accidents médicaux

Extension du réseau d'experts et poursuite du développement de l'équipe : 2 faits marquants du Fonds des accidents médicaux en 2015.

### a. Extension du réseau d'experts

Dans le cadre des dossiers du Fonds des accidents médicaux (FAM), il est souvent nécessaire d'obtenir l'avis de différents experts. En 2015, nous avons lancé des appels d'offres en vue de développer notre réseau d'experts avec notamment des anesthésistes, des médecins coordinateurs, des ophtalmologues, des neurologues et des gynécologues. Entre-temps, ces marchés ont été attribués. Le FAM peut donc désormais faire appel à ces nouveaux experts.

### b. Développement de l'équipe

Le FAM est encore en plein développement. Dans le courant de l'année 2015, l'équipe a été renforcée suite à divers recrutements (notamment des juristes et des gestionnaires de dossier).

Depuis fin 2015, le FAM dispose de son propre directeur, chargé de la gestion quotidienne. Il s'agit d'une étape importante pour le service qui, depuis sa mise en place en 2012, a été d'emblée placé sous la direction de l'administrateur général et de son adjoint.

## 6. Services généraux de support

Projets de digitalisation interservices, projet ISO14001/Emas, rationalisation de notre parc de bâtiments : voici 3 faits qui ont marqué nos Services généraux de support en 2015.

### a. Développer des projets de digitalisation interservices

La digitalisation ne se fait pas uniquement « en solo » au sein de chaque service. Elle a aussi fait l'objet de plusieurs projets interservices :

- Le projet 'Open Network' permet une sécurisation importante de nos systèmes et données, sécurisation dans le cadre de laquelle les applications sont aussi accessibles aux utilisateurs externes. Grâce à ça, ces utilisateurs externes (tant des citoyens que des professionnels) peuvent avoir accès aux applications via le 'Web Access Management', qui utilise les services de [eHealth](#) ou de [CSAM](#).
- Le projet 'Inbound Outbound Communication' permet de :
  - digitaliser des lettres et courriels entrants et de les renvoyer vers les différents dossiers
  - générer des lettres et courriels sortants sur la base de templates prédéfinis.

Les documents arrivent ensuite dans un « coffre-fort digital » : ils ne peuvent plus être modifiés, mais sont disponibles dans les dossiers et via une recherche.

- La 'Case Management Solution' est une plate-forme standardisée développer nos systèmes de gestion des dossiers.
- L'application 'Contacts' nous permet de disposer en une seule opération des données de base de nos contacts (dispensateurs de soins individuels, établissements de soins, mutualités, citoyens, etc.) pour les différentes applications et les différents dossiers (dans le cadre de notre mission légale).

### b. Rationaliser notre parc de bâtiments pour une gestion optimale

Sous la coordination de notre Direction facility management, des déménagements ont eu lieu au sein même de nos bâtiments. Cela nous a permis de résilier certains contrats de location et de gérer de façon plus efficace notre superficie en propriété propre.

Par ailleurs, nous avons mis 2 projets sur les rails :

#### 'COHABITAT'

Mené en collaboration avec le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, le projet CoHabitat ambitionne de rationaliser nos bureaux provinciaux pour utiliser l'espace disponible de façon optimale. Cette collaboration opérationnelle offre des avantages d'échelle puisque nous utiliserons ensemble des espaces tels que l'accueil, les salles de réunion, les cabinets médicaux, un réfectoire, etc.

Le fonctionnement des services des 2 institutions reste néanmoins distinct quant au contenu.

L'exécution du projet CoHabitat se fera sur une durée de 3 ans. Elle débutera par l'intégration des bureaux provinciaux de Charleroi, Gand et Libramont.

Ce projet permettra à nos services et au SPF Santé publique de faire des économies substantielles.

#### 'MASTERPLAN BÂTIMENTS'

Via ce Masterplan, nous voulons rationaliser nos biens immeubles et offrir par la même occasion à nos collaborateurs un environnement de travail agréable, adapté et flexible, dans le cadre de la "nouvelle façon de travailler". Nous voulons mettre cet objectif en œuvre sur une superficie réduite de 30 %. Nos directions ICT, ressources humaines et facility management portent ensemble ce projet transversal.

### c. Poursuivre nos efforts environnementaux : projet ISO14001/Emas

En 2015, notre Direction facility management a poursuivi le déploiement du système de gestion environnementale ISO14001/Emas :

- finaliser les procédures
- confirmer notre politique environnementale et ses objectifs
- exécuter certaines actions du programme environnemental, pour réduire notre consommation énergétique, notre consommation de papier, la production de déchets et pour améliorer la collecte des déchets, la mobilité durable et la conformité à la législation
- former des auditeurs internes et réaliser un 1er audit interne
- préparer les actions nécessaires pour que le système de gestion environnementale soit prêt début 2016 en vue d'un audit externe.

## V. Chiffres clés en 2015

Nous avons sélectionné 3 chiffres marquants par Service qui donnent un éclairage chiffré sur 2015.

### 1. Service des soins de santé en 2015

48,8 % de médicaments "bon marché", une économie de 115 millions d'EUR consécutive aux diminutions de prix des médicaments et déjà 80 % de consultations attestées en tiers payant chez le médecin généraliste pour des bénéficiaires de l'intervention majorée : 3 chiffres clés de notre Service des soins de santé en 2015.

#### a. 48,8 % de médicaments "bon marché"

Au cours de la période 2005-2014, le pourcentage de médicaments "bon marché" a augmenté de 26,3 % à 55,2 %. En 2015, il s'élevait à 48,8 %.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la définition de "prescription bon marché" a été modifiée. De ce fait, seules les prescriptions suivantes sont prises en compte :

- les médicaments pour lesquels le système du remboursement de référence est d'application
- les médicaments biologiques dont le prix a suffisamment diminué.

Cela explique le pourcentage plus faible pour 2015.

#### b. Diminution des prix des médicaments : économie de 115 millions d'EUR

En 2015, 232 principes actifs de médicaments étaient concernés par les mesures d'économie, représentant ensemble une économie estimée d'environ 115 millions d'EUR. Il s'agit des mesures suivantes :

- le système du remboursement de référence :
  - 22,4 millions d'EUR grâce à des nouveaux clusters de référence
  - 7 millions d'EUR grâce à la poursuite de l'approfondissement 2 et 4 ans après l'ouverture du cluster
  - 27,3 millions d'EUR grâce à un approfondissement supplémentaire après 6 ans (instauré le 1<sup>er</sup> mars 2015)
- la mesure "vieux médicaments" (diminution de prix après 12 et 15 ans de remboursement) : 24 millions d'EUR
- la mesure "médicaments biologiques" (diminution de prix après 18 ans de remboursement ou l'application accélérée en cas d'admission d'un "biosimilar") : 25,3 millions d'EUR
- la mesure "prix plafond" (montant seuil par unité) pour 3 classes de médicaments (médicaments anti-Alzheimer, antidépresseurs et sartans) : 9 millions d'EUR.

### c. Régime du tiers payant obligatoire chez le médecin généraliste respecté pour 80 % des consultations

Depuis le 1er octobre, les médecins généralistes sont obligés d'appliquer le régime du tiers-payant pour les prestations qu'ils dispensent aux bénéficiaires de l'intervention majorée. L'obligation n'a pas cours pour les visites à domicile et les prestations lors des visites à domicile.

En décembre 2015, les consultations chez le médecin généraliste pour les bénéficiaires de l'intervention majorée étaient déjà attestées pour 80 % via le régime du tiers payant.

Conformément à l'accord national, une phase de transition est prévue, la facturation électronique via MyCarenet n'étant pas encore totalement développée.

## 2. Service des indemnités en 2015

370.408 malades de longue durée, 3.157 trajets de réinsertion socioprofessionnelle et 39.787 personnes en incapacité qui reprennent le travail à temps partiel : voici 3 chiffres clés de notre Service des indemnités en 2015.

### a. 370.408 malades de longue durée

Le nombre de malades de longue durée a fortement augmenté ces dernières années. Fin 2015, 370.408 personnes avaient le statut d'invalides (en incapacité de travail depuis plus d'1 an). En 2014, ce nombre était de 343.926.

Cette augmentation s'explique par différents facteurs. Sur notre site internet, dans le cadre du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail, vous trouvez une étude sur les facteurs qui expliquent cette augmentation.

Notre Service des indemnités met tout en œuvre pour accompagner les malades de longue durée dans leur trajet vers un retour sur le marché du travail. Cela peut se faire au moyen d'un trajet de réinsertion socioprofessionnelle ou d'une reprise partielle du travail (travailleurs salariés - travailleurs indépendants). Dans les 2 cas, nous examinons surtout ce que la personne en incapacité de travail est encore capable de faire plutôt que les capacités qu'elle a perdues.

### b. 3.157 trajets de réinsertion socioprofessionnelle en cours

En 2015, 3.157 personnes en incapacité de travail ont suivi un trajet de réinsertion socioprofessionnelle. En 2014, ce nombre s'élevait seulement à 1.889.

Nous avons conclu différentes conventions de collaboration avec les organismes assureurs et les offices de l'emploi :

- avec le VDAB en 2012 (renouvelée en 2016)
- avec Actiris en 2013
- avec le Forem et l'Awiph en 2013.

Grâce à ces conventions de collaboration, les personnes en incapacité de travail ont la possibilité de rafraîchir les compétences qu'ils avaient acquises auparavant ou d'en acquérir de nouvelles.

Dans le cas d'une mise à jour des compétences, nous parlons de « réhabilitation ».

**Exemple :** Après 20 ans de carrière, un comptable est malade pendant 2 ans. Après ces 2 années de maladie, il est capable de retravailler d'un point de vue médical. Or, la législation spécifique à son métier a été modifiée au cours des 2 dernières années. Il peut alors suivre une formation de courte durée pour actualiser ses connaissances.

Dans le cas d'une acquisition de nouvelles compétences, nous parlons de « réorientation ».

**Exemple :** Après une période de maladie, une personne qui travaillait auparavant dans le secteur de la construction, n'est physiquement plus capable de reprendre son ancienne activité. En concertation avec le médecin-conseil, il suit une formation en informatique et peut reprendre le travail en tant que programmeur dans une entreprise de software.

### c. 39.787 personnes en incapacité de travail qui reprennent le travail à temps partiel

Début 2015, nous constatons que 39.787 personnes en incapacité de travail avaient repris le travail à temps partiel. 35.989 d'entre elles étaient des travailleurs salariés, 3.798 des travailleurs indépendants.

La reprise du travail à temps partiel a clairement le vent en poupe. Début 2014, seulement 34.253 personnes avaient repris le travail à temps partiel (30.833 travailleurs salariés et 3.420 travailleurs indépendants).

Pour chaque reprise du travail à temps partiel, le médecin-conseil de la mutualité examine si la personne en incapacité de travail peut exercer l'activité du point de vue médical (au niveau tant de la nature du travail que du volume).

Dans de nombreux cas, combiner l'incapacité de travail et une activité sur mesure conduit à une reprise complète du travail : ça s'est avéré être le cas pour 44,78 % des travailleurs salariés et pour 27,94 % des travailleurs indépendants concernés.

Plus la reprise du travail est précoce, plus vite la personne peut recommencer à travailler comme auparavant. C'est la pratique qui le prouve : reprendre une activité à temps partiel au cours des 6 premiers mois de maladie augmente très fortement les chances d'un retour réussi sur le marché du travail.

### 3. Service d'évaluation et de contrôle médicaux en 2015

6.900.000 EUR remboursés volontairement par les dispensateurs de soins, 220 médecins généralistes interviewés et 18 collaborateurs qui ont quitté le service : voici 3 chiffres clés de notre Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) en 2015.

#### a. 6.900.000 EUR remboursés volontairement par les dispensateurs de soins

Le passage impromptu des dossiers d'enquête individuels à une politique de contrôle thématique produit clairement des résultats.

Dans les dossiers d'enquête individuels, le SECM analysait les infractions d'un dispensateur de soins donné. Les enquêtes thématiques menées à l'échelon national éclairent quant à elles un aspect unique de la pratique chez l'ensemble des dispensateurs de soins d'une même discipline. Cela permet au SECM de détecter davantage de dispensateurs de soins qui facturent des montants indus à l'assurance soins de santé.

Grâce aux contrôles thématiques, les dispensateurs de soins ont remboursé volontairement 6.900.000 EUR à l'assurance soins de santé. Ce montant représente une augmentation substantielle en comparaison des 4.200.000 EUR qu'ils avaient remboursés volontairement en 2014.

La politique de contrôle thématique découle inévitablement des mesures d'économies et de la réduction de personnel au SECM. Toutefois, elle contribue aussi à un contrôle uniforme de tous les dispensateurs de soins belges d'une même discipline. Elle augmente leur disposition à rembourser volontairement les montants qu'ils ont indûment portés en compte. De plus, les remboursements volontaires plus importants ont un effet dissuasif sur les autres dispensateurs de soins.

#### b. 220 généralistes interviewés au sujet de 4.200 DMG

Depuis 1999, les médecins généralistes ont la possibilité d'enregistrer toutes les données médicales importantes de leurs patients dans un dossier médical global (DMG). Ils bénéficient pour ça d'un financement particulier. L'utilisation d'un DMG renforce la qualité des soins. Elle offre toute une série d'avantages :

- les antécédents médicaux d'un patient sont tenus à jour et facilement consultables
- le DMG permet d'éviter des examens inutiles car déjà réalisés
- la part des frais à charge du patient (ticket modérateur) est moindre s'il est d'accord d'ouvrir un DMG.

Vu l'importance d'une bonne utilisation du DMG pour la qualité des soins, le SECM a effectué une analyse de terrain auprès de 220 médecins généralistes concernant 4.200 DMG.

Il a sélectionné au hasard 100 médecins et 10 maisons médicales pour une interview élaborée, dans les régions tant francophone que néerlandophone du pays. Presque tous les médecins généralistes ont coopéré de manière constructive.

Le SECM voulait analyser les points suivants :

- la qualité du DMG suivant les dispositions de la nomenclature
- la mesure dans laquelle les médecins généralistes sont familiarisés avec l'informatique et eHealth
- le rôle central du médecin généraliste dans la conservation des principales données médicales et dans l'accompagnement du patient dans l'offre médicale
- le profil médical du patient avec et sans DMG
- la qualité des trajets de soins pour les patients atteints de diabète de type 2 et pour les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique.

Sur base des résultats de cette analyse de terrain, le SECM pourra formuler des recommandations pour un meilleur usage du DMG.

#### a. 18 collaborateurs qui ont quitté le SECM en 2015

En 2015, 18 des 261 membres du personnel ont quitté le SECM. La plupart d'entre eux avaient atteint l'âge légal de la pension. En raison des mesures d'économie, le SECM n'a pu embaucher que 2 collaborateurs cette année-là. Cette tendance caractérise la rotation du personnel depuis quelques années déjà. C'est ainsi que le SECM a involontairement généré une économie importante dans le budget du personnel. Une nouvelle réduction des effectifs du personnel mettrait le fonctionnement du service de contrôle en péril.

### 4. Service du contrôle administratif en 2015

66 inspecteurs et contrôleurs sociaux, 5 millions d'euros de constatations de fraude sociale, 1.971.118 bénéficiaires de l'intervention majorée : voici les 3 chiffres clés de notre Service du contrôle administratif pour l'année 2015.

#### a. 66 inspecteurs et contrôleurs sociaux

Au 31 décembre 2015, notre Service du contrôle administratif comptait 43 inspecteurs sociaux chargés de contrôler les mutualités et de lutter contre la fraude sociale, et 23 contrôleurs sociaux chargés de mener des opérations plus spécifiques contre le travail au noir.

#### b. 5 millions d'euros de constatations de fraude sociale

En 2015, notre Service du contrôle administratif a décelé des cas de fraude sociale aux indemnités de maladie pour un montant de 5 millions EUR. Il s'agit d'une augmentation de 38 % par rapport à l'année précédente. C'est principalement le cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec du travail au noir (41 %) ou avec une activité non autorisée mais déclarée (31 %) et la fraude portant sur le domicile (24 %) qui sont constatés et sanctionnés.



### c. 1.971.118 bénéficiaires de l'intervention majorée

Au 31 décembre 2015, 1.971.118 assurés sociaux belges ont bénéficié d'une intervention majorée, contre 1.879.128 bénéficiaires au 31 décembre 2013. Cette augmentation fait suite à la réforme de l'intervention majorée du 1er janvier 2014 qui permet notamment de renforcer le droit à un meilleur remboursement des frais médicaux pour tous les ménages à faibles revenus.

## 5. Fonds des accidents médicaux en 2015

3170 dossiers, dont 633 clôturés et près de 87 % des accidents en milieu hospitalier : 3 chiffres clés de notre Fonds des accidents médicaux en 2015.

### a. 3170 dossiers

À la date du 31 décembre 2015, notre Fonds des accidents médicaux (FAM) avait reçu au total 3170 dossiers. En 2015, en moyenne 50 nouveaux dossiers ont été introduits chaque mois.

### b. 633 dossiers clôturés

Un dossier clôturé est un dossier qui n'est plus en cours de traitement. Différentes raisons peuvent justifier la clôture d'un dossier : l'avis ou l'indemnité ont été acceptés par l'ensemble des parties, le dossier est déclaré irrecevable sur le plan administratif, etc.

Au 31 décembre 2015, le FAM avait déjà clôturé 633 dossiers, ce qui correspond à 19,9 % du nombre total de dossiers.

### c. 87 % des accidents se sont produits à l'hôpital

À la date du 31 décembre 2015, près de 87 % des accidents médicaux s'étaient produits à l'hôpital : soit durant une hospitalisation, soit en ambulatoire, au sein de l'hôpital.

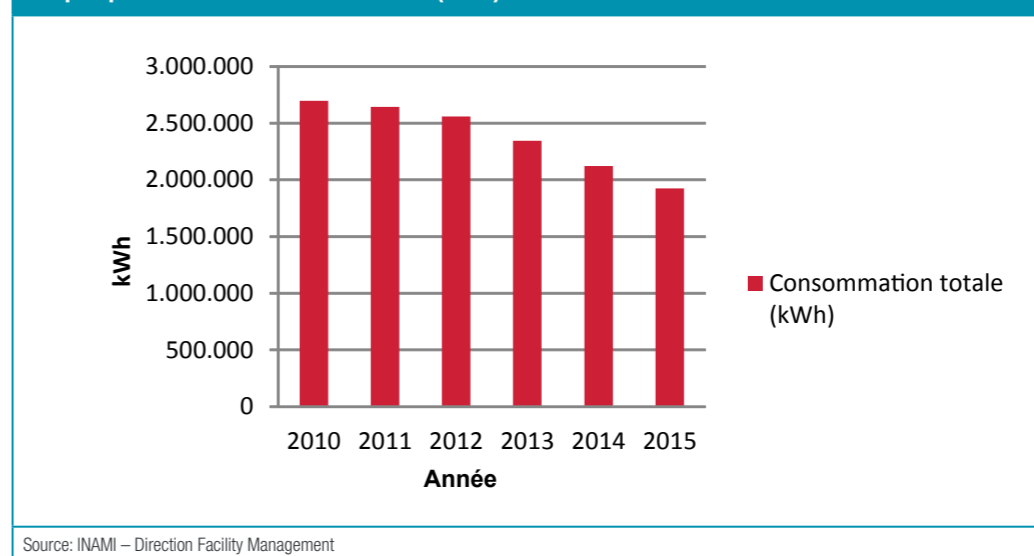
## 6. Services généraux de support en 2015

Nous avons consommé environ 775.000 kWh d'électricité en moins qu'en 2010, notre Service Achats a réalisé une économie de plus de 526.000 EUR et le nombre de télétravailleurs a encore progressé : 3 chiffres-clés des Services généraux de support de l'INAMI en 2015.

### a. Consommation d'électricité : environ 775.000 kWh de moins qu'en 2010

Un des objectifs du système de gestion environnementale EMAS/ISO14001 est de réduire la consommation d'énergie. Ces dernières années, nous avons constaté une forte baisse de la consommation d'électricité dans nos bâtiments.

Graphique 2 : Consommation totale (kWh)



### b. Notre Service Achats a réalisé une économie de plus de 526.000 EUR

Notre Service Achats a économisé au total, en 2015, 526.081 EUR. Il s'agit d'économies réalisées en matière de matériel de cuisine, meubles, contrats d'entretien et catering, etc. A titre de comparaison : en 2014, l'économie réalisée s'élevait à 180.448 EUR.

### c. Télétravail en constante progression

Le nombre de télétravailleurs est en constante progression. En 2015, ce nombre s'élève à 625, soit 53,3% de notre personnel (contre 40% en 2013 et 49% en 2014).

Le nombre de jours moyen par télétravailleur par mois est de 2,8.

## Colofon

**i** INAMI  
Adresse du siège central :  
Avenue de Tervueren 211  
1150 Bruxelles

Centrale téléphonique : +32(0)2 739 71 11  
E-mail : [communication@inami.fgov.be](mailto:communication@inami.fgov.be) ou [bib@inami.fgov.be](mailto:bib@inami.fgov.be)

**www** [www.inami.be](http://www.inami.be)

Date de publication: Décembre 2016

Éditeur responsable: J. De Cock, Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation: Fonds des accident médicaux

Graphic design: Communication de l'INAMI

Photo: Vervypics

Dépot légal: D/2016/0401/49