



INAMI

Rapport annuel
2012

INAMI

Rapport annuel
2012

Le rapport annuel 2012 a pu se réaliser grâce à la précieuse collaboration de

Daniël Bodart, Danny Borreman, Carl Cauwenbergh, 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), Michaël Daubie, Jan De Bruycker, Patrick De Clercq, Jo De Cock, Marc De Falleur, Ri De Ridder, Laurent Guinotte, Bert Govaerts, Anne-Marie Halin, Patricia Heidbreder, Bernard Hepp, Ilse Kerfs, Guy Lombaerts, Olivia Machiels, Dirk Marcelis, Pascal Meeus, Olivier Michiels, François Perl, Frederik Remorie, Didier Renault, Geneviève Schamps, le Secrétariat du Service du contrôle administratif, le Secrétariat du Service des soins de santé, le Secrétariat général des Services généraux de support, An Taelemans, Joos Tielemans, le Service de traduction et d'interprétariat, Yves Trappeniers, Tessy Van Berlo, Christian Van Ende, Tom Verdonck, Paul Vincke, Freddy Vos, 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



Ce rapport annuel est disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

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. Assurance soins de santé	26
III. Assurance indemnités	38
IV. Évaluation et contrôle médicaux	40
V. Contrôle administratif	43
4 ^e Partie - Exposés thématiques	45
I. La médecine générale en Belgique : forces et faiblesses	46
II. 10 ans de Conseil national de promotion de la qualité : bilan et perspectives	62
III. Le SCA et la lutte contre les entreprises fictives	70
IV. Évolution et causes de l'incapacité de travail	76
V. L'INAMI et la collaboration internationale pour contrôler la fraude dans les soins de santé en Europe	82
VI. Du projet éducatif aux Infobox - Les brochures d'information du SECM	90
VII. Le Fonds des accidents médicaux	98
5 ^e Partie - Données statistiques	107
I. Statistiques des soins de santé	108
II. Statistiques des indemnités	132
III. Statistiques d'évaluation et de contrôle médicaux	144
IV. Statistiques du contrôle administratif	151
V. Statistiques des personnes affiliées à une mutualité	159
6 ^e Partie - L'INAMI en pratique	165
I. Adresses des bureaux de l'INAMI	166
II. Publications de l'INAMI et tarifs pour 2013	167
III. Études et recherches	171



Avant-propos

Cher lecteur, Chère lectrice,

En observateur ou acteur avisé de notre système de protection sociale, nous vous invitons à nouveau à prendre connaissance du rapport annuel de l'assurance soins de santé et indemnités et de son institution de gestion, l'Institut national d'assurance maladie- invalidité (INAMI), pour l'année 2012!

Reprenant le schéma, maintenant habituel depuis 2006, nous vous proposons de parcourir 6 parties centrées sur le fonctionnement de l'INAMI, mais plus encore sur l'objet et le résultat de notre mission, à savoir la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités.

Vous pourrez ainsi découvrir, au fil des pages, de papier (si vous imprimez ce rapport pour rester dans un mode de lecture qui compte encore des adeptes) ou électroniques de votre PC ou tablette (si vous avez définitivement opté pour les nouvelles technologies) les diverses facettes de nos activités 2012.

Une première partie vous (re)précisera le cadre général de notre Institut via sa carte d'identité, suivi d'une seconde partie sur nos pratiques de Bonne gouvernance.

Une troisième partie vous permettra de mesurer les évolutions de notre assurance via notamment une revue des changements réglementaires ou législatifs.

Des exposés thématiques constitueront la quatrième partie et vous emmèneront dans des analyses plus pointues de diverses facettes de nos activités. Plus encore que d'autres années, nous avons voulu vous montrer la diversité et la richesse de notre palette d'activités en puisant dans des thématiques relatives à tous les services opérationnels de notre Institut.

Le **Service des soins de santé** dressera un aperçu des forces et faiblesses de la médecine générale en Belgique et ce, en suivi d'autres études précédentes sur une cartographie des ressources humaines engagées dans le secteur médical au service des patients. Dans une volonté rétrospective mais aussi prospective, le Service des soins de santé jettera également un coup d'œil et un éclairage sur les 10 ans d'activités du Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ) en suivi du symposium du même thème organisé le 6 décembre 2012.

Le **Service du contrôle administratif** évoquera sa lutte(et ses résultats) contre la fraude sociale organisée via des sociétés fictives. On est bien loin de la fraude sociale individuelle d'assurés sociaux et on flirte plus avec la criminalité, organisée certes pour frauder les droits à la protection sociale, mais surtout pour en tirer des profits financiers sans lien entre les bénéficiaires-acheteurs de cette protection indument acquises et les organisateurs-vendeurs de cette fraude.

Le **Service des indemnités** fera le point sur les évolutions et causes de l'incapacité de travail, à la veille de changements importants dans ce secteur, dans le cadre de notre contrat d'administration 2013-2015, afin d'en moderniser l'organisation générale, les résultats (notamment en terme d'appui à la reprise de travail) mais aussi le suivi et le contrôle, tant en interne à l'INAMI qu'avec les principaux partenaires (organismes assureurs, partenaires sociaux, médecins traitants ou du travail, etc).

Le **Service d'évaluation et de contrôle médicaux** vous informera sur le rôle de l'INAMI dans la coopération internationale de lutte contre la fraude dans les soins de santé en Europe. Si, comme on peut le voir dans l'exposé du Service du contrôle administratif, la fraude s'organise parfois dans des réseaux criminels, il est essentiel (sans pour autant viser de tels réseaux) que les services de contrôle des prestations de santé s'organisent et échangent des informations quant aux mécanismes de fraude, d'abus ou de mauvaise utilisation de ces prestations, notamment du fait des dispensateurs de soins. Nos systèmes européens de soins de santé ont de nombreuses caractéristiques communes, il est dès lors important de voir ensemble comment s'assurer d'une utilisation adéquate des moyens financiers importants mis par la collectivité et de la performance et de l'efficacité de leur utilisation pour résoudre les problématiques de santé de nos populations. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux montrera également, via l'exemple de ses INFOBOX, comment il met un point sur les "i" de sa mission en forme de trilogie ICE (Information, Contrôle, Evaluation).

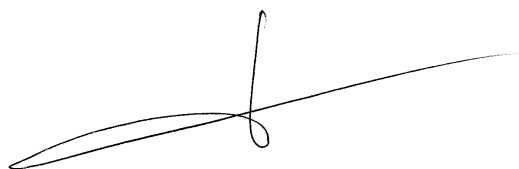
Enfin, un nouveau venu fera sa première apparition dans notre rapport annuel: le **Fonds des accidents médicaux** n'aura plus de secret pour vous; il a rejoint l'INAMI et a été intégré au 1^{er} avril 2013 comme 5^e service opérationnel (le service "Fonds des accidents médicaux") et nouveau 3^e secteur d'assurance sociale: l'indemnisation des dommages résultants des soins de santé!

Après ce copieux et varié menu issu de nos meilleurs chefs et collaborateurs, nous vous livrerons, en cinquième partie, nos données statistiques les plus récentes en matières d'effectifs de l'assurance (personnes affiliées à une mutualité), des soins de santé ou des indemnités. Sans jamais oublier que, derrière tous ces chiffres, il y a un investissement humain important (nos collaborateurs, nos partenaires, les dispensateurs de toutes spécialités, des associations, des institutions, etc.), au service et à l'écoute de nos concitoyens, et de leurs problématiques de santé ou d'incapacité de travail, qui eux aussi ne se résument pas en colonnes statistiques mais sont une réalité sociale et médicale.

Enfin, nous clôturerons notre rapport 2012 par une sixième et dernière partie intitulée "L'INAMI en pratique".

2012, l'année du dragon dans l'astrologie chinoise, nous promettait pourtant, selon les croyances mayas, la fin du monde pour le 21 décembre! Vous constaterez à la lecture du présent rapport que nous et nos collaborateurs avons toujours le feu sacré pour nos missions et que la fin du monde a visiblement été postposée à une date non encore communiquée au moment de la publication de ce rapport!

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.)

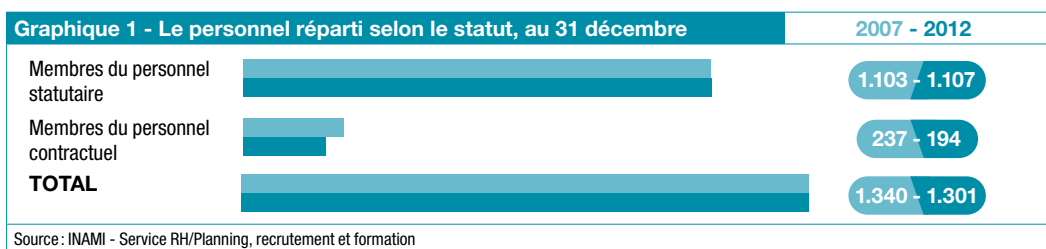
L'Administrateur général et l'Administrateur général adjoint s'occupent de la gestion quotidienne de l'INAMI, en collaboration avec le Comité de direction. Celui-ci réunit les directeurs généraux de chaque service, ainsi que les responsables du service ICT, du service des ressources humaines et de la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

 Pour plus d'informations sur les organes et la structure administrative des différents services de l'INAMI, vous pouvez consulter 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 2012.

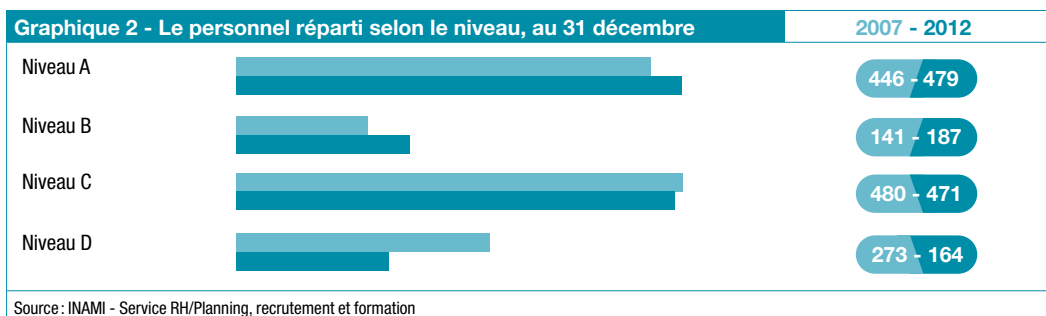
1. Le personnel selon le statut



On observe au cours de ces cinq dernières années une diminution de 0,36% du personnel statutaire et une diminution de 18% 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 (+33%) et A (+7%), en légère diminution dans le niveau C (-2%). Le personnel connaît une diminution importante dans le niveau D (-40%).

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 2007. La population féminine représente plus de 59% du personnel total en 2012.

IV. Frais d'administration de l'INAMI

Tableau 1 - Frais d'administration de l'INAMI (en EUR) (*)			
Dépenses	Réalisations 2010	Réalisations 2011	Réalisations provisoires 2012
Dépenses en personnel	77.920.041	83.561.671	88.989.150
Dépenses en fonctionnement ordinaire	16.883.411	17.159.780	15.993.754
Dépenses en fonctionnement informatique	17.370.726	15.024.422	15.229.136
Dépenses d'investissements	854.703	1.534.167	1.357.671
Investissements immobiliers	3.740	76.771	427.985
Investissements informatiques	543.158	1.114.302	810.011
Investissements biens mobiliers	307.805	343.094	119.675
Total dépenses	113.028.881	117.280.040	121.569.711
Recettes	825.625	1.543.410	126.880
Montant net frais d'administration	112.203.256	115.736.630	121.442.831

(*) Suite au contrat de gestion, 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 2012

Tableau 2 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2012 - Recettes (en milliers d'EUR)					
	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.	MINEURS	
Recettes gestion globale	23.901.360	6.036.325	358.369	2.655	30.298.709
Recettes §1bis - Salariés	20.208.514	6.036.325	-	2.655	26.247.494
Recettes §1bis - Indépendants	1.993.545	-	358.369	-	2.351.914
Financement alt. §1quater - Salariés	1.431.293	-	-	-	1.431.293
Financement alt. §1quater - Indépendants	141.195	-	-	-	141.195
Transfert salariés - Carrières mixtes	126.813	-	-	-	126.813
Etat-produits TVA + Accises tabac	2.718.554	0	0	0	2.718.554
Financement alternatif - Loi Hôpitaux	1.824.842	-	-	-	1.824.842
Financement alternatif - Divers	893.712	-	-	-	893.712
Cotisations	963.196	400	0	0	963.596
Cotisations personnelles	12.183	400	-	-	12.583
Cotisations pensionnés	951.013	-	-	-	951.013
Recettes affectées	1.071.462	130.844	18.683	0	1.220.989
Recettes rééducation fonctionnelle	501.642	-	-	-	501.642
Assurances autos	178.068	130.844	18.683	-	327.595
Cotisations assurance hospitalisation	124.564	-	-	-	124.564
Redevance conditionnement médicaments	4.248	-	-	-	4.248
Cotisation C.A. produits pharmaceutiques	262.940	-	-	-	262.940
Fonds de participation	P.M.	-	-	-	P.M.
Article 104quater	P.M.	-	-	-	P.M.
Transferts	0	0	0	63	63
ONP - Pensions de retraite ouvriers mineurs	-	-	-	63	63
Revenus de placements	4.217	120	10	0	4.347
Intérêts sur placements O.A.	713	120	10	-	843
Placement fonds des cotisations	3.500	-	-	-	3.500
Placement fonds des bonis	4	-	-	-	4
Divers	409.210	7.947	110	25	417.292
Renouvellement cartes SIS	760	-	-	-	760
Conventions internationales	382.163	1.000	60	-	383.223
Intérêts judiciaires	4.920	2.000	50	-	6.970
Récupérations article 157 (Prestat. de soins)	5.111	-	-	-	5.111
Récupérations SPF Justice (Détenus)	1.047	-	-	-	1.047
Récupération pensions inval. ouvriers mineurs	-	-	-	25	25
Montants de référence : versements hôpitaux	5.000	-	-	-	5.000
Transfert maladies chroniques	-	4.947	-	-	4.947

Tableau 2 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2012 - Recettes (en milliers d'EUR) (suite)

	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS MINEURS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.		
Prime syndicale caisse des dépôts	4.000	-	-	-	4.000
Maribel fiscale	3.157	-	-	-	3.157
Remboursement KCE exercice 2011	1.052	-	-	-	1.052
Contrats Art. 81 médicaments	2.000	-	-	-	2.000
TOTAL RECETTES	29.067.999	6.175.636	377.172	2.743	35.623.550

Source : INAMI - Service financier

2. Dépenses en 2012

Tableau 3 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2012 - Dépenses (en milliers d'EUR)

	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS MINEURS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.		
Prestations	25.627.379	5.927.419	363.144	2.067	31.920.009
Prestations de soins - Montant de base	25.627.379	-	-	-	25.627.379
Incapacité primaire	-	1.534.392	76.099	-	1.610.491
Repos de maternité et paternité	-	648.418	18.264	-	666.682
Invalidité	-	3.738.033	268.781	-	4.006.814
Frais funéraires	-	6.576	-	-	6.576
Pensions d'invalidité ouvriers mineurs	-	-	-	1.854	1.854
Pécule de vacance	-	-	-	93	93
Allocation de chauffage	-	-	-	120	120
Frais d'administration O.A.	891.951	212.177	12.451	0	1.116.579
Forfait frais d'administration 5 O.A.	838.166	191.344	11.740	-	1.041.250
Forfait frais d'administration SNCB	17.687	-	-	-	17.687
Frais d'administration CAAMI	24.288	5.528	339	-	30.155
Supplément frais d'administration :					
◦ 20% sur intérêts placements	146	40	2	-	188
◦ % sur récupérations	10.904	15.265	370	-	26.539
Renouvellement cartes SIS	760	-	-	-	760
Charges INAMI	623.543	19.890	1.378	625	645.436
Frais d'administration INAMI :					
◦ Frais de gestion	101.651	19.180	1.244	625	122.700
◦ Frais de mission	1.007	60	4	-	1.071
Expertise	1.774	-	-	-	1.774
Statut social	169.015	-	-	-	169.015
Maîtres de stage	20.276	-	-	-	20.276
Article 56 - 22	96.116	-	-	-	96.116
Campagnes	2.093	-	-	-	2.093
Transfert centre de connaissance	6.909	650	130	-	7.689
Plan social kiné	2.000	-	-	-	2.000
Lutte tabagisme	89.625	-	-	-	89.625
Accord social	200	-	-	-	200

Tableau 3 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2012 - Dépenses (en milliers d'EUR) (suite)					
	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS MINEURS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.		
IMA - Échantillon	16.724	-	-	-	16.724
Donation (E-care, enregistr. cancer, etc.)	14.650	-	-	-	14.650
Donation (E-health)	12.117	-	-	-	12.117
Invalides de guerre	1.256	-	-	-	1.256
Associations de patients	103	-	-	-	103
Caisse des marins - Assurance automobile	5	-	-	-	5
Subsides SISD	2.108	-	-	-	2.108
Prime syndicale caisse des dépôts	4.000	-	-	-	4.000
Maribel fiscale	3.157	-	-	-	3.157
Contentieux biologie clinique	90.000	-	-	-	90.000
Accréditation médecins-conseils	874	-	-	-	874
SPF Santé publique - Loi hôpitaux	1.824.842	0	0	0	1.824.842
Hôpitaux - 22,77% prix de journée	1.785.850	-	-	-	1.785.850
Suppression lits - MSP - Habitation protégée	31.260	-	-	-	31.260
Détenus	7.732	-	-	-	7.732
Transferts	0	0	0	31	31
ONP - Pensions invalidité ouvriers mineurs	-	-	-	31	31
Divers	100.284	16.150	199	20	116.653
Conventions internationales	637.268	600	20	-	637.888
Conventions internationales - Hôpitaux	-146.000	-	-	-	-146.000
Allocations complémentaires frontaliers	-	70	-	-	70
Intérêts judiciaires	82	350	50	-	482
Frais supplémentaire O.T.	4.448	-	-	-	4.448
Frais d'assignation	-	-	-	8	8
Prestations non recouvrables	-	-	-	12	12
Intérêts sur fonds des cotisations et bonis	3.590	-	-	-	3.590
Réduction cotisation C.A. produits pharmaceut.	36.500	-	-	-	36.500
Dépenses négatives sous-utilisation	-340.391	-	-	-	-340.391
Dépenses négatives	-112.720	-	-	-	-112.720
Dotation fonds accidents médicaux	12.507	-	-	-	12.507
Fonds d'avenir : montants de référence	5.000	-	-	-	5.000
Transfert réadaptation prof. indemnités	-	15.130	129	-	15.259
TOTAL DÉPENSES	29.067.999	6.175.636	377.172	2.743	35.623.550

Source : INAMI - Service financier



2^e Partie

Bonne gouvernance

I. Introduction : modernisation de l'INAMI

Ces dernières années, l'INAMI a beaucoup investi dans la modernisation de son organisation, de ses conditions de travail, des processus et des 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. Toutefois, la Cellule modernisation ne porte pas à elle seule la modernisation de l'INAMI : dans les différents services, une cellule décentralisée fonctionne en partenariat avec la Cellule modernisation. Le but est de développer, dans les années à venir, un partenariat solide entre la Cellule modernisation, comme moteur de coordination, et les cellules décentralisées de tous les services opérationnels. En outre, des partenariats sont également développés avec par exemple le Service RH, le Service ICT, le Service financier et le tout récent Service d'audit interne.

II. 3^e contrat d'administration 2010-2012

L'année 2012 est la 3^e année d'exécution du 3^e Contrat d'administration de l'INAMI, qui porte sur la période 2010-2012. 41 projets y sont prévus. Chacun de ces projets comporte une série d'engagements se rapportant à un ou plusieurs des axes prioritaires ou principes suivants :

- développement des systèmes, des instruments et des informations nécessaires à la maîtrise des dépenses en matière de prestations de l'assurance soins de santé et indemnités (SSI)
- lutte contre la fraude sociale
- simplification administrative
- amélioration des processus et informatisation pour améliorer les prestations de services aux utilisateurs (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
- collaboration, de manière adéquate, à l'application uniforme de la législation SSI
- renforcement de la communication externe
- stimulation d'approches innovatrices dans le domaine des soins de santé
- amélioration de l'accessibilité aux soins.

Tous ces engagements s'insèrent en outre dans un des 10 domaines stratégiques externes formulés dans le 2^e plan stratégique de l'INAMI.

Quelques réalisations du 3^e Contrat d'administration en 2012 :

- un rapport sur le Balanced Scorecard (tableau de bord prospectif) pour la médecine générale et, dans ce cadre, une communication aux médecins généralistes sur la performance de la médecine générale
- une nouvelle application pour le calcul des montants de financement pour les maisons de repos
- un rapport sur l'impact du vieillissement pour la cardiologie
- un rapport contenant les données détaillées 2009 en matière de données régionales standardisées sur les dépenses soins de santé
- un rapport sur le fonctionnement du système de la reprise autorisée du travail à temps partiel pendant une incapacité de travail
- une collaboration avec les services de l'emploi des différentes Régions, les organismes assureurs (OA) et d'autres acteurs concernés, dans le cadre de la "Taskforce Incapacité de travail".



Le 2^e plan stratégique, qui porte sur la période 2010-2015, indique à l'INAMI la voie à suivre pour atteindre ses objectifs et fixe le cadre général dans lequel tous les services de l'INAMI doivent se situer. Ce plan prévoit une charte contenant :

- la mission ou les raisons d'être de l'INAMI
- la vision de l'INAMI aux niveaux externe et interne
- les valeurs et les normes que l'INAMI entend respecter.

L'INAMI a traduit sa mission en une série d'objectifs stratégiques et opérationnels.

 La “**Taskforce Incapacité de travail**” a été créée pour établir une cartographie des défis à relever en matière d’incapacité de travail et formuler des propositions visant à renforcer l’efficacité du système. Ce défi ne concernant pas uniquement l’INAMI. La Taskforce regroupe également divers interlocuteurs tels que les partenaires sociaux, les organismes assureurs (OA), le Collège intermutualiste national (CIN), l’Agence intermutualiste (AIM), les universités, etc.

- un rapport annuel sur les activités et les résultats obtenus dans le cadre de la stratégie dite “ICE” (information, communication et évaluation) du Service d’évaluation et de contrôle médicaux (SECM)
- l’élaboration de dispositions réglementaires et l’information de ces dispositions (par voie de circulaires et sur le site Internet de l’INAMI) aux acteurs concernés pour l’implémentation systématique de “MyCareNet” par groupes cibles de dispensateurs de soins (praticiens de l’art infirmier à domicile, laboratoires, offices de tarification, maisons de repos, etc.)

 **MyCareNet** permet aux dispensateurs de soins de communiquer directement et en toute sécurité avec les OA, via Internet. MyCareNet est une initiative conjointe de l’INAMI, du CIN et de “eHealth”, la plateforme santé des pouvoirs publics.

- l’élargissement de l’application web “E-care - Quality oriented electronic registration of medical implant devices” (Qermid) pour les tuteurs coronaires
- la rédaction de textes réglementaires sur la réforme de l’intervention majorée et une meilleure protection des malades chroniques
- l’optimisation de la lisibilité des documents administratifs :
 - révision interne de 2 formulaires existants pour les assurés, conformément aux principes de lisibilité :
 - Déclaration d’accident
 - Allocation d’adoption pour les travailleurs indépendants
 - avis sur la lisibilité des nouveaux formulaires destinés aux assurés
- la poursuite de la coordination et du soutien administratifs, financiers et stratégiques des projets de renouvellement en matière de soins aux personnes âgées
- un modèle de transmission des données des trajets de soins via une application web pour les médecins généralistes (ACHIL)
- une convention pour le remboursement d’analyses de dépistages génétiques effectuées à l’étranger
- l’exécution de divers projets d’évaluation médicale et mesures d’impact
- un rapport par OA répertoriant les activités des médecins-conseils au niveau de la mutualité et de l’OA (y compris le feed-back aux OA)
- la poursuite de l’amélioration du système “Flowdos” pour gérer plus efficacement les dossiers d’enquête sur les dispensateurs de soins
- un rapport sur les résultats en matière de lutte contre la fraude sociale
- le “datamatching” (croisement de banques de données) entre les données “Déclaration multifonctionnelle/ Multifunctionele aangifte” (DMFA) et la banque de données des invalides, et l’analyse des cas pertinents au sein des mutualités
- l’analyse de qualité du feed-back des OA concernant les dossiers d’assujettissement fictif
- deux rapports relatifs à des contrôles thématiques : l’un, en matière de soins de santé et l’autre, en matière d’indemnités
- une brochure sur les missions du Service d’évaluation et de contrôle médicaux
- COOPAMI : le développement d’un programme de formation et l’organisation de formations en anglais et en français
- la création d’un Service d’audit interne à l’INAMI (voir ci-dessous).

 La **COOPAMI** est une plateforme de collaboration soutenant les pays qui souhaitent développer ou moderniser une protection sociale universelle, solidaire et durable pour leur population.

III. Le Service d'audit interne : un nouveau partenaire dans le processus d'amélioration permanente

Le management, les collaborateurs et les gestionnaires de l'INAMI ont un nouveau partenaire depuis novembre 2012 : le Service d'audit interne (SAI). Ensemble, ils collaborent au même objectif : améliorer en permanence l'organisation et le fonctionnement de l'INAMI, en se basant sur le principe de bonne gouvernance.

La création d'un SAI à l'INAMI s'inscrit dans un projet commun du Collège des Institutions publiques de sécurité sociale (IPSS). Dans les prochaines années, les 16 IPSS se doteront toutes d'un SAI (ou remettront à niveau leur fonction d'audit interne existante), en respectant une vision et une approche communes. Ce projet répond notamment aux attentes de l'État et de la Cour des comptes, qui souhaitent voir augmenter le degré d'assurance raisonnable pour le bon fonctionnement des IPSS. Par ailleurs, l'INAMI a coordonné le projet commun en matière d'audit interne.

En répondant à 5 questions primordiales, le SAI analyse comment l'INAMI gère son organisation et son fonctionnement. Plus précisément, le SAI évaluera 5 dimensions de la gestion organisationnelle ou du "contrôle interne".

- Réalisation des objectifs : les objectifs de l'INAMI sont-ils formulés de façon suffisamment claire, font-ils l'objet d'une bonne communication et correspondent-ils à la stratégie de l'organisation ? Les objectifs sont-ils effectivement concrétisés ?
- Excellence opérationnelle : l'INAMI est-il bien organisé, efficient et économe ?
- Conformité : l'INAMI respecte-t-il la réglementation et les procédures internes ?
- Qualité du reporting : le reporting externe et interne effectué par l'INAMI est-il valable, correct, utilisable et complet ? Respecte-t-il les délais ?
- Intégrité : l'INAMI prend-il des mesures suffisantes pour prévenir l'utilisation abusive des moyens et les risques de fraude interne ?

Pour cela, le SAI effectue des missions concrètes d'audit et formule des recommandations, en toute objectivité et indépendance. Ces missions et recommandations concernent toujours une activité ou un processus bien déterminés de l'INAMI. Le SAI n'a pas la compétence d'évaluer le fonctionnement des personnes. Au cours de ses missions, le SAI collabore étroitement avec le management concerné et ses collaborateurs, il les soutient et les accompagne, afin que ceux-ci puissent ensuite mettre ses recommandations en pratique. Il est à noter que le SAI ne peut pas avoir une "fonction de police négative". Le SAI se concentre tant sur les points forts que sur les points susceptibles d'être améliorés.

Outre les missions classiques d'audit, le SAI joue également un rôle important dans la sensibilisation, le soutien et l'accompagnement des services de l'INAMI pour leur gestion organisationnelle. Cela signifie que le SAI assurera une fonction de coordination au niveau de l'identification et de l'évaluation des risques stratégiques et opérationnels, ainsi qu'au niveau de la formulation de mesures de contrôle ou de gestion adéquates et efficaces.

Pour terminer, le SAI se chargera aussi d'une bonne coordination et harmonisation avec les autres acteurs de surveillance de l'INAMI, à savoir la Cour des comptes, les réviseurs, les commissaires de gouvernement et d'éventuels autres auditeurs externes. Cela permet d'harmoniser le planning, les activités et les rapports du SAI avec ces acteurs de surveillance.

Depuis novembre 2012, le SAI a clôturé une 1^{re} mission d'audit concernant le système de gestion de la sécurité de l'information à l'INAMI et a formulé une cinquantaine de recommandations. Ce 1^{er} trimestre 2013, le SAI rédigera également un Plan d'audit. Ce Plan d'audit contiendra la stratégie et le planning du SAI, en accord avec le management et les gestionnaires de l'organisation, pour la période 2013 à 2015 inclus.



3^e Partie Évolution de l'assurance

Cette partie présente une sélection des principales modifications réglementaires intervenues en 2012. Elle ne se veut pas exhaustive. Un aperçu plus complet de la réglementation relative à 2012 est disponible dans les Bulletins d'Information de l'INAMI (numéros 2012/2, 2012/3, 2012/4 et 2013/1).

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Mesures relatives aux médicaments

L'arrêté royal du 12 mars 2012 porte exécution de certaines dispositions déjà prévues par la Loi santé du 17 février 2012 :

- délivrance obligatoire des médicaments les moins chers en cas de prescription en dénomination commune internationale, comme prévu par la loi
- instauration d'un remboursement des médicaments sur la base d'un montant forfaitaire (catégorie de remboursement "F"). L'intervention personnelle et/ou le remboursement peuvent être définis comme un montant fixe par indication, traitement ou examen, pour le médicament ou l'ensemble des médicaments qui sont délivrés pour cette indication, ce traitement ou cet examen
- exécution de la réduction de moitié de l'exception pour les différentes formes de molécules non brevetées, comme prévu par la loi
- déconnexion des génériques : suppression de la limitation selon laquelle la base de remboursement d'un générique repris dans le remboursement ne peut jamais être supérieure à celle de sa spécialité de référence
- adaptation du système de remboursement de référence pour les médicaments entièrement remboursés (catégorie "A") pour stimuler la dynamique de baisse de prix dans le secteur post-brevet
- les érythropoïétines exclues de plein droit du forfait sont rayées de cette liste de médicaments. Moyennant une modification future de la réglementation, cela devrait permettre d'inclure ces médicaments dans le forfait hospitalier.

2. Soins de santé mentale

Un nouvel arrêté royal du 27 mars 2012 entre en vigueur le 1^{er} avril 2012 dans le secteur des soins de santé mentale. Cette réglementation assure le suivi de projets thérapeutiques dans le cadre desquels une concertation a été mise en place pendant 5 ans autour du patient, à titre expérimental.

La nouvelle réglementation examine les aspects suivants :

- délimitation du groupe cible des patients présentant une problématique psychiatrique
 - définition du concept de "plan d'accompagnement"
 - conditions de rémunération des dispensateurs de soins participant à la concertation autour du patient
 - description des tâches et rémunération de la personne de référence
 - description des tâches et rémunération de l'organisateur et du coordinateur de la concertation.
- Une rémunération est également prévue pour le suivi administratif et la facturation de la concertation.

La nouvelle réglementation confère un rôle important aux services intégrés de soins à domicile (SISD). En effet, ils jouent un rôle clé dans l'organisation et la coordination de la concertation. Ils peuvent assumer cette tâche eux-mêmes ou conclure un accord en la matière.

3. Norme de croissance

La Belgique s'est engagée à assainir strictement et structurellement le budget : la croissance des dépenses de soins de santé doit aussi être réduite pour garantir une croissance tenable de ce secteur.

Pour 2013, la loi du 22 juin 2012 fixe la norme de croissance à 2% de l'objectif budgétaire global, majorée de la hausse attendue de l'indice santé et de 40 millions EUR pour de nouveaux emplois dans le secteur non marchand.

4. Accords sociaux

a. Accord social 2000

Les 1^{er} mars et 28 novembre 2000, des accords sociaux concernant les secteurs fédéraux de la santé ont été conclus pour le secteur privé et le secteur public.

L'arrêté royal du 20 juillet 2012 fixe à 53.258.385 EUR le montant pour 2012 destiné au financement des fonds qui prévoient le paiement des indemnités pour les travailleurs occupés dans le secteur des soins infirmiers à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge. Ce montant est réparti entre le secteur privé à concurrence de 52.171.730 EUR et le secteur public à concurrence de 1.086.655 EUR.

b. Accord social 2005

Les 26 avril et 18 juillet 2005, des accords sociaux supplémentaires ont été conclus pour le secteur privé et le secteur public.

Pour 2012, l'arrêté royal du 20 juillet 2012 fixe des indemnités supplémentaires pour les travailleurs occupés dans le secteur des soins infirmiers à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge. Au total, il s'agit d'un montant de 13.277.712 EUR, dont 13 millions EUR sont destinés au secteur privé et 277.712 EUR au secteur public.

En outre, des mesures ont également été prévues pour la transmission de connaissance et d'expérience des travailleurs âgés aux jeunes peu qualifiés ainsi qu'une mesure de congé supplémentaire pour les membres du personnel qui ne bénéficient pas des mesures de fin de carrière.

Pour 2012, l'arrêté royal du 13 juillet 2012 prévoit un montant de 17.831.154 EUR.

Ce montant est ventilé comme suit :

- mesure de parrainage : 7.719.114 EUR, dont 2.894.668 EUR pour le secteur public et 4.824.446 EUR pour le secteur privé
- mesure complémentaire pour les agents de minimum 50 ans qui ne bénéficient pas des mesures de fin de carrière : 10.112.040 EUR, dont 3.859.557 EUR pour le secteur public et 6.252.483 EUR pour le secteur privé.

c. Accord social 2010

Le 4 mars 2010, un accord a été conclu en ce qui concerne le plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier dans un nombre limité de secteurs.

La rétribution supplémentaire pour les prestations irrégulières des travailleurs occupés dans le secteur des soins infirmiers à domicile et dans les maisons médicales est fixée, pour l'année 2012, respectivement à 713.071 EUR et à 69.606 EUR, soit au total, un montant de 782.677 EUR. Ce montant est réparti entre le secteur privé (761.238 EUR) et le secteur public (21.349 EUR).

d. Mini-accord social 2011

Les 4 et 21 février 2011, un “mini accord social” a été conclu en ce qui concerne l'emploi, les prestations inconfortables, le deuxième pilier de pension, la prime syndicale et la statutarisation du secteur public.

L'arrêté du 20 juillet 2012 fixe la rétribution supplémentaire pour la création d'emploi et pour les prestations irrégulières des travailleurs occupés dans le secteur des soins infirmiers à domicile, dans les maisons médicales et dans les maisons de soins psychiatriques publiques, pour l'année 2012, à 7.020.256 EUR. De cette somme, un montant de 6.496.749 EUR est destiné au secteur privé et un montant de 523.507 EUR au secteur public.

En outre, l'arrêté royal du 2 juin 2012 prévoit le transfert de moyens vers l'Unisoc (organisation patronale fédérale des secteurs à profit social) à partir du budget des moyens financiers, l'INAMI versant directement à l'Unisoc cette intervention d'un montant de 645.107 EUR en 2011 et de 1.290.214 EUR à partir de 2012.

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Le maximum à facturer médicaments

La loi du 27 décembre 2012 portant sur l'accessibilité aux soins de santé introduit 3 modifications concernant les coûts des médicaments pour les assurés.

- Le maximum à facturer contient l'intervention personnelle supportée par l'assuré pour les médicaments. La législation prévoit que l'intervention personnelle pour les médicaments des catégories A, B et C est prise en considération pour l'application du maximum à facturer. À partir du 1^{er} mars 2012, de nouvelles catégories de remboursement Fa et Fb (créées par la loi du 17 février 2012) viennent s'y ajouter.
- Quand l'intervention personnelle forfaitaire pour des médicaments délivrés à des bénéficiaires séjournant dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour ou d'autres institutions qui constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées aura été déterminée, elle devra également être prise en considération pour le maximum à facturer. Tel est déjà le cas pour l'intervention personnelle forfaitaire des bénéficiaires hospitalisés et pour l'intervention personnelle forfaitaire pour les médicaments délivrés aux bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de soins psychiatriques.
- L'article qui stipule dans quels cas l'intervention de l'assurance obligatoire reste inchangée, même si le montant de référence des interventions personnelles prises en charge par le bénéficiaire est atteint, est modifié afin de permettre également le remboursement des catégories précitées.

b. Statut affection chronique

La loi du 27 décembre 2012 pose la base légale pour le statut de “personne souffrant d'une affection chronique”. Ce statut doit permettre à ces personnes de bénéficier automatiquement de certains droits.

Un ou plusieurs des 3 critères suivants permettent d'identifier des personnes (un arrêté royal doit encore établir ces critères) :

- prouver un montant minimum de dépenses de santé sur une période déterminée, pour démontrer la nature chronique de la maladie. Concrètement, il s'agirait d'un montant minimum de 300 EUR par trimestre pendant une période de 2 ans
- bénéficier du forfait malade chronique
- souffrir d'une maladie rare ou d'une maladie orpheline.

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE

Le 23 janvier 2013, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a conclu un accord pour les années 2013-2014.

Les lignes de force de l'accord sont les suivantes :

○ Économies

Une économie de 105 millions EUR sera réalisée en 2013. Cette économie se fera par une limitation et une redistribution de la masse d'index disponible.

○ Mesures concernant les médecins généralistes

- Les honoraires des médecins généralistes sont indexés de 2% à partir du 1^{er} février 2013.
- La mesure "Permanence et disponibilité" est prolongée, avec une augmentation de l'honoraire d'1 EUR.
- L'allocation de pratique est maintenue à 1.650 EUR par an.
- Les montants des honoraires de disponibilité et des interventions dans le cadre d'Impulseo sont augmentés de 2,76% en 2013.
- Le montant de la prime télématique est fixé à 806 EUR.
- La prolongation de la gestion du dossier médical global (DMG) se fera, à partir du 1^{er} janvier 2014, via le système MyCareNet pour les médecins qui y adhèrent.
- Un budget de 6 millions EUR est libéré pour les postes de garde en médecine générale et les projets qui y sont liés. Lors de la fixation du budget 2014, on essaiera de libérer une marge afin de ne plus mettre ce montant à charge de la masse d'index.

○ Mesures concernant les médecins spécialistes

- Les honoraires de consultation, de surveillance et autres prestations dites intellectuelles des médecins spécialistes sont indexés de 2% à partir du 1^{er} février 2013.
- Toutefois, les consultations des neurologues, pneumologues, rhumatologues et gériatres sont réévaluées de 5%. Les honoraires de consultation des dermatologues sont également augmentés. Les honoraires pour la consultation au lit en hôpital sont également fortement revalorisés.
- Les prestations spéciales et les prestations de biologie clinique sont indexées de 1% à partir du 1^{er} février 2013. Les prestations d'imagerie médicale, chirurgie et gynécologie sont indexées de 1,5% à partir du 1^{er} février 2013. Les honoraires de dialyse ne sont pas adaptés. Les prestations spéciales de physiothérapie sont indexées de 2% à partir du 1^{er} février 2013.

- Certaines prestations techniques sont réévaluées : échographie, gynécologie, otoplastie, certaines prestations chirurgicales dont, notamment, la chirurgie mammaire reconstructive après opération. Pour cette dernière, des accords seront pris avec le groupe professionnel concerné.
- Les enveloppes “imagerie médicale” et “biologie clinique” sont fixées respectivement à 1.173.196.000 EUR et 1.284.419.000 EUR. Pour l'imagerie médicale, un plan pluriannuel, développé en concertation avec le groupe professionnel concerné, devra permettre de créer une meilleure infrastructure et d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. Dans l'attente de corrections structurelles, les tarifs des prestations en matière d'échocardiographie et de coronarographie sont temporairement diminués de 6,7%.
- **La CNMM souhaite encourager le conventionnement**

L'intervention dans le cadre du statut social est adaptée. Les médecins conventionnés, avec un certain seuil d'activités, recevront aussi une allocation forfaitaire annuelle de 434 EUR.
- **La CNMM a fixé le schéma de travail pour 2013 et 2014**
 - Diminuer la charge administrative dans le cadre du contrôle des médicaments du chapitre IV.
 - Poursuivre le soutien aux postes de garde des médecins généralistes.
 - Moduler la prime télématique en fonction de son utilisation.
 - Évaluer le système du tiers payant social et préparer son élargissement via le développement de MycareNet.
 - Évaluer les trajets de soins et le module de prévention du DMG.
 - Créer une plus grande transparence pour les patients via l'établissement d'une facture patients.
 - Examiner la problématique du burn-out chez les médecins.
 - Simplifier la structure de certains honoraires et tickets modérateurs.
 - Évaluer et analyser le système actuel de concertation en vue de sa modernisation.

FONDS D'IMPULSION POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE

L'arrêté royal du 23 mars 2012 continue d'étendre le Fonds d'impulsion pour la médecine générale 2012 à partir du 1^{er} avril 2012.

Il prévoit désormais une intervention dans :

- une partie du coût salarial du secrétariat d'un médecin généraliste individuel
- une partie des frais de télésecrétariat médical pour le médecin individuel ou en groupement.

Il prévoit également l'installation de médecins généralistes supplémentaires dans une nouvelle série de zones.

○ Soutien de l'employé d'un médecin généraliste

Le montant de l'intervention est égal à la moitié du coût salarial réel, avec un maximum de 6.047 EUR par an pour le médecin généraliste agréé et ce, aux conditions suivantes :

- le médecin généraliste gère au moins 150 DMG
- le médecin généraliste emploie au moins un tiers d'équivalent temps plein, lié par un contrat de travail
- le médecin généraliste utilise un dossier médical électronique labellisé.

La nouvelle réglementation fixe également la possibilité pour le médecin généraliste d'introduire une demande pour les coûts salariaux qu'il a supportés en 2008, 2009 et 2010.

Les montants maximums de l'intervention s'élèvent respectivement à :

- 5.740 EUR pour 2008
- 5.790 EUR pour 2009
- 5.872 EUR pour 2010.

○ **Prise en charge des frais de télésecrétariat médical**

Pour le groupement de médecins généralistes, le montant de l'intervention est égal à la moitié du coût salarial réel, avec un maximum de 3.474 EUR par an pour chaque médecin généraliste agréé faisant partie d'un groupement, pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

- il y a un accord de coopération entre les médecins généralistes agréés du groupement
- le groupement gère au moins 150 DMG multipliés par le nombre de médecins généralistes agréés ayant souscrit à l'accord de coopération.

○ **Nouvelles zones pour le soutien à l'installation des médecins généralistes**

Impulseo encourage l'installation de médecins généralistes dans un 3^e type de zones. Il s'agit de zones à délimitation géographique spécifique (donc pas nécessairement équivalentes au territoire d'une commune) pour lesquelles les cercles de médecins généralistes ont démontré que des médecins généralistes supplémentaires sont nécessaires. Auparavant, seules les 2 interventions suivantes existaient :

- installation d'un médecin généraliste dans une zone à faible densité médicale par habitant
- installation d'un médecin généraliste dans une zone d'action positive délimitée dans le cadre de la politique des grandes villes.

GROUPES LOCAUX D'ÉVALUATION MÉDICALE

L'arrêté royal du 12 décembre 2012 permet d'octroyer une intervention pour les frais de fonctionnement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) et ce, à partir de l'année de fonctionnement 2011. L'intervention s'élève à 200 EUR par réunion et par GLEM, avec un maximum de 4 réunions indemnisables par année civile. Elle est subordonnée aux 3 conditions suivantes :

- 4 réunions GLEM valables doivent être organisées par année civile
- la date, le thème et les participations à ces réunions doivent être communiqués au Service des soins de santé dans les délais impartis
- aucun financement ne peut être obtenu de la part de l'industrie pharmaceutique ou de tout autre sponsor pouvant entraîner un conflit d'intérêt.

AVANTAGES SOCIAUX

L'arrêté royal du 30 septembre 2012 fixe le montant des avantages sociaux pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national à 4.324,69 EUR pour l'année 2012. Pour les médecins qui n'ont adhéré que partiellement à l'accord national, ce montant est de 2.127,03 EUR.

Il est uniquement possible de déroger aux taux honoraires :

- pour les médecins généralistes : pour les consultations, rendez-vous et prestations en cabinet, durant un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues. Le reste de la pratique représente au moins les trois quarts du total de la pratique
- pour les médecins spécialistes : pour les prestations aux patients ambulants (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfait), durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues. La moitié au moins du total de toutes les prestations aux patients ambulants doit être effectuée aux taux d'honoraires fixés.

Le montant de la pension de retraite est fixé pour 2012 à 5.307,07 EUR, celui de la pension de survie à 4.422,68 EUR.

b. Pharmaciens

COTISATIONS DES PHARMACIENS

L'arrêté royal du 22 juin 2012 instaure une cotisation sur la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables à charge des pharmaciens. Elle sert à récupérer les réductions que les firmes pharmaceutiques accordent dans le cadre de la mesure "prescription en DCI" dans les officines ouvertes au public.

Lors de la fixation de la cotisation, on tient dès lors compte des possibilités des pharmaciens de négocier de meilleures conditions commerciales, en fonction de la taille de leur officine.

Les pharmacies sont réparties en 3 classes selon le montant des honoraires qu'elles reçoivent pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables. Ce faisant, on tient uniquement compte des honoraires composés d'un montant fixe par délivrance et pas des honoraires pour l'accompagnement de la première délivrance. Les pharmacies sont réparties en groupes en fonction des pourcentages du montant global des honoraires qui ont été payés par les organismes assureurs à charge de l'assurance soins de santé.

La cotisation a été fixée à 0,32 EUR par conditionnement. Elle est réduite à 0,20 EUR pour les petites officines et portée à 0,38 EUR pour les grandes officines.

À partir de 2013, chaque pharmacie devra déclarer le nombre de conditionnements délivrés et le montant total de la réduction au Service des soins de santé de l'INAMI.

STATUT SOCIAL

L'arrêté royal du 1^{er} octobre 2012 indexe le montant du statut social des pharmaciens pour le fixer à 2.636,20 EUR pour 2011. Le montant est ramené à :

- 1.977,15 EUR si la durée moyenne hebdomadaire de l'activité atteint 28 heures par semaine sur une base annuelle mais est inférieure à 38 heures par semaine sur une base annuelle
- 1.318,1 EUR si la durée moyenne hebdomadaire de l'activité atteint 19 heures par semaine sur une base annuelle mais est inférieure à 28 heures par semaine sur une base annuelle.

c. Praticiens de l'art infirmier

MYCARENET

Le règlement du 27 juin 2011 modifie les formulaires "échelle d'évaluation" et "notification de soins infirmiers pour un patient palliatif", à partir du 1^{er} juin 2012. Les formulaires sont complétés avec des données nécessaires pour l'utilisation de MyCareNet si bien que les versions papier et électronique de la documentation sont harmonisées.

À la même date, certaines mesures entraînant une simplification administrative sont entrées en vigueur. Elles garantissent la mise en concordance des règles de MyCareNet et des dispositions de la nomenclature :

- La constatation, par un médecin, de la nécessité d'une toilette pour une personne désorientée dans le temps et l'espace ne doit pas être envoyée au médecin-conseil lors de la notification via MyCareNet; elle doit uniquement être consignée dans le dossier infirmier.
- Le praticien de l'art infirmier ne doit plus demander l'autorisation du médecin-conseil pour attester certaines prestations techniques spécifiques de soins infirmiers. Cette demande est remplacée par une notification dans le cadre de laquelle le praticien de l'art infirmier transmet les éléments suivants au médecin-conseil :
 - le numéro INAMI du praticien de l'art infirmier qui procède à la notification
 - le numéro INAMI du prescripteur
 - le numéro d'inscription à la sécurité sociale (NISS) du bénéficiaire
 - le type de prestation
 - les dates de début et de fin de la période.

Le plan de soins doit être tenu à la disposition du médecin-conseil. Un rapport médical circonstancié du médecin traitant n'est plus requis en complément.

d. Praticiens de l'art dentaire

AVANTAGES SOCIAUX

L'arrêté royal du 30 septembre 2012 fixe la cotisation annuelle pour le régime d'avantages sociaux pour les dentistes à 2.149,29 EUR pour l'année 2012.

e. Kinésithérapeutes

L'arrêté royal du 4 octobre 2012 fixe la cotisation annuelle pour le régime d'avantages sociaux pour 2011 à 1.423,07 EUR par kinésithérapeute qui répond aux conditions requises.

f. Maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins et centres de soins de jour

NOUVELLE CATÉGORIE "D"

L'arrêté royal du 5 décembre 2012 introduit à partir du 1^{er} juillet 2012 une nouvelle catégorie "D" pour les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). À partir du 1^{er} juillet 2013, cette catégorie est également introduite dans les maisons de repos et de soins (MRS). La catégorie "D" comporte les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence a été constaté ou confirmé. Concrètement, 200 nouveaux équivalents temps plein (ETP) sont créés dans le secteur, ce qui doit permettre un meilleur encadrement de la démence.

La nouvelle réglementation contient les dispositions suivantes :

- définition de la catégorie de bénéficiaires et distinction avec d'autres catégories telles que la catégorie Cd qui contient les personnes désorientées dépendantes physiquement
- la procédure à suivre pour la demande d'intervention auprès de l'organisme assureur pour un bénéficiaire classé dans la catégorie D
- en vue du financement des membres du personnel supplémentaires, la liste des qualifications dont ils doivent disposer est actualisée
- le pourcentage et le mode de calcul des prestations irrégulières et inconfortables des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes et des membres du personnel de réactivation sont modifiés
- introduction de règles de calcul du nombre d'ETP pouvant entrer en ligne de compte pour une indemnité dans l'établissement. Inversement, la liste des ETP qui ne peuvent pas entrer en ligne de compte pour une indemnité via le forfait est également actualisée
- les prestations des directeurs qualifiés, indépendants, salariés ou statutaires qui peuvent être pris en considération en cas de manque, sont précisées
- les règles relatives à la flexibilité sont modifiées : dans un établissement qui emploie au moins 7 ETP praticiens de l'art infirmier, jusqu'à 30% de la norme du personnel infirmier peut être remplacé par du personnel de réactivation et/ou du personnel soignant
- les règles de calcul de l'ancienneté sont définies
- la formule pour le calcul de l'intervention pour le matériel de soins est établie
- la réglementation concernant les conditions qui doivent être remplies pour obtenir le financement d'une personne de référence pour la démence est précisée et simplifiée
- les règles de financement et leur entrée en vigueur sont fixées. Un financement intermédiaire est prévu pour les MRPA. Pour les MRS, le financement de la nouvelle norme doit encore être fixé
- pour le calcul des conditions en matière de continuité des soins, les patients de la catégorie D sont ajoutés en plusieurs endroits, ce qui constitue une extension de la norme, sans financement complémentaire
- tous les calculs (formules) se basent sur le nombre de patients et donc plus sur le nombre de bénéficiaires.

Les formulaires de demande d'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière pour les MRPA et les MRS sont modifiés par le règlement du 22 octobre 2012, tout comme l'échelle de Katz y afférente.

En outre, le règlement du 17 décembre 2012 modifie également les notes de frais individuelles, le formulaire de demande d'allocation, la notification et l'engagement de paiement et 2 nouveaux formulaires sont ajoutés : une attestation du médecin traitant pour les centres de soins de jour (CSJ) et une note de frais rectificative pour les MRPA/MRS/CSJ.

Les nouveaux formulaires sont d'application depuis le 1^{er} janvier 2013.

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

Dans le budget de 2011, l'arrêté royal du 12 décembre 2012 prévoit un montant en vue de la création d'emploi et de l'extension de la règle de financement pour les prestations inconfortables :

- les montants payés aux établissements comprennent le financement de l'indemnisation des prestations inconfortables pour le personnel de réactivation et pour le personnel logistique et administratif
- les moyens dévolus à la création d'emploi (165 ETP) sont utilisés de la façon suivante :
 - le secteur privé reçoit un financement pour 105 ETP
 - le secteur public reçoit un financement pour 60 ETP.

Les établissements qui répondent aux critères pour le financement sont inscrits sur une liste. Si des MRS ou MRPA figurant sur la liste renoncent à un nouvel emploi, le financement de cet emploi peut profiter à d'autres établissements de cette liste. Cette liste sera par conséquent adaptée annuellement.

3. Prestations

a. Médecins

SOINS AUX URGENCES

L'arrêté royal du 27 mars 2012 modifie la nomenclature à partir du 1^{er} juin 2012, en ce qui concerne le supplément pour consultation d'urgence et l'interdiction de cumul aux urgences :

- le supplément pour consultation d'urgence est diminué pour le médecin de garde présent tandis qu'il est augmenté pour le spécialiste qui doit se déplacer
- les honoraires "C" pour la consultation du spécialiste appelé au service des urgences et les honoraires de surveillance du premier jour pour les patients adultes ne peuvent pas être cumulés. Cette interdiction de cumul dans les services d'urgence s'applique aux patients qui ont atteint l'âge de 18 ans.

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Depuis le 1^{er} septembre 2012, l'arrêté royal du 6 juin 2012 a inséré les soins multidisciplinaires de l'accident vasculaire cérébral dans la nomenclature.

Les patients qui ont eu un accident vasculaire cérébral récent (patients AVC) constituent le groupe cible. Un diagnostic correct et un traitement rapide sont très importants pour ces patients qui ont eu un AVC dans un délai de moins de 2 semaines.

L'établissement d'un "plan de soins" (incluant, outre le plan de traitement, une description des soins ultérieurs apportés au patient) et le contexte multidisciplinaire sont ici indispensables.

NOMENCLATURE DE RÉANIMATION

L'arrêté royal du 20 septembre 2012 modifie en profondeur la nomenclature de l'article 13 à partir du 1^{er} décembre 2012.

L'article 13, § 1^{er} est scindé en 3 sous-rubriques :

- les prestations de la sous-rubrique A sont accessibles à tous les médecins spécialistes qui peuvent attester les anciennes prestations de l'article 13 ainsi qu'aux nouvelles spécialités médecine d'urgence, médecine aiguë, oncologie médicale et gériatrie
- les prestations de la sous-rubrique B sont réservées aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins intensifs. Elles ne sont par ailleurs attestables que si elles sont effectuées dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs
- les prestations de la sous-rubrique C sont accessibles aux médecins spécialistes en pédiatrie, porteurs du titre professionnel particulier en néonatalogie. Elles ne sont attestables que si elles sont effectuées dans les locaux d'un service agréé NIC (soins intensifs de néonatalogie), sauf disposition contraire.

Les libellés des différentes prestations et les règles d'application de l'article 13 sont complétés, modifiés ou supprimés. De nouvelles prestations, qui correspondent à l'évolution technique actuelle, sont introduites dans la nomenclature. Un certain nombre de prestations sont déplacées. Des prestations d'autres articles sont également adaptées, là où c'est nécessaire.

Un nouveau paragraphe (§ 3) est inséré dans l'article 13. Ce paragraphe contient les règles d'application. Il y est précisé quand des prestations telles que "surveillance continue des fonctions vitales et non vitales" peuvent être attestées, ainsi que des mesures transitoires afin de compenser le manque actuel de médecins spécialistes porteurs d'un titre professionnel particulier en soins intensifs.

EXAMENS GÉNÉTIQUES

À partir du 1^{er} janvier 2013, l'arrêté royal du 10 novembre 2012 modernise la nomenclature de l'article 33, qui concerne l'anatomie pathologique et l'examen génétique. Les prestations sont réparties en 5 catégories : les analyses cytogénétiques, les analyses prénatales, les cultures, les analyses moléculaires et les dosages.

La réforme de la nomenclature a pour objectif :

- de mettre en œuvre une plus grande transparence dans les activités relatives à la génétique
- de clarifier les libellés des méthodes utilisées (types de tests) et des indications cliniques
- de mieux contrôler les dépenses du secteur
- de s'adapter aux exigences de qualité actuelles.

b. Praticiens de l'art dentaire

Depuis le 1^{er} mai 2012, le dentiste généraliste, le praticien de l'art dentaire spécialiste et le médecin praticien de l'art dentaire peuvent attester un supplément d'honoraires pendant un service de garde organisé 4 jours de pont par an maximum.

Les conditions reprises dans l'arrêté royal du 26 avril 2012 sont les suivantes :

- la prestation est effectuée pendant un service de garde organisé qui est conforme à la réglementation du Service public fédéral (SPF) Santé publique
- la Commission nationale dento-mutualiste a fixé les jours de pont
- la consultation ou la prestation technique doit avoir un caractère urgent : elle ne peut pas être reportée et elle n'est pas effectuée pendant les jours et heures mentionnés, pour des raisons personnelles du praticien de l'art dentaire ou par suite d'exigence particulière du patient
- un supplément d'honoraires peut aussi être attesté pour les radiographies, excepté la radiographie du crâne et du massif facial.

L'intervention personnelle pour le supplément d'honoraires en cas de prestation technique urgente est calculée aux mêmes conditions que la prestation elle-même. Pour le supplément d'honoraires pour la consultation urgente, l'arrêté royal du 27 mars 2012 établit l'intervention personnelle à 25% des honoraires pour les assurés ne bénéficiant pas de l'intervention majorée; le bénéficiaire de l'intervention majorée ne doit rien payer.

c. Praticiens de l'art infirmier

PRÉPARATION HEBDOMADAIRE DE MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE

Depuis le 1^{er} juin 2012, l'arrêté royal du 27 mars 2012 prévoit deux nouvelles prestations:

- avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, suivi d'un accord du médecin traitant
- préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale.

Le groupe cible est constitué de personnes dont l'inadéquation de l'observance thérapeutique est démontrée par le diagnostic infirmier et liée à:

- de la démence
- une déficience visuelle non corrigée
- des troubles moteurs momentanés ou définitifs d'un ou des deux membres supérieurs
- une médication complexe.

Ces prestations ne peuvent pas être attestées pour les patients bénéficiant d'un forfait. Elles peuvent uniquement être attestées au domicile du patient et pendant la semaine. Elles peuvent uniquement être attestées par un praticien de l'art infirmier. Les honoraires – intégralement remboursés – s'élèvent à 22 EUR pour l'avis infirmier et la concertation et à 10 EUR pour la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale.

d. Logopèdes

L'arrêté royal du 6 juin 2012, d'application le 1^{er} août 2012, modifie la nomenclature des prestations de logopédie comme suit:

- les différents médecins spécialistes qui peuvent prescrire les traitements des troubles logopédiques sont présentés sous forme de tableau
- le médecin spécialiste en gériatrie est ajouté comme prescripteur des bilans et du traitement des troubles aphasie, dysarthrie et dysphagie. Ce spécialiste est particulièrement confronté à ces troubles chez les patients qu'il doit traiter
- désormais, pour que l'assurance intervienne pour les troubles du développement du langage oral et la dysphasie, il faut procéder à un test de QI figurant sur la liste limitative approuvée par la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs. Auparavant, les tests à utiliser pour ce faire n'étaient pas précisés.

En vertu de l'arrêté royal du 10 novembre 2012, les traitements logopédiques de minimum 60 minutes ne font plus l'objet d'un remboursement à partir du 1^{er} janvier 2013, pour les patients de moins de 10 ans, quelle que soit la prestation logopédique. Des séances de 30 minutes remplaceront, dans la pratique, les séances de 60 minutes.

e. Hôpitaux et établissements de soins

PROGRAMME DE REVALIDATION ONCOLOGIQUE

Un programme de recherche destiné à créer un programme multidisciplinaire uniforme de revalidation oncologique associant exercices physiques et psycho éducation a été lancé dans 7 hôpitaux pour les femmes atteintes d'un cancer du sein (post-thérapie). L'arrêté royal du 26 mai 2012 inscrit le financement de ce programme dans la réglementation depuis le 1^{er} mai 2011.

Le programme est basé sur des programmes de rééducation fonctionnelle existants. Il vise l'amélioration de la qualité de vie et la réinsertion, à l'aide d'exercices physiques et d'un accompagnement en matière de style de vie, de femmes souffrant d'un cancer du sein soignées par un traitement adjuvant. Les manuels pour le dispensateur de soins et la patiente ont été mis au point. L'étape suivante du projet consiste à vérifier l'efficacité du programme multidisciplinaire standardisé de révalidation oncologique qui a été élaboré. Finalement, une analyse coût-efficacité sera effectuée.

f. Opticiens

L'arrêté royal du 30 septembre 2012 réécrit de fond en comble le texte de la nomenclature des opticiens: les dispositions des articles 30, 30bis et 30ter sont réunies. Les modifications entrent en vigueur à partir du 1^{er} décembre 2012 et les éléments principaux en sont les suivants:

- le délai de renouvellement des verres de lunettes à dioptrie élevée (> 8 dioptrie) est abaissé pour les bénéficiaires de moins de 18 ans
- l'assurance soins de santé intervient dans les verres de lunettes bifocaux et multifocaux ayant une puissance inférieure à 8,25 dioptrie pour les personnes de moins de 18 ans
- outre le remboursement des verres de lunettes minéraux, les bénéficiaires ont également droit à partir de leur 65^e anniversaire au remboursement des verres de lunettes organiques bifocaux et multifocaux
- les clips et surlunettes avec filtre médical et teinte fixe font l'objet d'un remboursement
- les lentilles de contact spécifiques en cas d'irrégularités de la cornée sont remboursées
- le délai de renouvellement pour les lentilles de contact est abaissé. Pour les lentilles rigides et les lentilles optiques sclérales, le délai passe de 5 ans à 3 ans, pour les lentilles souples, il passe de 3 ans à 1 an
- le bénéficiaire a droit chaque année à un forfait pour l'entretien d'une prothèse oculaire
- l'obturateur avec micropores peut désormais être renouvelé au maximum 3 fois pour le bénéficiaire jusqu'à son 18^e anniversaire, au lieu d'1 seule fois
- les personnes souffrant d'une diplopie et d'un trouble oculaire inférieur à 8,25 dioptrie ont droit à un forfait pour un prisme optique taillé dans un verre de lunettes.

Le modèle de prescription pour les prestations de l'article 30 est fixé par le règlement du 22 octobre 2012, d'application à partir du 1^{er} décembre 2012. Le règlement du 17 décembre 2012 permet encore aux ophtalmologues d'utiliser leur propre formulaire jusqu'au 1^{er} février 2013.

g. Audiciens

L'arrêté royal du 22 octobre 2012 modifie la nomenclature des acousticiens à partir du 1^{er} décembre 2012:

- le remboursement des appareils auditifs est amélioré par une extension des conditions de remboursement à certains groupes de personnes ayant une perte auditive de moins de 40 dB. Il s'agit d'enfants souffrant de problèmes du langage et/ou de la parole et d'adultes présentant un audiogramme atypique
- le remboursement pour les appareillages controlatéraux est étendu
- les bénéficiaires qui, pour des raisons médicales, doivent passer d'un appareillage à conduction aérienne à un appareil à conduction osseuse ou inversement peuvent renouveler leurs appareils auditifs avant l'échéance du délai de renouvellement
- les procédures administratives sont explicitées
- un questionnaire standardisé (COSI) est introduit afin d'augmenter la satisfaction du patient.

L'arrêté royal du 19 novembre 2012 adapte le ticket modérateur à charge du patient, en vertu de la nomenclature modifiée. L'arrêté royal fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations d'audiciens est modifié.

Le règlement du 12 novembre 2012 modernise les formulaires conformément à la nouvelle nomenclature.

h. Implants

NEUROCHIRURGIE

À partir du 12 juillet 2012, l'assurance soins de santé rembourse la prothèse d'os du crâne sur mesure, suite à l'arrêté royal du 3 juillet 2012. Auparavant, le Fonds spécial de solidarité remboursait les implants sur mesure pour la cranioplastie.

RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Enfin, une règle interprétative du 5 mars 2012 avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2010 permet le remboursement de l'extraction préventive de prothèses mammaires "PIP". Cette intervention est octroyée suite aux recommandations du Conseil supérieur de la santé du SPF Santé publique quant à la nécessité d'enlever d'urgence toutes les prothèses déchirées de ce type et de retirer non pas d'urgence mais bien dans un délai raisonnable les prothèses non déchirées. En effet, le risque que ces prothèses se déchirent est anormalement élevé.

i. Prestations pharmaceutiques

PRESCRIPTIONS EN DCI

En cas de délivrance dans une pharmacie ouverte au public d'une spécialité pharmaceutique prescrite en DCI, la spécialité délivrée n'est remboursable que si elle appartient au groupe des spécialités les moins chères, en application de l'arrêté royal du 12 mars 2012. Le groupe des spécialités les moins chères comporte chaque fois la spécialité la moins chère (compte tenu du principe actif, du dosage et de la taille du conditionnement) et toutes les spécialités qui sont relativement plus onéreuses de maximum 5% (à nouveau compte tenu du principe actif, du dosage et de la taille du conditionnement).

Un arrêté royal supplémentaire du 12 juin 2012 garantit que ce groupe contient au minimum 3 spécialités, pour le cas où aucune autre spécialité ne se trouverait dans la fourchette des 5%. Cette disposition permet d'assurer que, en cas d'indisponibilité de l'option la moins chère, il y ait toujours, pour l'exécution d'une telle prescription par le pharmacien, au moins une spécialité disponible correspondant à la prescription et répondant à toutes les conditions pour pouvoir être remboursée.

MÉDICAMENTS LES MOINS CHERS

Dans le cas d'une prescription en DCI, le pharmacien est obligé, à partir du 1^{er} avril 2012, de délivrer une spécialité pharmaceutique qui fait partie du **groupe des médicaments "les moins chers"**. Un arrêté royal du 5 novembre 2012 apporte des précisions dans les dispositions qui identifient et font connaître ce groupe de médicaments. Ces précisions entrent en vigueur le 20 novembre 2012.

○ Indisponibilité

Si des spécialités pharmaceutiques qui ont été désignées comme les médicaments les moins chers ne sont pas disponibles dans le commerce, le pharmacien peut délivrer un autre médicament disponible (le moins cher possible et remboursable) en dehors du groupe des "médicaments les moins chers". Cela doit être indiqué et il y a lieu de mentionner sur la prescription qu'il s'agit d'une indisponibilité.

○ Statut de “médicaments les moins chers”

La version provisoire du tableau indiquant si une spécialité pharmaceutique fait partie ou non du groupe des “médicaments les moins chers”, est publiée 6 semaines à l'avance par le Service des soins de santé. Cette version provisoire donne, par groupe, la valeur la plus élevée pour la base de remboursement permettant encore d'appartenir au groupe des “médicaments les moins chers”. Les firmes ont encore la possibilité d'introduire des diminutions volontaires de prix jusqu'au dernier jour ouvrable du mois et ce, via une procédure accélérée, pour pouvoir faire partie du groupe des “médicaments les moins chers”.

j. Dispositifs médicaux

OXYGÉNOTHÉRAPIE

La loi-programme du 29 mars 2012 fixe la base légale pour la réforme de la réglementation en matière d'oxygénothérapie. Cette réforme se compose de trois volets : remboursement du matériel, remboursement de l'oxygène gazeux et suivi des patients chroniques via des conventions.

La nouvelle réglementation entre en vigueur le 1^{er} juillet 2012. Une distinction est faite entre les patients traités par oxygénothérapie chronique et les patients présentant une hypoxémie aiguë.

○ Patients chroniques

Les patients qui ont besoin d'une oxygénothérapie chronique seront dirigés par leur médecin généraliste vers un service de pneumologie/pédiatrie hospitalier. Si après un examen, un traitement chronique est conseillé, le patient reçoit de l'oxygène à domicile via une convention conclue avec l'hôpital. Les patients qui suivent déjà un traitement de longue durée prescrit par leur médecin généraliste doivent se rendre chez un pneumologue à l'hôpital pour faire un bilan sur leur besoin en oxygène et sur le matériel le plus adapté à leur situation personnelle.

Les modifications prévoient également le remboursement de nouvelles techniques : oxyconcentrateurs mobiles et oxyconcentrateurs avec compresseur. Ces techniques permettent au patient de se déplacer plus librement.

En tout cas, la continuité des soins est garantie. Le médecin généraliste peut demander un remboursement temporaire pour 3 mois en attendant que le patient obtienne un rendez-vous avec le pneumologue pour démarrer ou poursuivre un traitement.

○ Patients présentant une hypoxémie aiguë

Les patients qui souffrent d'hypoxémie aiguë peuvent obtenir l'oxygène en pharmacie sur prescription du médecin généraliste ou spécialiste.

Trois situations peuvent se présenter :

- les patients souffrant d'hypoxémie aiguë diagnostiquée par le médecin bénéficient d'un remboursement pour maximum 3 périodes par an avec un maximum d'1 mois par période après examen médical et autorisation du médecin-conseil de la mutualité, et ce, aussi bien pour l'oxygène gazeux que pour un oxyconcentrateur. Cette disposition s'applique à partir du 1^{er} octobre 2012 aux nouveaux patients ainsi qu'aux patients qui ont déjà reçu un remboursement au cours des mois précédents (A.M. du 27.12.2012)
- les patients palliatifs souffrant d'hypoxémie bénéficient d'un remboursement sans aucune restriction de leur traitement par oxygénothérapie (oxygène gazeux ou oxyconcentrateur). Le médecin généraliste doit informer la mutualité du statut palliatif du patient
- les patients souffrant de “cluster headache” bénéficient d'un remboursement si un rapport d'un neurologue, d'un neurochirurgien ou d'un neuropsychiatre confirme le diagnostic, et après autorisation du médecin-conseil de la mutualité.

RADIO-ISOTOPES

La loi du 27 décembre 2012 modifie la procédure de remboursement pour les radio-isotopes qui présente désormais de nombreuses similitudes avec la procédure de remboursement des médicaments.

Concrètement, cela signifie que les radio-isotopes sont inscrits dans une liste de spécialités remboursables après évaluation d'un dossier de demande par le Conseil technique des radio-isotopes, dans un délai déterminé.

Les modifications sont les suivantes :

- l'ancienne procédure de l'article 35, § 2^{ter}, est simplifiée : le Comité de l'assurance ne doit plus transmettre la liste avec les propositions de nomenclature. Afin de permettre une adaptation aisée de la liste, celle-ci peut, sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, être adaptée par le Ministre sans passer par le Comité de l'assurance
- l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux n'est plus obligatoire
- la liste doit être transmise tous les 3 mois à la Commission de contrôle budgétaire
- les produits radioactifs ou les produits fabriqués radioactivement et faisant partie d'autres catégories de prestations de santé peuvent être assimilés par arrêté royal à des radio-isotopes remboursables
- la firme qui demande le remboursement d'un produit radiopharmaceutique est tenue d'approvisionner le marché. De cette obligation découle également une obligation d'information pour les fournisseurs. Si le marché ne peut pas être approvisionné, la conséquence de cette obligation est la suppression d'office de la liste des produits remboursables.

III. Indemnités

1. Incapacité de travail des travailleurs salariés

a. Autorisation de reprise du travail

La loi du 4 juillet 2012 prévoyait déjà que, à partir d'une date d'entrée en vigueur à déterminer par le Roi, le titulaire en incapacité de travail qui souhaitait reprendre partiellement une activité et conserver la reconnaissance de son incapacité de travail, pouvait également obtenir sous certaines conditions, l'autorisation du médecin-conseil de son organisme assureur après la reprise du travail.

À partir du 9 avril 2012, la loi du 29 mars 2012 prévoit :

- qu'un arrêté royal déterminera sous quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités pourront tout de même être accordées pour la période qui précède la décision du médecin-conseil de l'organisme assureur
- que la décision visant à refuser l'autorisation de reprise du travail ou à mettre fin à l'incapacité de travail parce que le titulaire ne conserve pas une réduction de sa capacité d'au moins 50 % sur le plan médical, ne peut produire ses effets qu'à partir du lendemain de la date d'envoi ou de la remise de la décision au titulaire.

b. Réadaptation professionnelle

La loi-programme du 29 mars 2012 prévoit, à partir du 1^{er} septembre 2011, une augmentation du montant des incitants octroyés aux titulaires en incapacité de travail qui suivent un programme de réadaptation professionnelle approuvé par le Conseil médical de l'invalidité. Cette augmentation a pour objectif d'inciter les titulaires en incapacité de travail à entamer un programme de réadaptation professionnelle et à le terminer complètement et fait donc partie du processus de réinsertion dans le milieu professionnel.

Le montant de la prime passe de 1 EUR à 5 EUR par heure de formation suivie, et le montant de l'intervention forfaitaire pour le titulaire qui termine avec succès un programme de réadaptation professionnelle passe de 250 EUR à 500 EUR.

2. Travailleurs indépendants

Indemnité de maternité et allocation d'adoption

La période de repos de maternité pour les travailleuses indépendantes et les conjointes aidantes est à l'heure actuelle de 8 semaines maximum (9 semaines en cas de naissance multiple), dont 3 semaines sont obligatoires (1 semaine avant la date présumée de l'accouchement et une période de 2 semaines qui prend cours le jour de l'accouchement).

Le montant de l'indemnité de maternité octroyée à la travailleuse indépendante est un montant forfaitaire lié à l'indice-pivot. L'arrêté royal du 20 juin 2012 prévoit une augmentation de ce montant, qui passe de 308,22 EUR à 333,84 EUR au 1^{er} juillet 2012. Tenant compte de l'indice-pivot, l'assurée reçoit une indemnité de 431,86 EUR pour chaque semaine de repos de maternité prise.

Étant donné que depuis le 1^{er} août 2009, le montant de l'allocation d'adoption est égal au montant de l'indemnité de maternité, cette augmentation s'applique également à l'allocation d'adoption octroyée pour chaque semaine de congé d'adoption prise. Le titulaire indépendant a droit à maximum :

- 6 semaines de congé d'adoption si, au début du congé d'adoption, l'enfant n'a pas encore atteint l'âge de 3 ans
- 4 semaines, si l'enfant est âgé de 3 à 8 ans. En outre, si l'enfant adopté est atteint d'une incapacité physique ou mentale grave, cette durée maximale est doublée (arrêté royal du 20 juillet 2012).

3. Indemnité pour frais funéraires

La loi-programme du 27 décembre 2012 supprime l'indemnité forfaitaire pour frais funéraires de 148,74 EUR pour les décès qui surviennent à partir du 1^{er} janvier 2013. Cette indemnité était payée à condition que la personne décédée réponde à une des conditions suivantes :

- avoir été titulaire dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés
- avoir été travailleur salarié ayant droit à une pension de retraite
- avoir bénéficié d'une pension de retraite ou d'invalidité en tant qu'ouvrier mineur.

Une condition supplémentaire s'appliquait au titulaire d'une pension de retraite: le jour de son décès, il devait pouvoir prétendre aux prestations de santé en tant que titulaire.

Cette indemnité était octroyée aux personnes qui avaient réellement supporté les frais funéraires. L'entrepreneur de pompes funèbres (sauf s'il était le conjoint, un parent ou allié jusqu'au troisième degré de la personne décédée) et la/les personne(s) juridique(s) de droit privé qui avaient supporté en tout ou en partie les frais funéraires en vertu d'un contrat d'assurance, n'étaient jamais considérés comme de telles personnes.

IV. Évaluation et contrôle médicaux

Les lois du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses ((I) et (II)) et la loi du 15 février 2012 apportent quelques modifications aux dispositions de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI) en ce qui concerne :

- le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)
- les litiges réglés par les organes du contentieux au sein dudit Service
- les organes eux-mêmes.

La loi du 15 février 2012 entre en vigueur le 18 mars 2012, les lois portant des dispositions diverses ((I) et (II)), le 9 avril 2012.

1. Obligations des dispensateurs de soins

L'article 73bis, qui définit un certain nombre d'infractions administratives, est modifié afin de souligner que :

- par "documents réglementaires", il y a lieu d'entendre les documents permettant le remboursement des prestations de santé (art. 73bis, 1^o)
- les prestations de santé doivent être conformes à la loi SSI, à ses arrêtés et règlements d'exécution ou aux conventions et accords conclus en vertu de cette loi (art. 73bis, 2^o).

L'infraction administrative existante visée à l'article 73bis, 7^o, qui consiste à "commettre des manquements relatifs aux formalités strictement administratives", a été reformulée et harmonisée d'un point de vue terminologique avec les autres parties de l'article 73bis. L'obligation d'avertissement préalable a été abrogée parce que les inspecteurs sociaux ont déjà une compétence d'appréciation leur permettant de donner un avertissement au lieu de rédiger systématiquement un procès-verbal de constatation (voir article 21 du Code pénal social).

2. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux

L'article 139, qui fixe les missions du SECM, a été modifié afin d'assurer la concordance :

- entre l'article 73bis, 2^o, et l'article 139, alinéa 2, 3^o. La mission du SECM consiste à contrôler les prestations de soins de santé au niveau de la réalité et de la conformité avec les dispositions de la loi SSI, de ses arrêtés et règlements d'exécution ou des conventions et accords conclus en vertu de cette loi
- entre l'article 143, qui définit la compétence du Fonctionnaire dirigeant en tant qu'organe du contentieux, et l'article 139, alinéa 2, 5^o, qui définit la mission du SECM. Vu qu'en vertu de l'article 143, le Fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui prend connaissance de et se prononce sur des litiges s'il est satisfait à certaines conditions, le Service doit également être chargé de l'exécution des décisions prises par ce fonctionnaire désigné.

3. L'article 169 de la loi SSI et les procès-verbaux des inspecteurs sociaux

- L'article 169 de la loi SSI a été modifié une première fois par la loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social. La loi du 15 février 2012 a modifié une nouvelle fois cet article. Concrètement, cette modification implique que :

- les infractions aux dispositions de la loi SSI, à ses arrêtés et règlements d'exécution, sont recherchées et constatées conformément au Code pénal social
- ces infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définies à l'article 2, n, poursuivies conformément aux articles 73, 73bis, 138 à 140, 142 à 146bis, 150, 156, 157, 164 et 174.
- Suite à l'entrée en vigueur du Code pénal social le 1^{er} juillet 2011, l'article 142 § 2 de la loi SSI fait désormais également expressément référence aux dispositions de l'article 64 du Code pénal social pour ce qui concerne le contenu, la notification et la force probante des procès-verbaux de constatation d'une infraction.

4. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours

Les Chambres de première instance ont, à l'instar des Chambres de recours, une compétence de pleine juridiction, aussi bien pour les recours contre les décisions prises par le Fonctionnaire dirigeant, que pour les affaires dont elles sont directement saisies.

Les règles du Code judiciaire pour la liquidation des frais et indemnités de procédure ne s'appliquent pas aux procédures devant les juridictions administratives installées auprès du SECM.

Le fonctionnaire désigné par le Fonctionnaire dirigeant peut désormais saisir la Chambre de première instance, interjeter appel contre des décisions de la Chambre de première instance ou former un recours en cassation administrative contre des décisions de la Chambre de recours.

5. La compétence du Fonctionnaire dirigeant

Les critères qui définissent la compétence du Fonctionnaire dirigeant (ou du fonctionnaire désigné par lui) sont élargis, le but étant de réduire l'arriéré accumulé dans le traitement des dossiers.

L'application simultanée des critères "indices de manœuvres frauduleuses" et "antécédents dans les 5 ans qui précèdent le constat d'infraction", pouvait avoir pour effet qu'un dossier dans lequel l'indu était inférieur à 25.000 EUR, par exemple quand la totalité ou une partie de l'indu avait déjà été remboursée, devait être transmis par le Fonctionnaire dirigeant à la Chambre de première instance. En outre, le critère "indices de manœuvres frauduleuses" n'avait pas été défini et était difficilement applicable dans la pratique.

Désormais, la compétence du Fonctionnaire dirigeant (ou du fonctionnaire désigné par lui) est définie par un seul critère, à savoir la valeur des prestations litigieuses, qui doit être inférieure à 25.000 EUR.

La loi précise dorénavant également que les dossiers qui relèvent de la compétence du Fonctionnaire dirigeant ou du fonctionnaire désigné par lui, sont introduits par l'invitation à communiquer les moyens de défense.

6. Les décisions du Fonctionnaire dirigeant et des juridictions administratives

Les mêmes lois ont précisé/complété certaines dispositions.

- Les procédures selon lesquelles les délais de paiement peuvent être demandés et accordés ont été précisées. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.
- L'article 156 § 1^{er}, alinéa 2 de la loi SSI, stipulait déjà que les sommes produisent de plein droit des intérêts au taux légal. Il est désormais précisé que par "intérêts au taux légal", il y a lieu d'entendre : taux d'intérêt légal en matière sociale, comme à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt. Le même article stipulait en outre que les intérêts étaient dus à partir du jour suivant la date de la décision. Il est désormais précisé que ces intérêts sont dus à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision.
- Le point de départ du délai de recours pour les recours contre des décisions du Fonctionnaire dirigeant près les Chambres de première instance, est adapté. Par analogie avec l'article 53bis du Code judiciaire, le délai de recours court à partir du premier jour ouvrable qui suit celui où l'envoi recommandé avec accusé de réception a été présenté au domicile du destinataire, ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu.
- C'est dans la notification des décisions du Fonctionnaire dirigeant, et donc plus dans la décision elle-même, que doit apparaître la mention des voies de recours possibles. De la sorte, la notification des décisions du Fonctionnaire dirigeant suit les règles qui s'appliquaient déjà aux décisions des Chambres de première instance et des Chambres de recours.
- Le Fonctionnaire dirigeant peut également désigner un fonctionnaire pour accomplir certains actes et prononcer une décision. Dans la logique de la réglementation existante, cela implique que ce fonctionnaire désigné doit avoir la compétence de décider si l'amende administrative est infligée en tout ou en partie avec un sursis.
- Seules les décisions définitives du Fonctionnaire dirigeant ou des juridictions administratives doivent désormais être publiées sur le site web de l'INAMI.
- Les décisions du Fonctionnaire dirigeant ou des juridictions administratives en vue de récupérer des montants ou d'infliger des amendes, bénéficient du privilège prévu à l'article 19, alinéa 1^{er}, 4^o, de la loi hypothécaire du 16 décembre 1851 et ce, par analogie avec la récupération, par le Service du contrôle administratif, de prestations indûment payées.

7. Prescription

Le délai de prescription visé à l'article 174, 6^o, de la loi SSI n'est pas applicable aux procédures de récupération instituées par le SECM à l'encontre d'un dispensateur de soins. Les dispositions du droit commun sont applicables en l'espèce (art. 2262bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er} du Code civil).

V. Contrôle administratif

Récupération de prestations indûment payées

Quand des indemnités ou des prestations de soins de santé ont été indûment payées, les organismes assureurs (mutualités) sont tenus de récupérer les montants indus en vertu de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI), dans le délai fixé à l'article 326, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Soit l'organisme assureur obtient le remboursement, soit il ne l'obtient pas.

L'article 327, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit que les montants des prestations payées indûment non encore récupérés sont amortis par leur inscription en frais d'administration dans les 3 mois qui suivent l'expiration des délais fixés à l'article 326.

Si l'organisme assureur n'a pas obtenu la récupération, mais que la procédure de récupération a été menée en "bon père de famille", c.-à-d. que tous les moyens nécessaires ont été mis en œuvre, le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut dispenser l'organisme assureur d'inscrire le montant en frais d'administration, conformément à l'article 327, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI.

L'arrêté royal du 30 septembre 2012 a apporté 3 modifications importantes :

- la notion de "prolongation" a été supprimée et les motifs de suspension du délai de récupération de 2 ans ont été actualisés et rendus plus cohérents
- le délai dans lequel les mutualités peuvent introduire une demande auprès du Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI à l'expiration du délai de récupération a été prolongé de 3 à 6 mois
- le seuil pour introduire une demande auprès du Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif a été porté de 300 EUR à 600 EUR.



4^e Partie

Exposés thématiques



Le rapport “Performance de la médecine générale” répond à l’engagement de l’article 11 du contrat d’administration de l’INAMI 2010-2012, visant en particulier à établir un “balanced scorecard” (BSC) pour la médecine générale¹.

“Par le biais de cet article, l’INAMI souhaite développer une stratégie d’information intégrée à l’attention des dispensateurs de soins. Celle-ci a pour but d’inciter les professionnels inscrits à l’INAMI à la réflexion concernant leur performance (en tant que groupe et en tant qu’individu).”

Ce BSC veut donner une image globale des indicateurs de santé, ciblé sur la médecine générale. À l’aide de certains indicateurs clés, il sera dès lors possible de suivre périodiquement l’évolution de la situation dans la médecine générale.

Plusieurs domaines sont couverts:

- les moyens (p.ex. suivi des dépenses générées par les médecins généralistes)
- l’activité de production (p.ex. nombre de patients avec un médecin attitré par habitant chez le médecin généraliste)
- l’apprentissage (p.ex. pourcentage de DMG par médecin)
- le patient (p.ex. pourcentage de vaccins contre la grippe chez les patients âgés).

Ce rapport a pu être réalisé grâce à la collaboration intensive des experts du Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ), de son groupe “Médecine générale” épaulé par de nombreux experts bénévoles impliqués en médecine générale.

¹ Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Health Services Research (HSR). Bruxelles: institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI). 2012. D/2012/0401/11

I. Médecine générale en Belgique : forces et faiblesses



Ce rapport a fait l'objet d'une publication en 2012 sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Etudes & recherches.

L'objectif de cet exposé thématique est de résumer cette performance en soulignant ses forces et ses faiblesses.

Les conclusions principales sont :

- la grande satisfaction de la population
- une bonne accessibilité
- le rôle central du généraliste.

Des faiblesses sont notées dans les domaines de :

- l'assurance qualité
- la pérennité du système.

Des pistes de solutions sont tracées afin de maintenir le socle du système de santé que constitue aujourd'hui la médecine générale.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
BSC	Balanced scorecard
CHF	Congestive heart failure (insuffisance cardiaque congestive)
CNPQ	Conseil national de la promotion de la qualité
DMG	Dossier médical global
DMI	Dossier médical informatisé
ETP	Equivalent temps plein
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
M.G	Médecin généraliste
M.M.	Maison médicale
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
mSv	Millisievert
TSH	Thyroid stimulating hormone (thyroïdostimuline)

1. Introduction

En juillet 2012, l'INAMI a publié une brochure sur la performance de la médecine générale en Belgique, réalisée sous l'égide du Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ), à l'intention des décideurs et des médecins généralistes. L'objectif de cet exposé thématique est d'en signaler les points clés et d'en tracer les pistes d'amélioration.

2. Concept et méthode

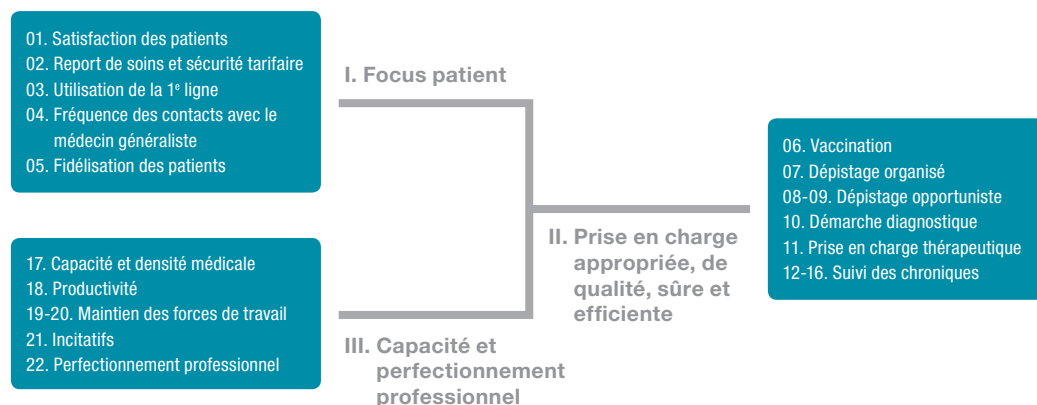
Pour garantir et maintenir une médecine générale performante en Belgique, celle-ci doit être :

- accessible
- acceptable
- exercée par des médecins généralistes :
 - qualifiés
 - ouverts aux évolutions de la médecine moderne
 - sensibles à la multidisciplinarité et la gestion informatisée de l'information
 - ayant le souci de la pérennité du système.

L'équilibre entre ces concepts est schématisé sous forme d'un “balanced scorecard” en 3 axes qui mettent l'accent sur 3 exigences principales :

- une réponse durable aux besoins de santé et de proximité de la population (focus patient)
- une prise en charge appropriée, de qualité, sûre et efficiente
- une capacité suffisante de médecins généralistes engagés.

Graphique 1 – Cadre conceptuel de la performance en médecine générale: 3 axes divisés en 22 thématiques



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

Chacun des axes sous-entend les valeurs du système :

- l'axe “focus patient” : accessibilité géographique et financière, satisfaction du patient vis-à-vis du système proposé, continuité et complémentarité des soins
- l'axe “prise en charge” : soins appropriés, efficaces, de qualité et sûrs
- l'axe “capacité et perfectionnement professionnel” : nombre adéquat de médecins, compétents et motivés.

Chacun des 3 axes est divisé en thématiques que les experts médecins généralistes consultés ont jugées importantes ou prioritaires. Un nombre limité d'indicateurs évalue chacune de ces 22 thématiques. Ces indicateurs¹ sont sélectionnés sur base des indicateurs identifiés dans les rapports du centre d'expertise des soins de santé (KCE) et de NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).

¹ Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Bourgeois, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlick, D.R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilson, A., Windak, A. The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice, vol. 11, 2010, no. 81.

3. Résultats

a. La médecine générale répond-elle aux besoins de santé et de proximité de la population ?

Plusieurs thématiques ont été évaluées afin de répondre à cette question :

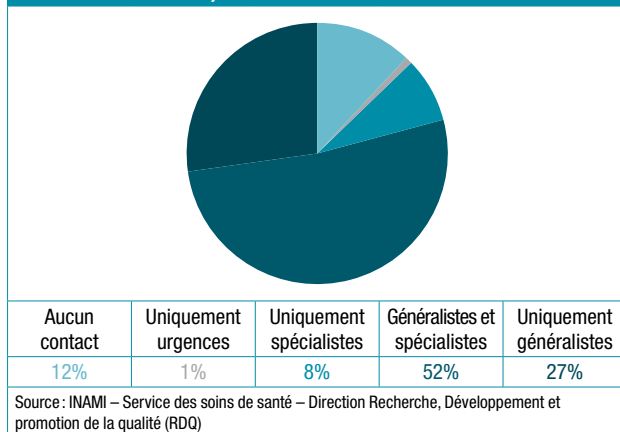
- taux de satisfaction des patients vis-à-vis des médecins généralistes
- report de soins, accessibilité financière et sécurité tarifaire
- taux de fréquentation et types de contacts chez le médecin généraliste
- utilisation de la première ligne de soins
- fidélisation des patients chez le médecin généraliste.

En résumé, la population semble satisfaite de son médecin généraliste (95% de la population est satisfaite).

La participation financière directe des assurés aux dépenses de santé ne semble pas être une barrière à l'accès. On ne constate pas de différence de consommation selon les types d'assurés depuis que les indépendants sont couverts également pour les "petits risques". Il convient toutefois de s'assurer que la sécurité tarifaire existe bien dans les zones où la densité de médecins conventionnés est plus faible et d'analyser les raisons de report de soins déclarés.

La population privilégie le contact avec le médecin généraliste (consultation ou visite). En effet, 95% des assurés qui ont un contact ambulatoire avec un médecin, ont un contact avec un médecin généraliste.

Graphique 2 - Pourcentage d'assurés selon le type de contact ambulatoire (consultation ou visite) - 2008



79% des assurés ont été chez un généraliste en 2008.

90% des assurés ont été chez un généraliste entre 2006 et 2008.

Rares sont les patients qui consultent uniquement le spécialiste, quels que soient la catégorie d'assurés, le sexe, l'âge, la région ou la province.

Toutefois, plusieurs signes témoignent d'un déficit d'accès à Bruxelles.

La fidélisation chez le médecin généraliste matérialisée par un dossier médical global (DMG) s'élève à 46% en 2009. La couverture est plus importante chez les personnes âgées (78% chez les plus de 75 ans) et chez les femmes (50%). Le taux de couverture augmente dans les 3 régions du pays pour toutes les catégories de bénéficiaires. Cependant, avec un taux 2 fois moins important qu'en Flandre, la Wallonie et Bruxelles accusent un retard important.

Pourtant, le DMG semble un facteur positif de structuration de la première ligne de soins et de l'utilisation des soins spécialisés.

Pour les patients qui ont au moins un contact dans l'année avec les services ambulatoires, le fait d'avoir un médecin traitant attitré (identifié par un DMG) :

- augmente :
 - le nombre de contacts totaux (10,47 contre 6,76)
 - le nombre de contacts avec le médecin généraliste (7,42 contre 4,66)
 - le pourcentage de patients qui ont un contact avec le médecin spécialiste (67% contre 54%),
- mais diminue :
 - la fréquence des contacts avec le médecin spécialiste (4,29 contre 4,86)
 - et le recours aux urgences (0,18 contre 0,22).

b. La qualité des soins est-elle correcte en médecine générale ?

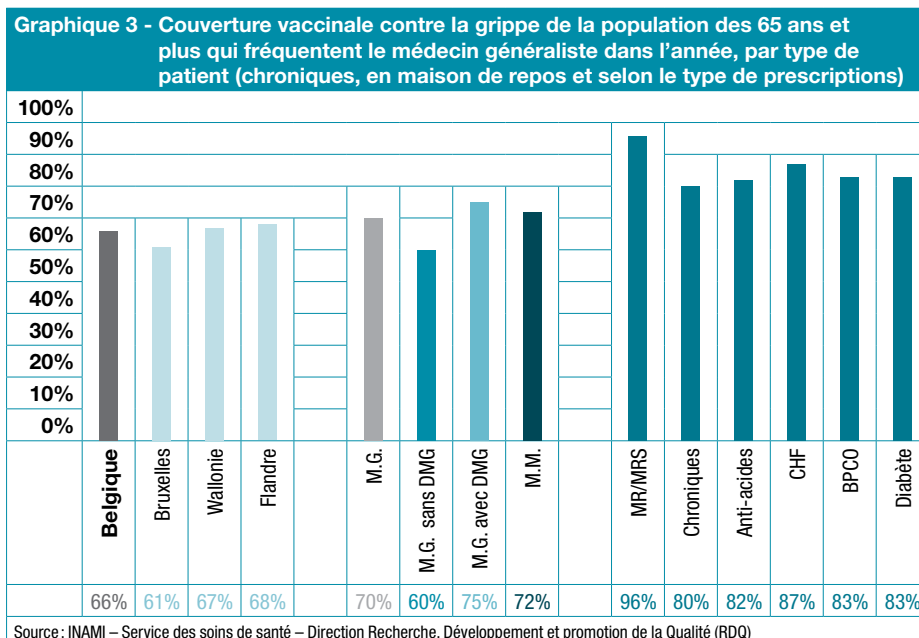
Plusieurs situations concrètes ont été mesurées afin de répondre à cette question :

- prévention
- dépistage
- mise au point diagnostique
- prescription thérapeutique
- suivi des patients chroniques.

Les patients obtiennent des réponses concrètes et efficaces à certaines de leurs attentes, mais globalement la démarche médicale pourrait être plus efficace et surtout plus efficiente (dans la mesure où par exemple, certains examens sont prescrits trop fréquemment en screening).

LES DÉMARCHES PRÉVENTIVES SONT CORRECTEMENT APPLIQUÉES EN CE QUI CONCERNE LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

La couverture est meilleure chez les patients qui consultent le médecin généraliste que dans la population générale (70% en 2008).



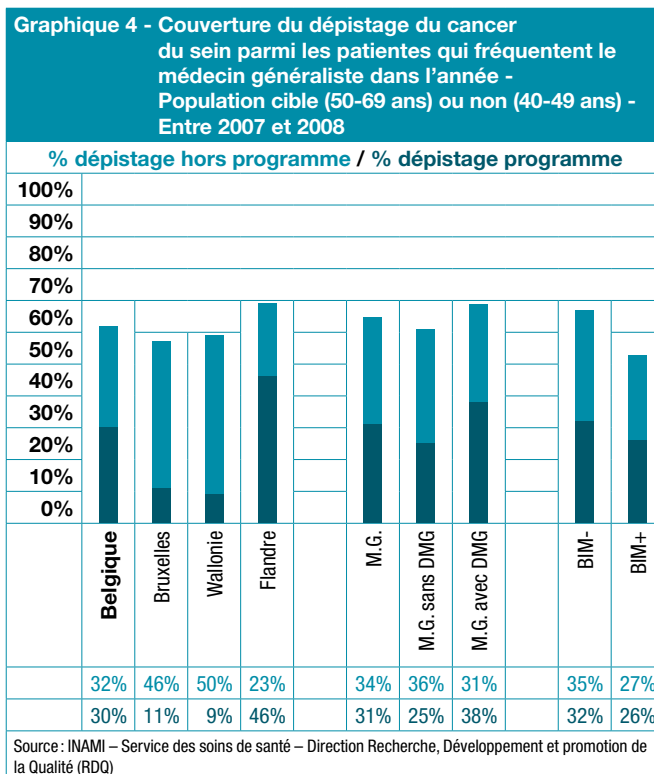
La couverture des patients à risque est également satisfaisante et dépasse 80%, ce qui est très rassurant.

LES DÉMARCHES DE SCREENING POURRAIENT ÊTRE PLUS EFFICACES ET SURTOUT PLUS EFFICIENTES

Le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus ont été sélectionnés pour illustrer cette thématique. Pour ces 2 cancers, le rôle du médecin généraliste est essentiel tant par la sensibilisation des patientes que par une excellente et indispensable collaboration avec les gynécologues.

Les recommandations en vigueur proposent un dépistage pour le sein tous les 2 ans de 50 à 69 ans et pour le col de l'utérus, tous les 3 ans de 25 à 64 ans. En dehors de ces groupes d'âge, le dépistage (en l'absence de tout signe d'appel) est inutile car il entraîne énormément de faux positifs qui vont générer des examens complémentaires parfois nocifs. De même, dépister à une plus grande fréquence est également inutile. C'est pourquoi des programmes officiels de dépistage sont mis en place par les autorités afin d'optimiser le dépistage. Le rôle persuasif du médecin généraliste est donc essentiel.

Les résultats montrent que les patientes qui fréquentent le médecin généraliste ont un niveau de dépistage de 59% pour le cancer du col, de 65% pour le cancer du sein. Mais les femmes de 50 à 69 ans ne sont pas toujours encouragées à suivre les programmes officiels pour le dépistage du cancer du sein (48% seulement du dépistage du cancer du sein se fait par le programme officiel).



Plusieurs indicateurs montrent des signes d'inefficience et de démarches inappropriées. Ainsi par exemple :

- les personnes qui se font dépister, le font à une trop grande fréquence : p. ex., les femmes de 25 à 64 ans qui font un frottis de col, le répètent en moyenne tous les 19 mois ; alors qu'un frottis tous les 36 mois devrait suffire
- les personnes qui ne font pas partie de la population cible sont souvent trop dépistées : p. ex. 36% des femmes de 40 à 49 ans subissent des mammographies.

La mise au point diagnostique est évaluée sur base des prescriptions d'imagerie médicale et de biologie clinique.

LES CONSOMMATIONS D'IMAGERIE ET DE BIOLOGIE OBSERVÉES SONT BIEN AU-DESSUS DE CE QUE L'ON PEUT ATTENDRE SI L'ON SUIT LES RECOMMANDATIONS DU SECTEUR

La consommation inappropriée d'imagerie se mesure en calculant le niveau théorique d'exposition aux rayons ionisants d'origine médicale. Le niveau d'irradiation se mesure en millisievert (mSv). Une dose cumulée de 100 mSv sur 3 ans représente un risque (soit 30 mSv/an). Cette ionisation d'origine médicale est particulièrement importante en Belgique, en particulier à cause de l'utilisation du scanner et des prescriptions d'examen d'imagerie médicale dont la plupart des indications sont tombées en désuétude (p. ex. radio de thorax, de la colonne, du crâne, etc.)

Malgré les recommandations en imagerie médicale (publiées en 2002), qui devraient faire baisser l'irradiation d'origine médicale :

- le pourcentage de patients avec un examen d'imagerie augmente (de 49 à 51% depuis 2006)
- le niveau d'irradiation théorique par patient avec examen augmente (de 4,60 à 5,23 mSv/patient examiné)
- le pourcentage de patients qui ont une dose supérieure à 30 mSv augmente également de 5,4 à 6,4%.

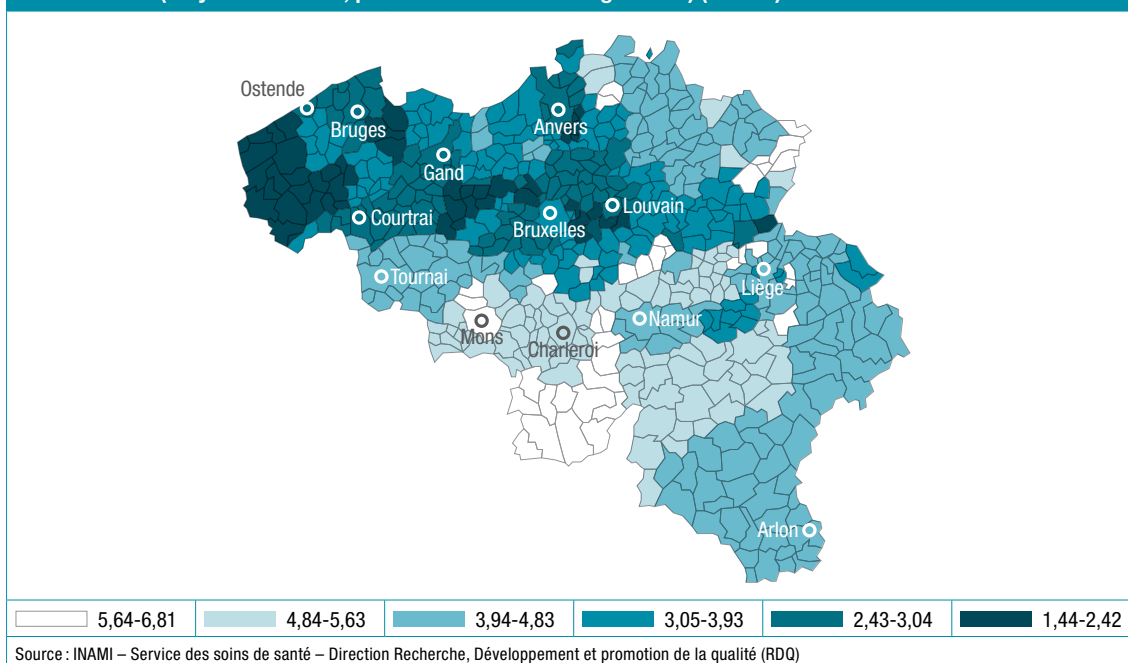
Tableau 1 - Nombre de patients chez le médecin généraliste qui ont une prescription d'imagerie (quel que soit le prescripteur), dose cumulée moyenne annuelle et pourcentage de patients dépassant le seuil de 30 mSv dans l'année (ou 100mSv) - Entre 2006 et 2008

Indicateurs	2006	2007	2008	2006-08
nb patients avec contact M.G.	183.389	185.310	198.596	198.598
% chroniques	7%	7%	7%	7%
% de patients avec RX	49%	50%	51%	78%
doser moyenne cumulée (patient RX+)	4,60	5,01	5,23	9,11
% patients à risque (dose annuelle>30)	5,4%	6,0%	6,4%	0,6%

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

Le médecin généraliste est en partie responsable car, à lui seul, il prescrit près de 25% de l'irradiation totale et 33% de l'irradiation chez les patients ambulants. On observe en outre des différences du simple au double dans le niveau d'irradiation selon les différents arrondissements du pays.

Graphique 5 - Dose cumulée moyenne par patient pour les examens réputés désuets (moyenne en 2008, par cercle de médecine générale) (in mSv)



La situation est similaire en biologie clinique qui est évaluée sur base de la prescription de tests de thyroïde chez les patients qui ne sont pas sous traitement thyroïdien. En effet, le dépistage de troubles de la thyroïde n'est pas recommandé chez le patient asymptomatique, quel que soit son âge ou son sexe.

Chez ces patients qui n'ont aucune prescription de médicaments thyroïdiens, nous observons cependant une croissance régulière d'examens pratiqués en fréquence et en volume, quel que soit l'âge ou le sexe. En 2008, 46,3% seulement des patients qui fréquentent un médecin généraliste n'ont reçu aucun examen de la thyroïde. Sur une période d'observation de 3 ans (2006-2008), à peine 23% des patients n'auront pas d'examens de thyroïde, alors que les indications de mise au point sont réduites (symptômes de fatigue chronique, etc.)

Lorsque l'examen est réalisé, le nombre moyen est de 4,39 sur l'année (alors qu'il est recommandé, en cas de test de vérifier uniquement le dosage de la TSH). Le nombre moyen d'examens demandés est pourtant passé de 4,12 à 4,39 entre 2006 et 2008.

Tableau 2 - Pourcentage de patients chez le médecin généraliste sans examen annuel thyroïdien et nombre moyen d'examens thyroïdiens parmi ceux qui ont une biologie thyroïdienne - Evolution 2006-2008				
Indicateurs	2006	2007	2008	2006-08
% d'assurés sans examen	49%	48%	46%	23%
Chez les assurés avec examen :				
- nombre moyen d'examens thyroïdiens	4,12	4,24	4,39	
- nombre moyen de TSH	0,9	0,93	0,96	

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

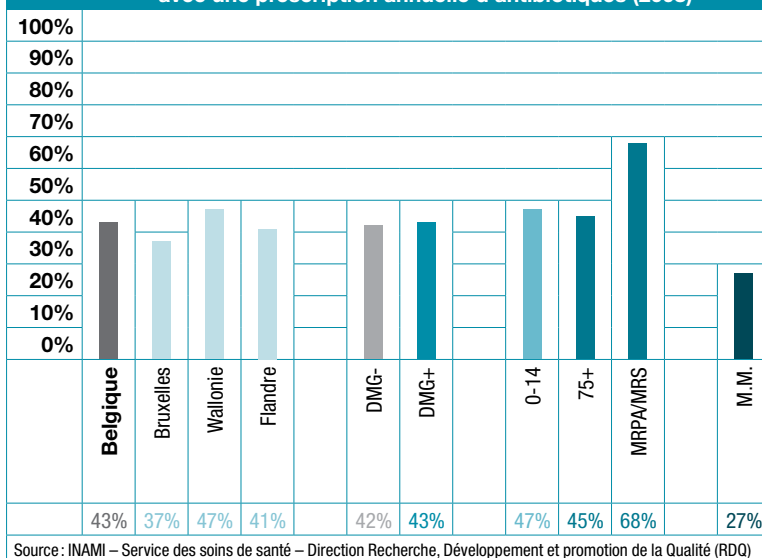
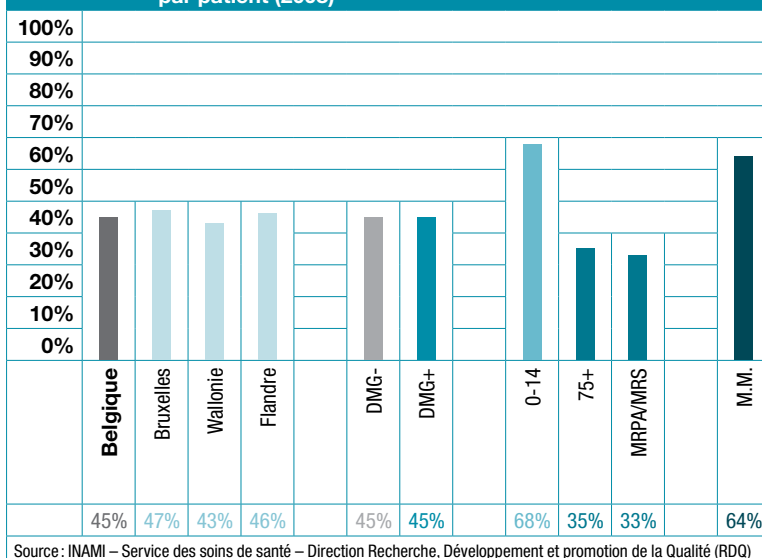
LA PRESCRIPTION THÉRAPEUTIQUE EST ÉVALUÉE SUR BASE DE LA PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES

Depuis le début des années 2000, les autorités sensibilisent la population et les médecins à la problématique de l'antibiorésistance. Les antibiotiques ne doivent être prescrits que lorsqu'ils sont vraiment nécessaires et le choix doit s'orienter de préférence vers les antibiotiques de première intention. Lorsque l'on prescrit, par exemple, de l'amoxicilline, il faut privilégier les conditionnements sans acide clavulanique.

43% des patients qui consultent le médecin généraliste ont au moins une prescription d'antibiotiques dans l'année. Ce chiffre - élevé - est stable depuis 2006.

Le nombre annuel de jours de traitement moyen est en augmentation (23,9 en 2008 contre 21,2 en 2006). De plus, les antibiotiques de première intention ne sont pas particulièrement privilégiés.

On le constate, par exemple, par une prescription très fréquente de l'association amoxicilline-acide clavulanique alors que la prescription d'amoxicilline seule suffit.

Graphique 6 - Pourcentage de patients chez le médecin généraliste avec une prescription annuelle d'antibiotiques (2008)**Graphique 7 - Pourcentage de patients chez le médecin généraliste avec une prescription annuelle d'antibiotiques et ratio amoxicilline/ amoxicilline + acide clavulanique par patient (2008)**

Toutefois, on observe une amélioration légère en matière de prescriptions d'antibiotiques chez les enfants, tant dans la fréquence de prescription qui baisse de 51% à 47% entre 2006 et 2008 que dans l'évolution favorable du ratio amoxicilline versus amoxicilline-acide clavulanique qui augmente de 63% à 68%.

On constate également des prescriptions beaucoup plus fréquentes chez les patients âgés de plus de 75 ans dans les maisons de repos, que chez les plus de 75 ans en général.

En résumé, au risque d'augmenter l'antibiorésistance, les antibiotiques continuent à être très fréquemment prescrits. Ils sont également prescrits de manière non judicieuse, malgré des campagnes de sensibilisation de la population et des prescripteurs. Pourtant, la prescription en maison médicale (M.M.) montre des prescriptions beaucoup plus modérées d'antibiotiques, beaucoup plus en accord avec les recommandations en vigueur.

SUIVI DES PATIENTS CHRONIQUES: PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT DIABÉTIQUE

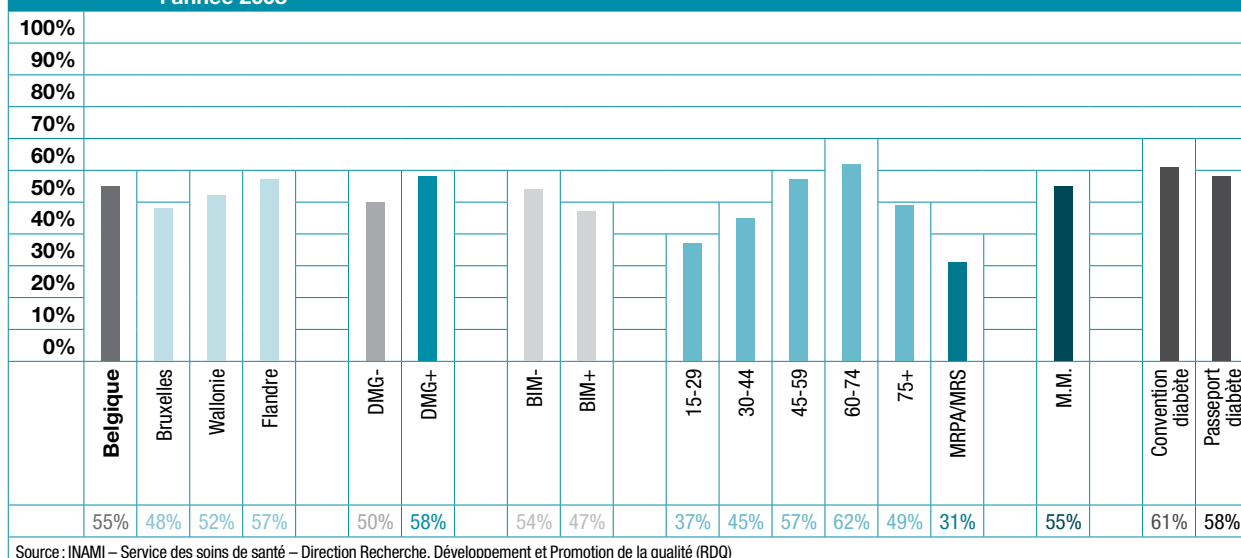
Plusieurs situations permettent d'évaluer la qualité du suivi des patients chroniques, en particulier la prise en charge intégrée et multidisciplinaire du patient diabétique.

Chez un patient diabétique, il est recommandé de suivre au minimum une fois par an, le niveau d'hémoglobine glyquée (HbA1C), la microalbumine et la créatinine. Il est également conseillé de réaliser un fond de l'œil chez l'ophtalmologue tous les ans afin de prévenir les complications oculaires.

En 2008, 55% des patients insulinodépendants ont subi l'ensemble de ces examens. Les résultats sont d'autant moins bons que le patient n'a pas de DMG, que son statut social est plus faible, qu'il est plus jeune, qu'il vit en institution (MRPA/MRS) ou qu'il ne bénéficie pas d'un programme spécial (p.ex. passeport diabète).

Ces résultats, qui ne sont pas très brillants, s'expliquent principalement par le critère de la consultation ophtalmologique : à peine 57% des patients ont eu un contrôle ophtalmique durant les 12 derniers mois. Sur une période de 3 ans, 20% des patients n'ont eu aucune consultation ophtalmologique. La situation est moins favorable encore chez les patients qui ne sont pas sous insuline.

Graphique 8 - Pourcentage de patients diabétiques insulinodépendants chez le médecin généraliste qui ont eu au moins une hémoglobine glyquée, un test de créatinine et une consultation ophtalmologique durant l'année 2008



Bien évidemment, le médecin généraliste n'est pas toujours responsable de la disponibilité ou non de l'ophtalmologue (qui se déplace rarement en maison de repos) ou de la perception de gravité qu'a le patient ou non de sa maladie (cf. le fait que les jeunes vont rarement spontanément chez l'ophtalmologue s'ils n'ont pas de problèmes de vision). Mais soulignons malgré tout ce rôle de première ligne essentiel qu'a le médecin généraliste dans l'éducation du patient vis-à-vis de sa maladie et de sa faculté à se prendre en charge, et le soutien en la matière que constituera l'adhésion aux trajets de soins.

Les démarches de prévention secondaire sont-elles plus en phase avec les recommandations lorsqu'elles n'impliquent pas de tiers ? Chez les patients angoreux, il est recommandé de prescrire des antiagrégants plaquettaires (sauf contre-indication) ainsi que des hypolipidémiants. Une surveillance annuelle des lipides est souhaitable.

La prévention par antiagrégants plaquettaires chez les patients angoreux est satisfaisante (69%), compte tenu du fait qu'une proportion d'entre eux présente des contre-indications. Cependant la surveillance des lipides (69%) et la prévention secondaire d'hypolipidémiants (55%) ne sont pas optimales.

SUIVI DES PATIENTS CHRONIQUES: PRÉCAUTION À LA MISE SOUS TRAITEMENT EN PARTICULIER CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Toutes les précautions et vérifications sont-elles prises au début du traitement chez les patients chroniques ?

Nous analysons cette particularité chez les patients sous antihypertenseurs et en particulier chez les patients qui reçoivent des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ainsi que chez les personnes âgées de plus de 75 ans sous antidiurétiques. Chez les personnes sous IEC et chez les patients âgés sous diurétiques, il est recommandé d'avoir un dosage de la créatinine de préférence dans le mois qui suit le début du traitement.

35% des patients bénéficient des recommandations de dosage de la créatinine tant après initiation des IEC que chez les patients âgés sous diurétiques. La surveillance pourrait être plus rigoureuse.

Tableau 3 - Pourcentage de patients chez le médecin généraliste qui ont un test de créatinine dans le mois qui suit le début du traitement, chez les patients avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion et chez les patients âgés de 75 ans et plus sous diurétique en 2008

Indicateurs	2008
Nombre nouveaux patients sous IEC depuis 3 ans	21.840
% contrôle créatinine après début du traitement	35%
Nombre nouveaux patients > 75 sous diurétique depuis 3 ans	9.460
% contrôle créatinine après début du traitement	34%

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

c. Comment se situe la médecine générale en matière de capacité et d'engagement ?

Les thématiques évaluées sont les suivantes :

- capacité médicale et productivité
- maintien des forces de travail
- incitatifs
- engagement professionnel.

LA PRATIQUE ET LA PRODUCTIVITÉ EST EN TRAIN D'ÉVOLUER FORTEMENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La productivité globale, qui est en croissance régulière depuis 2000, évolue fortement :

- la taille de la patientèle grandit (de 802 patients en 2000 à 1.003 en 2009)
- le nombre annuel de contacts moyens augmente (5.532 à 5.686)
- la fréquence des contacts par patient diminue (6,89 à 5,67)
- la structure de l'activité se déplace vers la consultation au détriment des visites (passant de 40% de visites en 2000 à 29% en 2009)
- de plus en plus de médecins exercent la médecine en groupe (1/4 des ETP).

Selon la catégorie de médecin, on constate une productivité sensiblement différente :

- les médecins plus âgés sont plus enclins à revoir leurs patients et leur rendent visite plus fréquemment
- les médecins plus jeunes et féminins revoient moins souvent leurs patients et ont des contacts de préférence au cabinet de consultation.

Ces résultats sont bien entendu à croiser avec l'âge de la patientèle (qui évolue en parallèle avec celle du médecin).

Tableau 4 - Indicateurs de productivité en médecine générale par catégorie de médecins généralistes (ETP) (2000-2009)

Indicateurs						Classe d'âge médecin					
	2000	2004	2008	2009	Sexe F	65+	35-	35-44	45-54	55-64	65-74
Nombre de M.G. ETP lissé (sauf M.M.)	8.515	8.472	8.336	8.283	2.161	663	500	1.479	2.813	2.829	545
% activité				100%	22%	7%	5%	17%	36%	35%	6%
Total patientèle	802	815	981	1.003	973	768	839	1.015	1.098	986	795
Moyenne DMG	108	353	518	543	461	379	397	530	601	557	399
% DMG/patientèle	13%	43%	53%	54%	47%	49%	47%	52%	55%	56%	50%
Nombre contacts moyen	5.532	5.271	5.512	5.686	5.019	5.072	4.707	5.431	5.996	5.827	5.133
Nombre contacts/patient	6,89	6,47	5,62	5,67	5,16	6,60	5,61	5,35	5,46	5,91	6,46
% visites non urgentes	40%	36%	31%	29%	22%	38%	24%	25%	27%	33%	37%
Total Revenus (en EUR)	74.600	95.980	125.071	135.479	115.468	119.085	111.014	128.805	143.286	139.376	121.026

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

Les pratiques ne sont pas homogènes dans le pays. Le montant des revenus des médecins généralistes entre arrondissements extrêmes peut varier du simple au double, lié à des différences du simple au double pour la taille de la patientèle ou du nombre moyen de contacts. Le poids des visites qui peut varier du simple au triple intervient également. Ces différences, combinées avec une pénétration du DMG très variable, entraîne des différences du simple au triple en termes de revenus moyens.

LES INDICATEURS D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL PERMETTENT DE SAVOIR DANS QUELLE MESURE LES MÉDECINS :

- sont ouverts à l'évaluation, à l'innovation, à la formation continue
- sont impliqués dans la promotion de la profession
- participent à l'organisation collective.

Les médecins généralistes bénéficient de mesures d'encouragement afin de relever les défis de formation continue, d'informatisation et de pratique partagée. Beaucoup de ces initiatives sont récentes et ne peuvent pas encore être correctement étudiées.

Faute de mieux, les indicateurs sélectionnés sont le pourcentage de médecins accrédités et le degré d'informatisation.

Le dispositif de l'accréditation est largement suivi (91%). Il a été complété par un programme d'informatisation (75%) et de mise à disposition de recommandations de bonnes pratiques par les sociétés scientifiques. Ces programmes pénètrent plus facilement chez les jeunes médecins (97% sont accrédités et 89% reçoivent la prime informatique).

D'une manière générale, on constate aussi que Bruxelles et le Sud du pays sont moins prompts à bénéficier de ces incitatifs : 84% de médecins accrédités, 60% demandent la prime informatique, etc.

Tableau 5 - Indicateurs d'engagement professionnel chez les médecins-généralistes (ETP) - 2000-2009

Indicateurs					Sexe F	Classe d'âge médecin					
	2000	2004	2008	2009		65+	35-	35-44	45-54	55-64	65-74
Nombre de M.G. ETP lissé (sauf M.M.)	84%	78%	83%	84%	87%	79%	93%	87%	82%	82%	80%
% conventionnés	89%	90%	92%	91%	93%	86%	97%	90%	92%	92%	89%
% accrédités	77%	73%	79%	80%	83%	63%	92%	85%	79%	78%	67%
% statut social		78%	85%	84%	87%	38%	94%	91%	89%	84%	43%
% inscrits garde		61%	72%	75%	79%	44%	89%	84%	79%	70%	49%
% prime informatique	6%	11%	10%	11%	10%	4%	1%	9%	13%	13%	5%
% maître de stage				27%	41%	11%	64%	41%	22%	19%	11%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et Promotion de la qualité (RDQ)

LA CAPACITÉ EN RESSOURCES HUMAINES, ACTUELLEMENT SUFFISANTE, ATTEINT UN SEUIL CRITIQUE :

- La capacité va se réduire rapidement, sans pouvoir être immédiatement renouvelée, ce qui va probablement modifier fondamentalement la manière d'exercer la médecine générale et, peut-être, poser des problèmes d'accès aux soins. En effet, les médecins généralistes accepteront-ils encore aussi facilement de nouveaux patients ?
- Des incitatifs importants ont permis de revaloriser la profession dans la dernière décennie, mais cela ne semble pas suffisant pour convaincre les nouvelles recrues. De façon générale, on constate qu'une nouvelle génération de médecins apparaît : ceux-ci sont plus enclins à s'engager dans de nouvelles initiatives (accréditation, informatisation, médecine de groupe, etc.), mais ils ne sont pas encore assez nombreux pour remplacer la génération plus âgée. Il faut convaincre les nouveaux diplômés de s'engager rapidement et massivement dans cette voie.

d. En conclusion, que peut-on faire pour maintenir et améliorer la performance de la médecine générale ?

- La pratique de la médecine générale est essentielle pour garantir la santé de proximité. Elle est reconnue comme telle par la population. Le fait d'avoir un médecin généraliste attiré qui gère le dossier médical global est un facteur positif de structuration de la première ligne de soins en ce sens qu'il est la plaque tournante autour de laquelle gravite l'ensemble des autres dispensateurs de soins.

Ce médecin généraliste a pour mission de centraliser toute l'information du patient. Il est une mémoire, une garantie de continuité, il a une fonction de synthèse, un rôle de surveillance des facteurs de risques, une fonction de coordination et de communication des informations. Ces 5 fonctions sont d'ailleurs les fonctions principales que doit remplir un dossier médical informatisé (DMI).

2. La médecine générale est une pratique complexe, touchant la prévention, la sensibilisation au dépistage, la prise en charge des pathologies aiguës, la mise au point et le suivi de malades chroniques. Cette pratique pourrait être plus rigoureuse afin d'être plus efficace et surtout plus efficiente. Au niveau locorégional, une diffusion large de recommandations adaptées à la médecine générale et acceptées par les médecins généralistes pourrait améliorer la situation, de même que les programmes de "formation continue", couplés à une "rétro information" individuelle qui permet au médecin de se situer parmi ses pairs.

Ce n'est toutefois pas suffisant, car le patient est un "client" exigeant et parfois mal informé. Les pouvoirs publics et les mutualités doivent contribuer, à travers une sensibilisation régulière, à assurer une bonne connaissance de la population à l'exemple des campagnes d'information sur la résistance des antibiotiques ou sur le danger que représente une exposition trop importante aux irradiations d'origine médicale.

Les trajets de soins facilitent également l'intégration et la continuité des soins.

Enfin, l'informatisation et des logiciels complétés par des programmes d'aide à la décision régulièrement mis à jour simplifieront la démarche quotidienne de décision, d'évaluation, d'enseignement et de formation continue.

3. En terme de pérennité de la profession, il convient, outre la revalorisation financière, de procurer au médecin généraliste en exercice, la satisfaction d'exercer un métier agréable en favorisant le développement des pratiques de groupe, le soulagement de gardes trop nombreuses ou l'aide administrative en consolidant les programmes mis en place ces dernières années. Ici aussi, l'aide administrative que peut apporter le DMI dans sa fonction de gestion de même que la possibilité de partage de dossier seront d'un apport crucial.



Le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) veut promouvoir la qualité des soins auprès des médecins et soutenir les initiatives d'amélioration de la qualité. Le CNPQ est uniquement composé de médecins, répartis en quatre groupes. Il tente toujours d'arriver à un consensus sur le choix des thèmes prioritaires.

Beaucoup de projets ont été menés ces 10 dernières années. Pensons par exemple aux documents pour le feed-back individuel aux médecins contenant leurs données en matière de prescription et les recommandations s'y rapportant rédigées à partir de la médecine basée sur les preuves (EBM), ou au Quality Award annuel pour les projets de médecins généralistes.

Lors du symposium du CNPQ organisé fin 2012, plusieurs pistes ont été lancées pour moderniser le fonctionnement. Les éléments clés suivants ont été évoqués :

- mieux collaborer
- exploiter les sources de données disponibles dans un souci de qualité
- repenser les parcours de qualité en intégrant les techniques modernes
- associer davantage les médecins spécialistes au fonctionnement du CNPQ
- rendre les avis du CNPQ plus contraignants.

II. 10 ans de Conseil national de promotion de la qualité : bilan et perspectives

1. Le Conseil national de promotion de la qualité : bref aperçu

Le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) souhaite promouvoir la qualité de soins auprès des médecins et soutenir des initiatives en vue d'améliorer la qualité. Ses objectifs sont fixés par arrêté royal¹.

Le 6 décembre 2012, le CNPQ a organisé un symposium à l'occasion de ses 10 ans d'existence. Quelque 150 participants ont fait le bilan de son fonctionnement et ont esquissé de nouvelles perspectives d'avenir.

a. Missions du CNPQ

INFORMER ET FORMER LES MÉDECINS

La mission principale du CNPQ est de désigner les thèmes prioritaires du "peer review" au sein des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM), et des programmes de formation continue visant à améliorer la qualité. Pour ce faire, le CNPQ se base sur l'évidence scientifique (evidence-based medicine - EBM).

 Un **groupe local d'évaluation médicale (GLEM)** se compose d'environ 12 médecins (au minimum 8 et au maximum 25) issus de la même discipline, qui se réunissent sur base volontaire dans le cadre de l'accréditation afin de discuter ensemble, de manière critique, de leur propre pratique autour d'un thème relatif aux soins de santé. Ils se réunissent plusieurs fois par an. L'accent est mis sur l'échange interactif de connaissances et d'expériences entre confrères, dans un processus d'apprentissage ouvert et dynamique visant à améliorer la qualité.

 Le **peer review** est l'évaluation du travail accompli (en tant qu'individu ou que groupement) lors d'une discussion ouverte entre confrères du même niveau, issus de la même discipline. Il s'agit d'une forme d'autorégulation au sein du groupe professionnel afin de promouvoir la qualité et de se développer sur le plan professionnel. Le CNPQ contribue à un processus de "peer review" efficace, non seulement en fournissant des rapports de feed-back individuels mais également en formulant des recommandations de bonne pratique médicale.

Dans ce cadre, le CNPQ marque son accord sur le lancement de campagnes de promotion de la qualité susceptibles de susciter des discussions au contenu professionnel auprès des médecins actifs sur le terrain et au sein des GLEM. Les campagnes interpellent davantage les médecins lorsqu'elles donnent un feed-back individuel, situé dans un contexte de recommandations et d'indicateurs de qualité reconnus au niveau (inter)national.

DÉTERMINER DES INDICATEURS DE QUALITÉ

Le CNPQ joue un rôle important dans le cadre de la responsabilisation des médecins individuels. Concrètement, le CNPQ évalue le caractère superflu de certaines prestations à l'aide d'indicateurs de déviation manifeste. Ces indicateurs sont fixés sur la base de recommandations de bonne pratique médicale. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI peut utiliser ces indicateurs selon certaines procédures.

¹ A.R. du 13.7.2001 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994, M.B. du 29.08.2001.

PROMOUVOIR LA COMMUNICATION ET LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Les recommandations du CNPQ sur le bon usage du dossier médical global (DMG) portent principalement sur la communication (échange d'informations cliniques sur un patient) entre les différents dispensateurs de soins. Elles promeuvent la communication ainsi que le travail d'équipe sur le terrain.

ÉCHANGER DES INFORMATIONS AVEC LE GROUPE DE DIRECTION DE L'ACCRÉDITATION

Le CNPQ et le Groupe de direction de l'accréditation (GDA) travaillent en étroite collaboration et s'échangent des informations concernant leurs activités et décisions.



Le **Groupe de direction de l'accréditation (GDA)** gère les programmes de formation continue et décide de l'accréditation individuelle.

Tant le CNPQ que le GDA jouent un rôle important dans le cadre de l'accréditation des médecins : il est dès lors important qu'ils travaillent "côte à côte".

b. Début des travaux du CNPQ

La réunion d'installation du CNPQ a eu lieu le 23 décembre 2002, en présence des ministres de l'époque, Frank Vandenbroucke et Jef Tavernier.

Au cours de cette réunion, l'accent a entre autres été mis sur le fait que¹ :

- les domaines dans lesquels le CNPQ peut se faire valoir, sont quasi inépuisables : de la thérapie (médication) au diagnostic (labo, radiographies, etc.) en passant par l'organisation de la pratique
- le CNPQ est le dernier maillon dans l'encadrement structurel d'une réelle autonomie professionnelle pour les médecins : au travers de la responsabilisation, de la promotion de la qualité et de la gestion du "peer review"
- notre pays connaît des écarts significatifs, pas toujours justifiés, en matière de pratique médicale. Cette constatation s'inscrit dans un contexte plus large : la pratique médicale connaît une évolution énorme et permanente, d'où le besoin de recommandations récapitulatives concernant la pratique. Ces recommandations sont un outil pouvant aider le médecin à intégrer ces évolutions, cette "évidence", dans la pratique clinique quotidienne. Chaque recommandation doit être contrôlée et éventuellement adaptée à notre système belge de soins de santé. De telles recommandations sont établies par le corps médical même : l'autonomie professionnelle des médecins est donc respectée
- le CNPQ doit déterminer les thèmes à aborder et prendre des initiatives pour améliorer sans cesse la qualité sur la base d'informations, de propositions, de recommandations et d'incitants. Sur le terrain, le travail du CNPQ sera visible pour le médecin par le biais de la diffusion d'informations objectives et fiables et de recommandations de bonne pratique médicale et par le biais de campagnes régulières de feed-back que le CNPQ doit approuver. Les données de feed-back individuelles, à l'attention tant des médecins généralistes que des médecins spécialistes, sont associées à des recommandations, le but étant que les médecins discutent ensuite des données au sein du GLEM et qu'un animateur spécialement formé les accompagne dans cette discussion.

¹ "Le Conseil national de promotion de la qualité : le dernier maillon de responsabilisation dans un contexte d'autonomie professionnelle renforcée des médecins". Discours du Ministre Frank Vandenbroucke lors de la réunion d'installation du CNPQ le 23.12.2002.

c. Structure

Le CNPQ est l'un des organes d'accréditation des médecins, institué au sein du Service des soins de santé (SdSS) de l'INAMI. Le SdSS assure le secrétariat du CNPQ.

Sa composition est fixée par arrêté royal : la séance plénière du CNPQ compte 44 membres effectifs et 44 membres suppléants, tous médecins, répartis en 4 groupes (ou 4 "bancs") :

- le banc des organisations professionnelles représentatives : 12 membres (6 médecins généralistes et 6 spécialistes)
- le banc des universités / organisations scientifiques : 14 membres
- le banc des organismes assureurs : 12 membres
- le banc représentant l'autorité : 6 membres.

Le président est issu du banc des organisations professionnelles, les 3 autres bancs ont chacun un vice-président.

Outre la séance plénière du CNPQ, qui se réunit tous les 2 mois, il existe encore d'autres structures actives au sein du CNPQ :

- le groupe de travail "Médecine générale", également institué par arrêté royal
- le bureau du CNPQ, composé du président, des 3 vice-présidents et du président du groupe de travail "Médecine générale"
- le groupe de travail "Priorités"
- un grand nombre de groupes de travail ad hoc créés au sein du CNPQ ou auxquels des experts du CNPQ participent, accompagnés ou non d'experts externes, tels que :
 - le groupe de travail "Performance de la médecine générale"
 - le groupe de travail "Burnout des médecins généralistes"
 - le groupe de travail "Feed-back".

La méthode de travail de la séance plénière et des différents groupes de travail est basée sur la concertation. L'objectif poursuivi est d'avoir un consensus sur les différents bancs. Il est rare de devoir procéder à un vote.

2. Réalisations au cours des 10 ans d'existence du CNPQ

Lors de la réunion d'installation du CNPQ en 2002, il avait été dit que les domaines d'activités du CNPQ étaient quasi inépuisables. 10 ans plus tard, la réalité permet de confirmer ces dires.

Voici un aperçu (incomplet) des principales actions menées par le CNPQ.

a. Feed-back

Dès le début du fonctionnement du CNPQ, des documents de feed-back individuel ont été développés autour d'une sélection de thèmes, tels que les antibiotiques, les antihypertenseurs, le dépistage du cancer du sein et les soins prénataux.

Entre 2001 et 2009, les médecins généralistes ont reçu 8 documents de feed-back concernant ces thèmes et les médecins spécialistes des disciplines concernées en ont reçu 5.

Les points forts du feed-back sont les suivants :

- les médecins ont reçu des informations sur leur propre comportement prescripteur
- les médecins ont pu comparer leurs propres données à celles de confrères (du GLEM, de l'arrondissement, du pays)
- les médecins ont reçu des recommandations de bonne pratique médicale

- quand cela a été possible, le feed-back s'est inscrit dans le cadre de campagnes à multiples facettes ainsi que dans le cadre de campagnes de partenaires externes, p. ex. campagne de la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC), via du matériel didactique tel que le guide des antibiotiques, une fiche pratique, des dépliants à l'intention du public, etc.
- la collaboration a été le maître mot : un grand réseau de partenaires concernés y a collaboré.

b. Medflashes

Ces brefs bulletins d'informations de 4 pages ont été édités en guise de soutien au feed-back, comme un rappel aux thèmes du feed-back.

Les médecins ont ainsi reçu, en 2004 et en 2005, plusieurs "Medflashes" sur les antibiotiques et les antihypertenseurs.

Ces "Medflashes" :

- ont apporté de nouvelles informations, par le biais de statistiques et d'interviews récentes
- ont abordé des problèmes rencontrés sur le terrain, p. ex. comment réagir face à un patient qui "exige" une prescription pour un antibiotique
- ont permis de rappeler les recommandations formulées dans le feed-back.

c. Recommandations

Le CNPQ a aidé à formuler des recommandations en matière de qualité, dans le cadre de divers projets INAMI. Cela s'est généralement fait à la demande d'autres organes ou commissions, comme la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) dans le cadre des accords en cours.

 Quelques projets :

- recommandation concernant les trajets de soins diabète de type 2 et insuffisance rénale chronique
- recommandation concernant la qualité des soins dans la pratique du médecin généraliste (base de l'accord-cadre en matière de qualité des soins, voir point f.)
- recommandation concernant les priorités en matière de prévention (contenu du DMG+).

Dans le cadre de ses propres missions qui lui ont été conférées par le CNPQ, le groupe de travail "Médecine générale" a préparé le document "Recommandations pour une bonne utilisation du DMG". Ce document se focalise sur :

- l'importance d'un échange performant et sécurisé d'informations cliniques pertinentes entre médecins et autres dispensateurs de soins
- le rôle décisionnel dans le cadre du dossier médical informatisé (DMI) et l'utilisation rationnelle de services de la plate-forme eHealth.

d. Quality award - médecine générale

Au cours de la période 2007-2011, un appel a été lancé chaque année vers les médecins généralistes et leurs responsables de GLEM afin d'introduire des projets d'amélioration de la qualité, menés au sein de leur propre cabinet et réalisés par le biais du cercle de qualité (plan-do-check-act).

Sur cette période de 5 ans, 95 projets ont été introduits par des pratiques (solo ou de groupe), des groupements GLEM et des organisations de médecins généralistes (telles que des cercles, des postes de garde, etc.). Chaque année, un jury du CNPQ a sélectionné 3 lauréats néerlandophones et 3 lauréats francophones. Les projets sélectionnés ont été rendus publics en tant que "best practices", via le site Internet de l'INAMI et via les associations scientifiques de médecins généralistes.

e. Adaptation du formulaire d'évaluation GLEM

En 2008, le CNPQ a fait réaliser une étude d'évaluation sur le fonctionnement des GLEM, basée sur les formulaires (papier) GLEM complétés en 2006.

Sur la base de cette évaluation, le formulaire GLEM a été adapté en 2010, après accord du Groupe de direction de l'accréditation. À partir de 2013, l'évaluation du fonctionnement GLEM peut ainsi se faire plus rapidement, sur la base de données en ligne. Elle est automatique, plus ciblée et la qualité s'en trouve améliorée.

f. Autres priorités du CNPQ

Les projets présentés et financés de haut en bas par le gouvernement, dans le cadre d'une assurance soins de santé moderne, déterminent en partie les priorités, et donc le fonctionnement du CNPQ.

- > Des projets tels que :
- l'élaboration du module de prévention du dossier médical global (DMG+)
 - la formation de médecins via e-learning sur les thèmes de la démence et de l'incontinence urinaire, en exécution du Plan "Priorité aux malades chroniques". Une plateforme e-learning générique a été créée à cet effet, laquelle est également utilisable pour d'autres thèmes et pour d'autres dispensateurs de soins.

Certains projets ont été initiés par les acteurs de terrain et sont remontés jusqu'au CNPQ. Il n'est pas possible de financer toutes ces propositions mais si possible, des liens sont établis entre les projets. La mission du groupe de travail "Priorités" est d'évaluer la priorité des propositions, sur la base d'une méthodologie approuvée.

- > Des projets tels que :
- CNPQ e-learning "Apprendre à encoder". Le développement d'une plate-forme e-learning générique permet au CNPQ de motiver les médecins, via le processus d'e-learning, à utiliser correctement leur logiciel pour le dossier médical informatisé (DMI). En complétant correctement les paramètres dans les différentes rubriques du DMI, l'encodage présentera plusieurs avantages au niveau de la prolongation de soins individuels et du soutien à la gestion de la pratique
 - projets d'evidence-based medicine (EBM) dans l'accord-cadre pour la qualité des soins
 - Cebam digital library for health (CDLH) : une bibliothèque EBM virtuelle
 - EBMPacticeNet : une banque de recommandations EBM, également disponible au départ du DMI
 - Minerva : une revue qui traite de la littérature EBM internationale récente.

Lors du symposium du 6 décembre 2012, différents projets ont été parcourus, chacun avec ses points forts et ses points faibles. Ces 10 dernières années ont permis d'obtenir des résultats mais le but n'est pas de se reposer "sur ses lauriers".

3. L'avenir du CNPQ : mission innovation

Le débat du panel et les conclusions du symposium ont surtout démontré qu'il est nécessaire d'innover dans le secteur. Plusieurs pistes ont été suggérées.

a. Mieux collaborer

Le CNPQ et le Groupe de direction de l'accréditation doivent mieux collaborer. La concertation doit permettre à l'accréditation d'être plus transparente, en premier lieu pour le médecin même. Le nouveau formulaire d'évaluation GLEM peut y contribuer dans les années à venir.



Après chaque réunion d'un GLEM, le responsable remplit le formulaire d'évaluation GLEM au moyen d'un nombre limité de données, comme le nombre de membres présents et le sujet de la réunion "peer review".

Il serait également possible d'avancer dans le sens de la collaboration multidisciplinaire: une collaboration entre les différentes disciplines médicales mais également avec d'autres dispensateurs de soins, tels que les praticiens de l'art infirmier et les kinésithérapeutes. Des soins intégrés sont nécessaires pour obtenir des soins de qualité.

b. Utiliser les sources de données disponibles dans un souci de qualité

En utilisant de manière plus active les données du DMI, un feed-back individuel peut être donné plus rapidement au médecin, sur la base de données de pratique très récentes et personnelles. La qualité s'améliore en analysant et en intégrant ces données dans un cercle de qualité personnalisé (sur la base du plan-do-check-act).

Le rapport de l'INAMI "Performance de la médecine générale" est une autre application du "data-mining" ciblé sur la pratique. L'analyse présentée dans ce rapport est fondée sur des données issues de bases de données administratives existantes, complétées de bases de données scientifiques externes. La pratique actuelle du médecin généraliste se traduit par des indicateurs lisibles et est soutenue par des informations pertinentes. De tels rapports peuvent inciter les médecins (généralistes) à réfléchir à leur performance en tant que groupement (GLEM, cercle, etc.) et au sein de leur propre pratique. Ils permettent de développer divers outils et actions, à nouveau sur la base d'un cercle de qualité (plan-do-check-act).

 Le rapport "Performance de la médecine générale" figure sur le site Internet de l'INAMI: www.inami.be > rubrique Voulez-vous en savoir plus? > Études et recherches > La performance de la médecine générale en Belgique.

c. Repenser les trajets de qualité en y intégrant des techniques modernes

Des techniques modernes, telles que le "portfolio" et l'e-learning, soutiennent le développement de trajets d'amélioration différenciés, adaptés à chaque médecin individuel.

 Un **portfolio** personnel permet aux médecins d'identifier leurs propres points forts et points faibles et de travailler, de manière ciblée, à l'amélioration de la qualité. Il esquisse l'évolution professionnelle individuelle et donne un aperçu des initiatives qu'un dispensateur de soins entreprend lui-même pour maintenir la qualité de son travail et continuer à se développer. Un agenda d'apprentissage personnel ("Quels sont les points faibles à corriger et comment s'y prendre?") les aide pas à pas dans cette démarche.

 Le processus d'**e-learning** permet de parcourir un trajet de thèmes cliniques issus d'une large collection extraite d'une e-bibliothèque, accompagnée, par exemple, d'un label de qualité du CNPQ, et ce, à son propre rythme et selon son propre timing.

d. Associer davantage les médecins spécialistes au fonctionnement du CNPQ

Aucun groupe de travail du CNPQ composé de spécialistes n'a été institué au niveau légal. Un tel groupe de travail n'est peut-être pas nécessaire: un lien structurel entre le CNPQ et des groupements de spécialistes pourrait éventuellement exister par le biais des Collèges de médecins spécialistes existants, actifs au niveau du Service public fédéral Santé publique.

Vu la diversité des disciplines, il n'est pas facile de mobiliser l'ensemble des spécialistes autour d'un thème. Des projets spécifiques sont néanmoins envisageables. On pourrait s'inspirer de la collaboration entre le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et le Collège d'oncologie pour formuler diverses recommandations en matière de traitement du cancer.

e. Rendre les avis du CNPQ plus contraignants

Le fait que le CNPQ n'est qu'un organe consultatif, ne signifie pas qu'il ne peut pas exercer une influence décisionnelle au travers des avis formulés. Au sein de son domaine d'activités, le CNPQ peut se rendre indispensable au moyen d'une interaction ciblée avec les partenaires concernés, tant au sein de l'INAMI qu'en dehors.

Un large réseau CNPQ de services publics, d'instances et d'initiatives de terrain a ainsi été créé autour du thème "burnout des médecins généralistes" afin de déterminer les actions prioritaires et de dresser une "cartographie de soins autour du burnout". Cette étude du CNPQ peut certainement contribuer à formuler des conclusions autour de ce thème, qui est également mentionné dans l'Accord national médico-mutualiste 2013-2014.



Depuis quelques années, la sécurité sociale est de plus en plus confrontée à des cas d'assujettissement fictif à la sécurité sociale. Des entreprises communiquent l'entrée en service de personnes et déclarent des prestations à l'Office national de sécurité sociale (ONSS), alors que ces prestations n'ont pas été réellement effectuées et qu'aucune cotisation sociale n'a été payée. Dès que l'ONSS somme ces entreprises de payer les cotisations sociales pour leur personnel, ces entreprises sont déclarées en faillite, et les gérants mettent la clé sous le paillason.

Bien qu'aucune cotisation sociale n'ait été payée pour les travailleurs concernés, ces travailleurs figurent dans les banques de données de l'ONSS. Les autres institutions de sécurité sociale utilisent ces banques de données pour octroyer des droits. Ainsi par exemple, une mutualité peut ouvrir le droit aux soins de santé sur la base d'une attestation d'emploi dans une entreprise fictive. De plus, il est possible qu'une personne bénéficie de prestations successives dans différents secteurs de la sécurité sociale. Exemple : sur base d'un assujettissement fictif, une personne peut demander des allocations de chômage et peut tomber ensuite en incapacité de travail.

Cette forme complexe de fraude requiert une approche basée sur la collaboration des différentes institutions de sécurité sociale et des différents services d'inspection. Depuis 2008, le Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI collabore avec les mutualités pour examiner l'impact des assujettissements fictifs sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et pour récupérer les prestations indûment allouées. Un projet est en cours au SCA en vue d'optimiser l'échange de données dans le cadre de cette collaboration.

En outre, le SCA collabore avec l'ONSS et d'autres institutions de sécurité sociale pour détecter les entreprises fictives. Les fraudeurs sont cependant de plus en plus inventifs ; c'est pourquoi de nouvelles méthodes de détection sont utilisées telles que le "datamining".

La lutte contre les assujettissements frauduleux à la sécurité sociale figure également dans le Plan d'action de M. J. Crombez, Secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale.

III. Le SCA et la lutte contre les entreprises fictives

Depuis quelques années, la sécurité sociale est de plus en plus confrontée à des cas d'assujettissement fictif à la sécurité sociale. Le but de cette manœuvre frauduleuse est de bénéficier d'avantages sociaux, tels que les prestations à charge de l'assurance soins de santé obligatoire. Le Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI collabore à la stratégie menée pour détecter et lutter contre cette forme de fraude. Cependant, les fraudeurs sont aussi de plus en plus inventifs dans leurs agissements. C'est pourquoi de nouvelles méthodes de détection sont intensivement mises en œuvre.

1. Assujettissements fictifs à la sécurité sociale

Une enquête de grande envergure, menée par l'Office national de sécurité sociale (ONSS), a révélé l'existence d'un réseau d'entreprises fictives. Ce réseau procure, contre paiement, des documents sociaux à des personnes qui n'ont jamais travaillé pour ces entreprises. Ces documents permettent d'ouvrir des droits à la sécurité sociale, comme par exemple en matière d'assurance soins de santé. Les fraudeurs utilisent également ces documents à d'autres fins, notamment pour contracter des emprunts ou pour obtenir un permis de séjour. Il s'agit de fausses attestations papier telles que des fiches salariales et des contrats de travail, mais aussi de déclarations immédiates d'emploi électroniques (Dimona) et de déclarations trimestrielles (DMFA) faites par l'employeur à l'ONSS.



Dimona: la "déclaration immédiate/onmiddellijke aangifte" est un message électronique par lequel l'employeur communique les entrées et les sorties de service de son personnel à l'ONSS. La déclaration immédiate est obligatoire pour tout employeur et tout travailleur en Belgique. Elle doit être faite le jour où le travailleur entre en service ou le premier jour ouvrable qui suit la sortie de service. Les données Dimona sont stockées dans une banque de données sécurisée de l'ONSS : le registre du personnel.



DMFA: la "déclaration multifonctionnelle/multifunctionele aangifte" est un message électronique par lequel l'employeur communique à l'ONSS, par trimestre, les données de rémunération et de temps de travail de son personnel. L'ONSS se base sur cette déclaration pour calculer les cotisations sociales dues. Les institutions sociales chargées de l'octroi des droits dans le cadre de la sécurité sociale et du paiement d'indemnités utilisent également la DMFA, d'où l'adjectif "multifonctionnelle".

Les institutions de sécurité sociale consultent et utilisent ces données électroniques pour octroyer ou prolonger des droits. Pour ce faire, elles établissent des attestations électroniques qu'elles transmettent aux autres institutions de sécurité sociale. Dès lors, l'emploi fictif peut toucher l'ensemble du réseau de la sécurité sociale. Il s'agit donc d'une forme de fraude très sophistiquée.

2. Impact sur l'assurance soins de santé

Les assujettissements fictifs à la sécurité sociale peuvent avoir un impact sur l'assurance obligatoire, tant dans le secteur des indemnités que dans le secteur des soins de santé. Par ailleurs, des droits peuvent être ouverts non seulement sur la base de fausses attestations d'emploi mais aussi sur la base d'attestations de chômage elles-mêmes basées sur des emplois fictifs.

Voici quelques exemples.

- Une personne souhaite s'affilier à une mutualité en tant que travailleur salarié et produit à cet effet un contrat de travail d'un employeur fictif portant comme date d'entrée en service le 1^{er} mars 2010. La mutualité consulte le fichier Dimona et constate que cette personne est effectivement employée chez cet employeur depuis le 1^{er} mars 2010. La personne en question est donc inscrite à partir du 1^{er} janvier 2010 comme travailleur salarié titulaire et des droits sont octroyés jusqu'au 31 décembre 2011.
- Une personne introduit une déclaration d'incapacité de travail à partir du 1^{er} novembre 2010. La mutualité reçoit une feuille de renseignements d'un employeur fictif et consulte les données DMFA afin de voir si la personne en question a droit à des indemnités. Les indemnités sont calculées sur la base de la rémunération perdue chez l'employeur correspondant bien souvent à un salaire très élevé.
- Une personne était inscrite chez un employeur fictif du 1^{er} octobre 2009 au 31 janvier 2010. Des allocations de chômage sont allouées à partir du 1^{er} février 2010 sur la base d'un formulaire C4 délivré par l'employeur fictif. Pour ces allocations de chômage, un bon de cotisations est établi et transmis électroniquement à la mutualité en 2011. La mutualité prolonge sur cette base le droit aux soins de santé jusqu'au 31 décembre 2012.

3. Le SCA collabore à la lutte contre la fraude

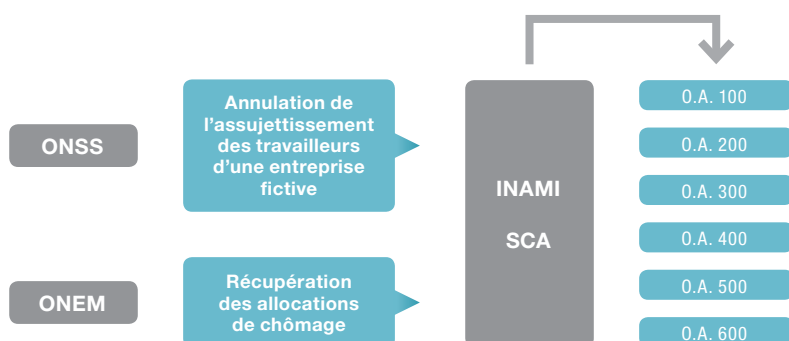
Les entreprises fictives sont créées ou reprises uniquement pour déclarer des personnes en service; elles n'ont donc aucune réelle activité. De surcroît, elles ne remplissent pas leurs obligations sociales comme, par exemple, le paiement de cotisations sociales. Au moment où l'ONSS les somme de payer les cotisations sociales pour leur personnel, ces entreprises sont déclarées en faillite et les gérants mettent la clé sous le paillason.

Pour l'ONSS, c'est le signe qu'il faut entamer une enquête sur les activités de l'entreprise et convoquer les travailleurs déclarés pour une audition. Sur la base de cette enquête, l'ONSS peut procéder à la radiation des déclarations faites par l'employeur fictif. Les données des travailleurs sont alors retirées des banques de données Dimona et DMFA, et l'ONSS en informe les autres institutions de sécurité sociale telles que l'INAMI.

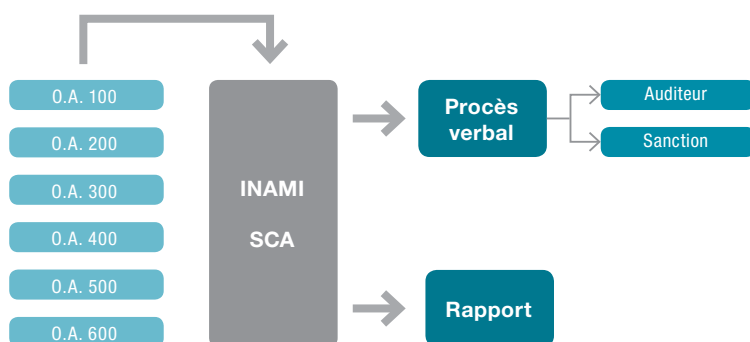
L'ONSS communique au SCA de l'INAMI la décision relative à la radiation des déclarations d'une entreprise fictive. Si la personne concernée a perçu des allocations de chômage, le SCA prend contact avec l'ONEM afin de vérifier s'il a récupéré les allocations de chômage. Le SCA vérifie ensuite avec les mutualités si des droits ont été octroyés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé sur la base d'un emploi fictif. Depuis 2008, un protocole de collaboration existe à ce propos entre le SCA et les mutualités.

Procédure de contrôle des assujettissements fictifs dans le cadre de l'assurance soins de santé

1. Le SCA envoie à la mutualité d'affiliation de la personne concernée, par voie électronique, les données de l'ONSS, le cas échéant complétées par les données de l'ONEM
2. La mutualité examine s'il y a un impact sur les droits de l'intéressé dans l'assurance soins de santé et entame, le cas échéant, une procédure de récupération
3. Pour étayer la récupération, le SCA transmet à la mutualité un résumé du rapport d'enquête de l'ONSS révélant l'intention frauduleuse du système



4. La mutualité transmet électroniquement le résultat de l'enquête au SCA. Il s'agit en l'occurrence tant de cas avec récupération d'indemnités ou de soins de santé que de cas n'ayant aucun impact sur l'assurance obligatoire soins de santé
5. Le SCA convertit les données en résultats globaux, pour le rapport destiné notamment au SIRS (Service d'information et de recherche sociale)
6. L'inspecteur social du SCA rédige un procès-verbal de constatation.
Sur la base de ce rapport :
 - l'auditeur du travail peut poursuivre au pénal
 - ou
 - le fonctionnaire dirigeant du SCA peut infliger une sanction administrative. Cette sanction administrative concerne une exclusion du droit aux indemnités ou une amende, si la fraude concernait le secteur des soins de santé.



Le SCA travaille actuellement à un projet pour optimiser l'échange de données avec les mutualités via un nouveau flux électronique.

4. Les fraudeurs sont plus inventifs... les services d'inspection aussi

Ces dernières années, l'ONSS a constaté 2 tendances singulières dans les assujettissements fictifs :

- un glissement de réseaux à grande échelle, d'entreprises fictives vers plusieurs réseaux plus petits ou des cas individuels d'emplois fictifs
- des entreprises qui ne sont pas tout à fait fictives. Elles exercent bel et bien des activités et emploient du personnel, mais une partie du fichier du personnel est constituée de travailleurs fictifs. De ce fait, l'ONSS doit passer en revue la liste du personnel, cas par cas, et juger qui a réellement travaillé comme salarié.

Ces dernières années, les services d'inspection ont acquis de nombreuses connaissances leur permettant de détecter plus rapidement les entreprises fictives.

Voici quelques exemples de critères permettant de détecter d'éventuelles entreprises fictives :

- la déclaration rétroactive et tardive de personnel entré en service
- l'absence de fournisseurs ou de clients
- les nombreuses dettes en matière d'ONSS, d'impôt des sociétés et de TVA.

Lorsque ces données sont manifestes et mesurables et qu'elles ont été reprises dans les banques de données des institutions de sécurité sociale, il est possible d'identifier automatiquement les entreprises à profil de risques élevé, sur base de modèles statistiques (= "predictive modelling"). Les services d'inspection contrôlent alors ces entreprises. Ils utilisent le résultat de l'enquête pour évaluer les critères utilisés et corriger le modèle statistique. L'ensemble de ces opérations est appelé "datamining".

Pour pouvoir détecter encore plus tôt la fraude, les institutions de sécurité sociale vérifient s'il est possible de trouver des critères pouvant révéler un profil à risques d'un travailleur fictif et pas seulement d'un employeur. Par conséquent, le SCA participe activement au groupe de travail "Fraude aux allocations" de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. Cet exercice est beaucoup plus difficile étant donné le nombre élevé de travailleurs, et le caractère privé des données liées aux travailleurs. Le SCA participe actuellement à un projet expérimental au sein de ce groupe de travail.

La lutte contre les assujettissements frauduleux à la sécurité sociale est un point qui figure également dans le Plan d'action de M. J. Crombez, Secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale.



L'augmentation constante du nombre d'invalides en Belgique interpelle le grand public et les décideurs politiques. Il est important de se pencher sur les raisons de cette augmentation. En effet, même si la Belgique reste dans la moyenne des pays industrialisés dans ce domaine, les raisons d'agir ne manquent pas.

Avant d'envisager des actions, il est important d'analyser les raisons qui expliqueraient ce phénomène. Outre le paramètre économique, les facteurs explicatifs de l'incapacité de travail sont de 2 ordres :

- démographique
- épidémiologique.

Les facteurs démographiques sont essentiellement liés à la participation accrue des femmes au marché de l'emploi, et au vieillissement de la population. De ce fait, l'absorption progressive par notre régime de pension de la génération des "baby boomer" devrait logiquement conduire à un ralentissement de l'augmentation du nombre d'invalides.

Par contre, les facteurs épidémiologiques liés à la prévalence des maladies chroniques au sein de notre société continueront d'influencer durablement l'assurance indemnités.

C'est la raison pour laquelle seule une politique active en matière de prévention et de réintégration sur le marché de l'emploi permettra, à terme, de faire face aux défis budgétaires et sociétaux que l'invalidité soulève.

IV. Évolutions et causes de l'incapacité de travail

1. Introduction

Le secteur de l'incapacité de travail (incapacité primaire et invalidité) est longtemps resté relégué au rang de priorité secondaire dans les politiques de sécurité sociale. Cependant, l'augmentation constante du nombre de personnes en incapacité de travail place l'assurance indemnités face aux grands défis auxquels le système social doit faire face.

Depuis la fin des années 90, le nombre d'invalides augmente constamment. Entre 2001 et 2011, le nombre de personnes indemnisées en invalidité a augmenté de 42%.

En termes d'utilisation des ressources de la sécurité sociale, le secteur de l'incapacité de travail se situe au 4^e rang derrière les soins de santé, les pensions et le chômage. La Belgique reste pourtant un des rares pays de l'OCDE dont les dépenses de chômage excèdent les dépenses de l'assurance indemnités, tandis que la prévalence de l'incapacité de travail parmi la population active se situe dans la moyenne de l'OCDE¹.

La hausse du nombre d'invalides a eu un impact budgétaire conséquent. C'est pourquoi le Comité de gestion de l'assurance indemnités a chargé le Service des indemnités de lui fournir, tous les 2 ans, un rapport sur les facteurs explicatifs de l'incapacité de travail. Le dernier rapport date de 2011 ; celui de 2013 est en cours de réalisation.

2. La hausse de la prévalence de l'invalidité

La hausse de la prévalence de l'invalidité concerne essentiellement les assurés sociaux âgés de plus de 45 ans. Plus on monte dans les catégories d'âges, plus cette augmentation est marquée. En 2011, plus de 75% des invalides avaient plus de 45 ans. Entre 2001 et 2011, le nombre d'invalides âgés de 60 à 64 ans a augmenté de 74%.

Cette situation est interpellante. À l'heure où l'espérance de vie est en hausse constante, la durée des carrières pourrait logiquement s'allonger. Or le nombre de travailleurs entrant en invalidité dans la seconde partie de leur carrière ne cesse d'augmenter.

3. Les causes principales de la hausse de l'invalidité en Belgique

Les rapports du Service des indemnités permettent de dégager des grandes tendances.

1 OCDE : maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles, 2010.



Le taux de participation = le pourcentage des travailleurs sur le marché du travail

Trois facteurs peuvent expliquer la hausse du nombre d'invalides :

a. Le facteur démographique.

Le taux de participation dans les catégories d'âge supérieures à 45 ans a augmenté constamment depuis 2001. Les 2 causes principales sont :

- le vieillissement de la population active qui entraîne naturellement une augmentation du nombre d'invalides dans les classes d'âge supérieures. Le vieillissement pose non seulement des défis au système de soins de santé, mais également à l'assurance indemnités; en effet, la probabilité de connaître un problème de santé chronique double à partir de 50 ans. Maintenir sur le marché de l'emploi des travailleurs de ces catégories d'âge sera d'autant plus difficile que la prévalence de l'ensemble des maladies chroniques augmentera dans les prochaines années. L'augmentation du taux d'invalidité dans ces catégories d'âge corrobore cette constatation
- le relèvement de l'âge de la pension chez les femmes à partir de 1997 qui a eu un impact important sur l'augmentation du taux de participation et, par conséquent, sur la hausse des invalides dans la catégorie des 60-64 ans.

b. Le facteur épidémiologique

La structure des pathologies causant l'invalidité s'est structurellement modifiée depuis une vingtaine d'années. Les "maladies de société" (maladies psychiques et mentales, troubles musculo squelettique (TMS), etc.) occasionnent de plus en plus de cas d'invalidité, contrairement aux pathologies "traditionnelles" (maladies cardio-vasculaires, cancer, etc.). Ces 2 grands groupes de pathologies constituent désormais plus de 70% des cas d'invalidité en Belgique.

Cette situation nécessiterait une réflexion approfondie sur le système d'indemnisation de l'incapacité de travail, resté longtemps isolé dans la question générale du marché du travail.

Cette question est restée longtemps sans objet. En effet, le législateur a voulu établir une distinction très stricte entre, d'une part l'indemnisation des risques professionnels (maladies professionnelles et accidents du travail), et d'autre part l'indemnisation des incapacités de travail relevant de la "sphère privée". Cette distinction est parfaitement justifiée, mais il ne faut pas sous-estimer l'influence des conditions de travail sur l'évolution à la hausse du nombre d'invalides.

Une revue de littérature récente réalisée par une équipe universitaire, à la demande du Service des indemnités¹, a établi des corrélations entre l'évolution des conditions de travail et l'augmentation de l'invalidité.

La mesure de l'intensité du stress, au travers des différentes études analysées, montre :

- une augmentation assez nette de l'invalidité entre 2001 et 2009
- la part de plus en plus prépondérante que prend le stress dans l'absentéisme au travail en Belgique.

TROUBLES PSYCHIQUES ET MENTAUX

L'augmentation du nombre d'assurés en incapacité de travail pour des troubles psychiques et mentaux pourrait donc trouver une explication dans cette évolution. Néanmoins, la plupart du temps, il est impossible d'établir un lien unique de causalité entre l'incapacité de travail et le stress; en effet, les situations qui conduisent à une indemnisation par l'assurance indemnités sont multiples. La complexité des tableaux cliniques devrait inciter à rechercher comment intégrer la prévention de l'invalidité dans les systèmes de prévention et de bien-être au travail.

¹ Task force incapacité de travail, Güngör Karakaya et Robert Plasman, Dulbea, mars 2011.

TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)

Alors que la prévalence des pathologies psychiques et mentales tend à rester stable, celle des TMS est en constante augmentation en Belgique et en Europe. Cela pose un véritable défi de santé publique aux systèmes sociaux et au marché du travail. Le facteur épidémiologique est, plus encore que dans l'exemple précédent, une explication valable permettant d'expliquer pourquoi l'assurance indemnités indemnise de plus en plus d'assurés souffrant de TMS.

Les tableaux cliniques comportent, dans ce domaine aussi, plusieurs composantes (dont une composante psychique souvent présente). Ils ne mènent pas à une approche univoque permettant d'établir un lien de causalité directe entre le trouble et l'incapacité de travail. Tout comme pour les pathologies psychiques et mentales, les TMS entraînent donc des cas d'invalidité relativement longs et complexes à appréhender.

c. L'impact des cycles économiques

Les cycles de récession ont 2 conséquences principales :

- le ralentissement de la création d'emploi ; il touche de manière plus importante les personnes souffrant de handicaps ou de maladies chroniques
- la dégradation des conditions de travail, principalement au niveau du stress.

4. Les évolutions à prévoir

À court terme, il est fort probable que le nombre d'invalides augmente encore de manière significative. En raison de la participation accrue des femmes, le nombre de femmes invalides augmentera de manière plus significative que le nombre d'hommes invalides. Ces évolutions correspondent aux évolutions de ces dernières années.

À moyen terme, les prévisions d'évolution du taux de participation et du taux d'invalidité semblent moins évidentes. C'est pourquoi, le Service des indemnités a choisi de ne pas modifier les paramètres de calcul pour les prévisions 2015-2020. Dans ce cas, seule l'évolution de la population pourra influencer l'évolution du nombre d'invalides qui alors augmentera de manière bien moins significative.

Mais si la confirmation de la hausse du taux de participation se confirme, il faudra alors en tenir compte pour le calcul des prévisions prochaines.

Tableau 1 - Prévisions du nombre d'invalides			
	Hommes	Femmes	Total
2015	135.494	159.022	294.516
2016	136.173	159.521	295.694
2017	136.899	160.065	296.964
2018	137.332	160.347	297.679
2019	137.719	160.520	298.239
2020	137.992	160.490	298.482

Source : INAMI – Services des indemnités

Si seule l'évolution de la population est prise en considération comme facteur d'influence, le nombre d'invalides stagnera d'ici 2020. À ce moment, les assurés de la génération "baby-boom" atteindront pour la plupart l'âge légal de la pension. La problématique du vieillissement jouera pleinement au niveau des pensions, mais tendra à décroître au niveau de l'invalidité.

Cependant, ces modèles ne tiennent pas compte, à ce stade, des réformes entreprises ou prévues dans les conditions d'accès à la pension. Or, dans le passé, les mesures visant à retarder l'âge de la pension ont eu des effets directs sur le nombre de personnes en incapacité de travail, via l'augmentation du taux de participation, d'autant qu'une des principales faiblesses du marché de travail belge est le taux d'emploi des travailleurs âgés.

La question du vieillissement de la population active est donc au centre de la problématique de l'invalidité pour une demi-décennie. Il n'existe aucune donnée permettant de conclure à un ralentissement de l'augmentation de l'invalidité en raison de facteurs épidémiologiques.

5. Les solutions à apporter

Le système belge d'indemnisation de l'incapacité de travail figure parmi les plus restrictifs des pays de l'OCDE, pour les raisons suivantes :

- contrairement à d'autres pays, l'invalidité partielle n'existe pas, ce qui exclut de l'indemnisation de nombreux cas "limites"
- la perte de capacité de gain qui doit être atteinte en vue d'une reconnaissance est substantielle : elle doit atteindre 66% d'incapacité
- les possibilités de consolidation de l'incapacité n'existent pas ; cela entraîne la fin immédiate de l'incapacité de travail dès que les conditions d'entrée ne sont plus remplies.

Les supposées "largesses" du système souvent citées pour expliquer l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail n'apportent donc pas une explication satisfaisante. L'amélioration des moyens de contrôle de la fraude sociale et l'introduction de plus en plus systématique de "data matching" achèvent de tordre le cou à cette idée reçue.

Restreindre les conditions d'accès à l'assurance indemnités n'aurait probablement aucun effet direct et ne ferait que reporter les problèmes sur d'autres branches de la sécurité sociale ou sur les systèmes d'aide sociale. La plupart des pays ayant expérimenté ce type de réforme ont dû rapidement faire marche arrière : la situation sociale et sanitaire des personnes exclues de l'indemnisation se dégradait rapidement.

La littérature scientifique montre que les problèmes de santé d'un travailleur n'entraînent pas forcément une perte d'emploi. De même, des politiques actives menées sur les groupes cibles de personnes sans emplois (jeunes avec un handicap, personnes souffrant de problèmes psychiques et mentaux) ont donné des résultats probants partout où elles ont été menées.

L'invalidité n'est donc pas une fatalité démographique ou épidémiologique.

Par contre, le régime d'assurance indemnités doit se transformer durablement.

D'une part, il est essentiel de mener à bien la réforme entamée des procédures d'évaluation médicale de l'invalidité. Il faut envisager dès le début de l'incapacité de travail, la possibilité d'un retour vers l'emploi ; les processus actuels ne sont pas suffisamment adaptés à cette nécessité. Dans ce contexte, il est fondamental de mettre en place un encadrement pluridisciplinaire des assurés sociaux, comprenant d'une part les intervenants médicaux (médecin traitant, médecin-conseil, médecin du travail), et d'autre part des professionnels de l'insertion socioprofessionnelle. Dans ce contexte, l'INAMI a franchi une étape fondamentale en concluant des conventions avec les organismes assureurs et les organismes régionaux et communautaires d'insertion et de formation.

D'autre part, il est nécessaire de préparer une politique intégrée de prévention de l'incapacité de travail. Dans cette optique, des discussions sont actuellement en cours entre tous les intervenants au sein du Conseil National du Travail, en vue d'aboutir à des actions mieux coordonnées et mieux intégrées.

C'est au prix d'une politique volontariste sur la prévention et le retour à l'emploi que le nombre d'entrées en invalidité pourra évoluer vers une augmentation significative et surtout qualitative des sorties.



De plus en plus conscient que la coopération internationale au sein de l'UE est nécessaire pour mieux maîtriser la fraude dans le secteur de la santé, l'INAMI a créé en 2005, en collaboration avec des organisations compétentes d'autres pays européens, le "European healthcare fraud and corruption network" (EHFCN).

La problématique de la lutte contre la fraude est complexe et équivoque dans tous les États membres de l'UE. Bien que les typologies de fraude soient généralement identiques, plusieurs définitions de la notion de "fraude" sont néanmoins utilisées et les outils de lutte divergent également, allant de la prévention à la sanction.

Il ressort des rapports du EHFCN que les résultats et les moyens mis en œuvre dans les États membres diffèrent considérablement.

Certains facteurs propres au secteur de la santé dans l'UE, tels que le manque généralisé de mesures de risques systématiques de la fraude, font obstacle à un contrôle efficace de la fraude. Par ailleurs, d'autres problèmes sont également spécifiquement liés aux enquêtes relatives à la fraude, tels que le "caractère dynamique" du phénomène.

Malgré quelques unités déjà bien organisées pour lutter contre la fraude dans le secteur de la santé dans une dizaine d'États membres, la route est encore longue pour les autres États membres. Une des conditions est que les pouvoirs concernés prennent conscience de la crise financière actuelle et que, par conséquent, il est grand temps d'éliminer les postes déficitaires dus à la fraude. Ils ne pourront bien sûr pas toucher aux principes de base d'une bonne gestion des soins de santé.

V. L'INAMI et la collaboration internationale pour contrôler la fraude dans les soins de santé en Europe

1. Introduction

Au sein de l'Union européenne (UE), la croissance des dépenses de santé est plus rapide que la croissance économique. En 2010, les dépenses en soins de santé dans l'UE représentaient en moyenne environ 9% du produit national brut, ce qui correspond à une augmentation de 1,7% par rapport à 2000¹.

Bien que ces dépenses couvrent essentiellement des soins et des prestations nécessaires (utilisation correcte), nous constatons des pertes dues au gaspillage. Par "gaspillage", il faut entendre des dépenses évitables sans perte de qualité des soins de santé².

Politiciens et citoyens sont par ailleurs soucieux d'une utilisation correcte des deniers publics et privés. Il est essentiel, principalement dans les pays gravement touchés par la crise financière, que les dépenses publiques profitent à qui de droit.

Plusieurs types de gaspillage existent dont, notamment, la surconsommation et les traitements inutilement onéreux.



Surconsommation = attester ou prescrire des prestations inutilement onéreuses ou superflues.

En revanche, les dépenses résultant de la "fraude" sont internationalement et unanimement associées à une "utilisation abusive flagrante des ressources du secteur de la santé".

L'importance de la collaboration internationale dans le cadre de la lutte contre la fraude a entraîné la création d'un organisme spécifique: le European healthcare fraud and corruption network (EHFCN).



Le **European healthcare fraud and corruption network (EHFCN)** est une asbl internationale conforme au droit belge, créée en 2005 et dont le siège est situé à Bruxelles. Il a pour mission de réduire considérablement les pertes encourues dans le secteur des soins de santé en Europe résultant du gaspillage, de la fraude et de la corruption. Les membres du EHFCN bénéficient d'une aide pour combattre efficacement la problématique de la fraude. L'INAMI est membre fondateur du EHFCN.

La collaboration internationale implique:

- d'échanger des informations et des bonnes pratiques lors de journées portes ouvertes, dans le cadre de groupes de travail et lors de conférences
- de mettre au point des instruments de mesure des risques
- de concevoir des normes en matière de lutte contre la fraude.

Le EHFCN est également un laboratoire indépendant, une cellule de réflexion, qui suggère des lignes stratégiques aux pouvoirs publics et qui mène des campagnes de sensibilisation.

1 OMS, "NHA Indicators".

2 T. REUTERS, "Where Can \$700 Billion in Waste Be Cut Annually From the U.S. Healthcare System?", Livre blanc, octobre 2009.

Le EHFCN compte actuellement 17 membres issus de 12 pays européens, dont 80% d'organisations publiques et 20% d'assureurs privés.

Dès le début, l'INAMI a joué un rôle de tout premier plan dans le soutien et le développement du EHFCN en mettant à sa disposition :

- du matériel logistique et une infrastructure immobilière
- du personnel jouant un rôle notable au niveau administratif et au Comité exécutif. Le président actuel est le fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI.

2. Une bonne définition "européenne" de la fraude

L'Europe est une entité à multiples facettes. Par souci de pragmatisme, l'anglais est la langue utilisée dans les forums internationaux. La notion de "fraude" y est diversement définie et interprétée, ce qui ne facilite pas les choses. Il n'existe pas de définition standard uniforme de la fraude, encore moins de qualification pénale en Europe. Quant à la "fraude dans le secteur de la santé", il n'existe pas la moindre définition standard.

- Dans son Code pénal social, la Belgique qualifie de "fraude sociale" toute infraction au droit de la sécurité sociale.
- Dans sa définition de la fraude, l'Autriche cite explicitement la condition d'une "intention frauduleuse".
- La Tchéquie quant à elle ne considère pas l'"intention" comme un élément substantiel¹.

Comparer des chiffres s'avère dès lors, dans ce contexte, une mission ardue voire presque impossible. En outre, les notions de "fraude", d'"abus" et de "faute" sont souvent mentionnées indistinctement dans les rapports si bien qu'il est impossible d'en discerner la pertinence.

À la demande du EHFCN, l'Institut suisse de droit comparé a mené une étude au sein de l'UE en vue de formuler une définition de la fraude qui soit utilisable dans chacun des États membres pour mesurer les risques de fraude dans le secteur de la santé.

Voici sa définition :

"La fraude civile est l'utilisation ou la présentation d'états et/ou de documents faux, inexacts ou incomplets, et la non-communication d'une information en violation d'une obligation légale de divulgation, ayant pour effet le détournement ou la rétention injustifiée de fonds ou de biens appartenant à autrui, ou leur utilisation abusive à d'autres fins que celles qui ont été spécifiées".²

Bien que cette définition n'ait pas la moindre base légale, les membres du EHFCN l'acceptent néanmoins comme norme utile et l'utilisent pour mesurer les risques et comparer des données.

Même avec cette définition de la fraude, une zone grise demeure néanmoins, permettant diverses interprétations. Quels sont par exemple les critères pour pouvoir considérer comme surconsommation frauduleuse l'utilisation répétée de traitements inefficaces et onéreux ? Quand une faute est-elle davantage qu'une simple erreur ?

À l'exception des Pays-Bas, de la France et de la Belgique, les autres États membres de l'UE ne font toujours pas de distinction précise entre la "fraude", l'"abus" et la "faute" dans le secteur de la santé.

Pourtant, chaque notion nécessite une approche distincte et particulière. Le EHFCN entend apporter davantage de précisions à ce propos.

¹ EHFCN, "Directory 2012".

² SWISS INSTITUTE OF COMPARATIVE LAW, 'Comparative study on fraud and corruption, Synoptic definitions', Lausanne, 2005.

3. Vulnérabilité des systèmes de santé européen en matière de fraude

Chaque État membre de l'UE a son propre système de santé spécifique qui diverge plus ou moins de celui des autres États membres. Toutefois, certains facteurs communs rendent aussi le secteur vulnérable en matière de fraude.

a. Les acteurs (“stakeholders”) sont nombreux

Pouvoirs publics, assureurs, patients, dispensateurs de soins, fournisseurs, fabricants d'appareils médicaux et producteurs de médicaments : ils défendent leurs intérêts de manière relativement autonome et, généralement, indépendamment les uns des autres. La concertation à la belge est plutôt l'exception que la règle.

b. Des montants considérables sont en jeu

Une forte décentralisation et balkanisation du terrain et des données disponibles limitent par ailleurs les possibilités de contrôle et réduisent la transparence. Ainsi, dans plusieurs systèmes de santé, celui qui paie les soins n'est pas celui qui en bénéficie ; il n'y a donc pas de contrôle intrinsèque des prestations effectuées. Le payeur ne peut vérifier si les soins ont été effectivement dispensés et le patient n'a pas de droit de regard sur la facturation du dispensateur de soins.

c. Certains systèmes de paiement encouragent des formes spécifiques de fraude

- Dans les pays où il est appliqué, le système “fee-for-service” (honoraires à l'acte) encourage la facturation de soins non dispensés ou la facturation excessive de soins.
- Une organisation centralisée des soins de santé génère des phénomènes de fraude tout autres. Au final, dans de nombreux pays, tant les consommateurs que les fournisseurs considèrent les pouvoirs publics et les assureurs comme des cibles de fraude faciles et généralement apathiques.



Dans le système “fee-for-service”, chaque prestation est remboursée séparément.

Dans les systèmes centralisés de soins de santé, comme par exemple le National health system au Royaume-Uni, on applique généralement des montants forfaitaires pour des prestations groupées.

4. Typologies de fraude

Selon le EHFCN, tous les États membres de l'UE rencontrent les mêmes types de fraude qui se manifestent dans une mesure plus ou moins grande selon le système de soins de santé concerné.



Plus d'informations sur le site Internet du EHFCN : www.ehfcn.org.

a. Fraude commise par les patients

La fraude commise par les patients est difficilement traçable. En effet, il s'agit généralement de petits montants et, dans de nombreux cas, il n'existe pas de fichiers de données agrégées permettant de révéler ces irrégularités.

Quelques exemples rencontrés dans les États membres de l'UE :

- obtenir irrégulièrement une dispense de paiement du ticket modérateur
 - bénéficier de remboursements indus de soins qui n'ont pas été dispensés
 - produire de faux certificats pour obtenir une intervention financière
 - commettre une fraude à l'identité pour bénéficier de soins ou de prestations auxquels la personne n'a pas droit
 - falsifier ou vendre des prescriptions
- > ○ En France, un patient âgé de 50 ans a été condamné pour escroquerie dans une douzaine de mutualités. Il demandait auprès des différentes mutualités le remboursement des mêmes soins reçus. Le total s'est élevé à 450.000 EUR.
- Un patient anglais a été condamné à une peine d'emprisonnement parce qu'il recevait frauduleusement – chez différents médecins – des quantités considérables d'antidouleurs qu'il revendait illégalement.

b. Fraude commise par les dispensateurs de soins

La fraude commise par des dispensateurs de soins (tant des dispensateurs individuels que des institutions) dans des États membres de l'UE relève :

- soit, de la catégorie “attestation erronée de soins et de prestations”. Le contrôle de cette catégorie porte sur :
 - la réalité de l'attestation (= les soins ont-ils été réellement dispensés ?)
 - la conformité (= les soins ont-ils été correctement attestés ?).
- soit, de la catégorie “exécution et attestation de soins ou de prestations inefficaces (inappropriée)”. L'examen de la fraude dans cette catégorie porte sur les constatations faites par rapport aux directives, aux indicateurs ou aux principes généraux tels que ceux du “bon père de famille”, ce qui rend la charge de la preuve plus difficile.

ATTESTATION ERRONÉE DE SOINS ET DE PRESTATIONS

Quelques exemples rencontrés dans les États membres de l'UE :

- attestation de soins non dispensés
 - “surcodage” ou attestation avec une valeur trop élevée
 - “split billing” ou fractionnement non autorisé de soins en plusieurs attestations avec une valeur totale plus élevée.
- > ○ Aux Pays-Bas, un dentiste a été condamné pour avoir attesté, sur une période de 4 ans, des traitements qu'il n'a jamais effectués et pour avoir attesté au nom d'autres patients (qu'il n'avait pas traités ou qui n'avaient pas reçu un traitement déclaré), le tout pour un montant de 400.000 EUR. Il a dû rembourser le montant total et a dû payer en outre une amende de 500.000 EUR.
- Au Portugal, certains hôpitaux portaient en compte, par patient, des conditionnements complets de médicaments alors que ces patients n'en consommaient que la moitié.

EXÉCUTION ET ATTESTATION DE SOINS OU DE PRESTATIONS INEFFICACES

Quelques exemples rencontrés dans les États membres de l'UE :

- soins ou prestations systématiquement trop onéreux effectués au lieu d'alternatives moins onéreuses de qualité équivalente
- exécution de soins ou de prestations inutiles
- exécution systématique de soins ou de prestations inefficaces.

> Dans un hôpital de Milan, des patients ont subi des interventions chirurgicales inutiles sous prétexte qu'un cancer ou une tuberculose avait été décelé. Deux personnes sont décédées et 13 médecins ont été condamnés à des peines d'emprisonnement.

c. Fraude commise par des fabricants et des fournisseurs d'appareils médicaux et de médicaments

La fraude apparaît depuis le niveau de la recherche et du développement jusqu'au niveau de la vente de matériel médical et de médicaments. Elle s'accompagne souvent de corruption au niveau des procédures de certification, d'autorisation, d'adjudication ou de fixation des prix, et de pratiques de marketing douteuses.

Quelques exemples rencontrés dans les États membres de l'UE :

- fourniture de produits contrefaits ou de qualité médiocre
- falsification de données dans la procédure en vue de l'autorisation de commercialisation.

> En Espagne, un fournisseur de voiturettes de moindre qualité a escroqué 200 patients et l'assurance soins de santé. Montant de la perte : 500.000 EUR.

d. Fraude commise par le personnel des établissements de soins

Il s'agit d'une fraude "administrative", fréquente dans la plupart des États membres de l'UE.

Quelques exemples rencontrés dans les États membres de l'UE :

- vols de médicaments ou de matériel dans les hôpitaux publics en vue d'une utilisation privée
- falsification de diplômes ou de qualifications.

> Dans un hôpital public, en Bulgarie, les patients devaient acheter eux-mêmes leurs médicaments en raison d'une pénurie de stocks : des médecins avaient volé des médicaments en vue d'une utilisation dans leur cabinet privé.

e. Fraude transfrontalière dans le secteur de la santé

Un phénomène particulier qui mérite certainement toute l'attention dans le contexte de la récente directive européenne sur les soins transfrontaliers ("cross border health care"¹) est la fraude transfrontalière dans le secteur de la santé.

Les risques de fraude transfrontalière ont augmenté pour les raisons suivantes :

- les patients ont le droit de se faire soigner dans un autre État membre alors que leur pays d'origine rembourse ces soins
- la libre circulation des dispensateurs de soins au sein de l'UE.

> Un exemple est le phénomène du "shopping transfrontalier", c'est-à-dire l'achat fréquent (plus d'une fois par mois) de médicaments par des patients belges dans des pharmacies néerlandaises proches de la frontière.

¹ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, 09-03-2011.

Le patient belge :

- échappe au ticket modérateur qu'il doit normalement payer en Belgique, au détriment donc de l'assurance soins de santé belge
- peut acheter des médicaments pour lesquels il faut normalement posséder en Belgique une autorisation spéciale (via le médecin-conseil de la mutualité)
- obtient le remboursement de médicaments qui ne sont pas remboursés en Belgique.

Tout cela se passe sous la **couverture illégitime** de la carte européenne d'assurance maladie.

Ces achats transfrontaliers représentent bien sûr un surcoût pour l'assurance soins de santé belge. Si ces mêmes médicaments remboursés avaient été achetés en Belgique, les dépenses auraient diminué d'environ 42%. C'est ce que révèle une analyse des formulaires E-125 de l'année 2011 qui règlent le remboursement entre États membres.

5. Ampleur de la fraude

À l'heure actuelle, aucune estimation fiable du coût total de la fraude en matière de soins de santé en Europe n'est disponible, que ce soit au niveau national ou international. Certaines estimations situent les pertes entre 3 et 10% des ressources disponibles en 2009¹. Les auteurs refusent cependant de citer leurs sources.

D'autres estimations extrapolent uniquement sur la base des chiffres de la fraude effectivement détectée.

6. Sanctionner la fraude

Sanctionner la fraude détectée pour clôturer une stratégie de contrôle ciblée est problématique dans plusieurs États membres de l'UE. Le "Standing Operational Committee Report 2010" du EHFCN mentionne pour 5 organisations membres du EHFCN si une certaine catégorie de sanctions a été rapportée et, le cas échéant, le nombre de sanctions infligées.

! La mention "non rapportée" signifie que l'organisation n'est pas compétente pour infliger un certain type de sanction.



CNAMTS = Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
SECM = Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI
HELFO = Helseøkonomiforvaltningen
ZN = Zorgverzekeraars Nederland
IGAS = Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

Tableau 1 - Nombre de sanctions pour cause de fraude en 2010

Type de sanction	CNAMTS France	SECM Belgique	HELFO Norvège	ZN Pays-Bas	IGAS Portugal
Disciplinaire	289	Non rapportée	Non rapportée	Non rapportée	Non rapportée
Administrative	521	161	818	Non rapportée	35
Civile	200	Non rapportée	229	Non rapportée	Non rapportée
Pénale	211	Non rapportée	2	Non rapportée	Non rapportée

Source : "Standing Operational Committee Report 2010" du EHFCN

¹ J.GEE, M. BUTTON et le CENTER FOR COUNTER FRAUD STUDIES AT UNIVERSITY OF PORTSMOUTH, "The financial cost of Healthcare Fraud", janvier 2010

7. Moyens disponibles

Seuls 13 États membres disposent d'une unité spécialisée pour contrôler la fraude dans le secteur de la santé. Dans les autres États membres, la police et le Ministère public s'attaquent directement à une affaire de fraude s'ils disposent de suffisamment d'éléments pour mener une enquête et entamer une procédure pénale. C'est généralement le cas en cas de suspicion de fraude fiscale. Dans certains pays d'Europe de l'Est, on met l'accent sur la lutte contre la "corruption" plutôt que sur le contrôle de la fraude au sens strict du terme.

Le tableau suivant indique, pour 5 organisations membres du EHFCN, le nombre d'enquêteurs spécialisés en charge du contrôle de la fraude.

	CNAMTS France	SECM Belgique	HELFO Norvège	ZN Pays-Bas	IGAS Portugal
Année de création	2006	1963	2009	2007	1999
Statut	Public	Public	Public	Privé	Public
Effectifs en personnel	40	100	20	40	60
% assurés	85%	100%	100%	100%	100%

Source : "Standing Operational Committee Report 2010" du EHFCN

8. Facteurs entravant le contrôle de la fraude dans le secteur de la santé

La littérature internationale qualifie la "fraude" de "business lamentable"¹ : *"Failure to detect fraud is bad news, and finding fraud is bad news too"*.

Pourquoi ?

- Ce que l'on voit n'est jamais le véritable problème. On ne voit que ce que l'on détecte. L'essentiel de la criminalité en col blanc, comme la fraude dans le secteur de la santé, relève de la catégorie des délits "non-self-revealing".
- Au mieux, les indicateurs de performance sont équivoques, au pire ils sont pervers et trompeurs. Si le montant de la fraude détectée augmente, cela signifie soit que le système de détection de la fraude s'améliore, soit que la fraude augmente. Le succès engrangé dans la détection et la poursuite de la fraude doit aussi être considéré comme un échec en matière de prévention.
- Une organisation investit plus facilement des outils dans des unités de production que dans le contrôle de la fraude. L'effet retour d'une réorganisation de la production est peut-être restreint mais il est aussi immédiatement visible. Miser sur le contrôle de la fraude permet à l'organisation de récupérer d'importants montants mais les résultats ne sont pas directement visibles.
- Le contrôle de la fraude est une action dynamique et pas statique. Les fraudeurs créatifs comprendront et contourneront ce qui aujourd'hui est encore efficace en matière de contrôle.
- Enquêter n'est pas contrôler. L'enquête est l'instrument. Le contrôle est l'objectif. Par définition, des enquêtes effectives n'aboutissent pas toujours à un contrôle effectif.

Il existe encore dans le secteur de la santé certains facteurs qui rendent encore plus difficile le contrôle de la fraude.

1 M. SPARROW, 'Licence To Steal. How Fraud Bleeds America's Healthcare System', Reviewed Version 2009.

- Un important segment de la société considère les assureurs publics et privés comme des cibles faciles (voir point 3.). Les assureurs-maladie eux-mêmes considèrent souvent les pertes financières dues à la fraude comme un “moral hazard”, un risque moral naturellement présent auquel nous ne pouvons rien. Ils ne considèrent donc pas les pertes comme un coût “business” substantiel nécessitant une approche forte.
- Lorsqu'ils sont confrontés à un phénomène de fraude, les groupements professionnels organisés dans le secteur de la santé ont souvent un “réflexe de défense corporatiste”.
- Lorsque la fraude est liée à la question de savoir s'il y a une fatalité médicale, alors la distinction entre fraude et abus n'est subitement plus aussi évidente.
- Il y a un manque total de mesures de risques systématiques de la fraude, ce qui est propre au secteur des assurances. Refuser le libre accès à des fichiers de données fiables est contre-productif. Par conséquent, le débat se focalise essentiellement sur l'ampleur du problème plutôt que sur les solutions éventuelles à y apporter. Cela peut provoquer une sous-utilisation massive des moyens disponibles pour contrôler la fraude.

9. Conclusion

Le chemin en matière de contrôle de la fraude dans le secteur de la santé en Europe est encore long. Trois pays traitent le problème de manière relativement efficace. Huit autres pays ne le font que partiellement et les pays restants ne font rien du tout. Les assureurs privés ont compris que la lutte contre la fraude représente finalement un avantage compétitif et que la coopération n'y fait pas obstacle.

Les pouvoirs publics doivent comprendre qu'il est grand temps d'éliminer de manière rationnelle les postes déficitaires inutiles dans le secteur de la santé. Bien sûr, dans ce contexte, ils ne pourront pas toucher aux principes de base d'une bonne gestion des soins de santé : grande accessibilité et qualité supérieure, conformément à la technologie disponible et aux connaissances médicales actuelles. La fraude fait obstacle à ces principes.



En 2002, une nouvelle mission d'information fut confiée au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) dans un objectif d'aide aux dispensateurs et de prévention des erreurs par une bonne connaissance de la réglementation. Afin d'assurer cette mission, une première série de brochures appelée "projet éducatif" a été publiée.

Par la suite, en 2006, le concept a été revu et a donné naissance à une nouvelle série intitulée "INFOBOX". La volonté manifeste du département information et communication est, non seulement de fournir l'information, mais surtout de le faire sous une forme pratique. Cela s'exprime, pour le fond, par la formule "La réglementation décryptée pour...", et pour la forme, par une brochure agréable à lire et à manipuler, facile à consulter.

En 2006, la première brochure "Infobox pour le médecin généraliste" est publiée. Depuis, la série s'est complétée au cours des années, disponible sous forme de brochure ou consultable sur le site de l'INAMI. Elle s'adresse actuellement à cinq groupes de dispensateurs de soins. Avec la publication en 2013 des deux dernières brochures, tous les groupes disposeront d'un Infobox.

Les matières abordées s'ouvrent à d'autres domaines législatifs que l'assurance soins de santé et indemnités (comme la santé publique et la sécurité sociale). Il concerne le cadre légal, les attestations, les prescriptions, le patient, l'incapacité de travail et la communication avec l'INAMI.

La réalisation est faite en collaboration avec les autres services de l'INAMI, le SPF Santé publique, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de Santé (AFMPS). Au départ, les Infobox étaient imprimés et distribués aux groupes cibles, avec une accessibilité sur le site web de l'INAMI. La série évoluera vers des versions digitales, mises à jour le plus régulièrement possible, et accessibles aux nouvelles technologies de communication.

VI. Du projet éducatif aux Infobox - Les brochures d'information du Service d'évaluation et de contrôle médicaux pour les dispensateurs de soins

1. Historique

En 2002, le Service de contrôle médical (SCM) est devenu le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM). Par ce changement de dénomination, le Service a voulu modifier sa stratégie : passer d'une action centrée sur le contrôle individuel à des approches différentes, tant individuelles que collectives.

Parmi ces approches nouvelles, en plus du contrôle et de l'évaluation, figure la volonté d'une mission d'information avec plusieurs buts :

- prévenir : informer les dispensateurs de soins évite des infractions à la réglementation com-
mises par ignorance, souvent invoquée auparavant par les dispensateurs pour justifier les
erreurs commises
- uniformiser : une information commune permet d'appliquer la réglementation de façon identique
- contribuer à une gestion optimale des moyens de l'assurance soins de santé et indemnités
- apporter de l'aide aux dispensateurs dans leurs recherches d'informations correctes.

Le contrat d'administration 2002-2004 évoque ce projet éducatif :

"Information aux dispensateurs de soins - Cet objectif propose, via la diffusion de modules, d'améliorer les connaissances des dispensateurs de soins dans les domaines de l'organisation, de la législation, de la réglementation et de la jurisprudence relatives à l'assurance soins de santé."

Le SECM publie des brochures dans le cadre du projet éducatif ; elles reprennent des parties de la législation et sont destinées à tous les dispensateurs de soins.

Modules du projet éducatif publiés :

- attestation de prestations ambulatoires
- la prescription médicale
- le médecin généraliste
- le candidat spécialiste
- les prestations connexes
- la kinésithérapie
- les soins infirmiers

En 2005, un département d'information et communication (i&c) est créé au SECM.

Ce département a pris contact avec les écoles et les universités pour savoir quelles informations étaient transmises aux étudiants. Les réponses reçues ont démontré une grande diversité dans les enseignements.

Le département "i&c" a alors repensé le concept des modules éducatifs et a proposé les brochures d'information Infobox (voir contrat d'administration de 2006 à 2012).

Les Infobox sont une réalisation du département information et communication (i&c) du SECM, en collaboration avec les autres services de l'INAMI, le SPF Santé publique, l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

2. La série Infobox

L'objectif de départ est, non seulement, de rassembler l'information utile au dispensateur de soins dans sa pratique dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités, mais aussi dans d'autres domaines législatifs (par exemple en santé publique) et de le faire sous une forme très accessible. Cela s'exprime, sur le fond, par la formulation "La réglementation décryptée pour...", et sur la forme, par des questions-réponses et une brochure agréable à lire et à manipuler, facile d'utilisation quant à son contenu.

En 2006, le SECM publie "l'Infobox Médecin généraliste"; c'est la première brochure de toute une série. Suite aux modifications de la législation, des éditions nouvelles, mises à jour, se sont avérées nécessaires. Le tableau suivant vous donne la série des brochures d'information, avec leur date de publication.

Titre	Edition
INFOBOX Médecin généraliste	Première édition 2006
INFOBOX Médecin généraliste	Edition revue 2007
INFOBOX Médecin spécialiste	Première édition 2008
INFOBOX Médecin généraliste	Edition revue 2009
INFOBOX Kinésithérapeute	Première édition 2010
INFOBOX Infirmier	Première édition 2010
INFOBOX Pharmacien	Première édition 2011
INFOBOX Médecin spécialiste	Edition revue 2013

Deux autres Infobox seront publiés en 2013 :

- Infobox Dentiste
- Infobox Général (à l'attention des dispensateurs de soins non repris ci-dessus).

3. Contenu des Infobox

Le contenu des Infobox est basé sur le canevas suivant, adapté en fonction du groupe cible :

- la 1^{re} partie "Cadre légal" traite des aspects administratifs de la profession (formation, agréation, accréditation, responsabilisation, accords)
- la 2^e partie "Attestation" explique comment attester les prestations (nomenclature)
- la 3^e partie est consacrée à la prescription
- la 4^e partie "Le prestataire et son patient" aborde l'assurance soins de santé du point de vue du patient (assurabilité, prix, droits, dossier du patient)
- la 5^e partie traite de l'incapacité de travail
- la 6^e partie "Communication" explique comment communiquer avec l'INAMI et avec le SECM en particulier
- la 7^e partie fournit les adresses des Commissions médicales provinciales du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé publique).

4. La brochure “Le SECM, missions et procédures”

La brochure “Le SECM, missions et procédures” reprend l’information essentielle pour les dispensateurs de soins :

- les missions du SECM
- les notions de base des relations entre le SECM et les dispensateurs de soins
- les catégories d’infractions, de sanctions et la description des procédures qui s’y rattachent.

Avec cette brochure, le SECM souhaite apporter des réponses aux questions souvent posées par les dispensateurs de soins lors de leurs contacts avec le SECM. Elle leur est remise en particulier lors d’une audition dans le cadre d’une enquête ; elle les informe sur le déroulement d’une enquête, sur les éventuelles procédures et sur les droits de la défense.

5. Diffusion des brochures

Jusqu’en 2012, les brochures étaient envoyées aux groupes cibles suivants :

- dispensateurs de soins nouvellement diplômés
- maîtres de stage
- Comité du SECM (organismes assureurs, représentants des dispensateurs)
- Ordre des médecins
- Ordre des pharmaciens
- Commissions médicales provinciales
- associations scientifiques
- écoles et universités.

En outre, toute personne intéressée par cette brochure peut en demander un exemplaire.

Le SECM a diffusé plusieurs milliers d’exemplaires. Très vite, d’autres lecteurs ont montré leur intérêt pour ces brochures.



Ces publications sont disponibles sur le site web de l’INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Information générale.

À l’heure actuelle, un dépliant informe les groupes cibles de l’existence d’une nouvelle brochure ; ceux-ci peuvent :

- la consulter en ligne
- demander une version imprimée au SECM, département i&c.

6. Les Infobox : un accueil très favorable

Les Infobox jouissent d’un accueil très favorable auprès de leurs lecteurs. En témoignent :

- les réactions lors des publications
- l’utilisation comme documentation par les enseignants
- le nombre de consultations sur le site web de l’INAMI
- les demandes d’exemplaires ou d’informations complémentaires
- etc.

7. L'avenir des Infobox

L'évolution des Infobox suivra les tendances actuelles :

- écologie : diminution des impressions par la suppression de l'envoi systématique de versions papier et par l'expédition uniquement sur demande
- électronique : instauration d'une version sur le site web de l'INAMI, plus interactive et constamment actualisée
- technologie : accès à la brochure par les appareils mobiles (code QR, smartphone, iPad, etc.)
- budget : adaptation aux moyens disponibles.

8. Conclusion

L'objectif de départ a été atteint : mettre une brochure d'information sur la réglementation à la disposition des dispensateurs de soins. La série sera complète en 2013. Son succès témoigne de la réponse à une demande des dispensateurs de soins. L'amélioration de l'accès grâce aux nouvelles technologies de communication contribuera à entretenir ce succès.



La loi du 31 mars 2010 a instauré le Fonds des accidents médicaux (FAM).

L'exposé résume :

- le contexte général qui a conduit à cette législation
- les 2 innovations majeures
- les lignes de force du système mis en place
- les missions et procédures
- la structure du FAM ainsi que son évolution par l'intégration, courant 2013, comme un nouveau service de l'INAMI.

Quelques indications sont fournies sur le personnel et sur le nombre de dossiers introduits depuis septembre 2012 jusqu'au 1^{er} mars 2013.

Un rapport annuel plus détaillé sera bientôt disponible et fournit des informations sur les activités du FAM depuis 2010 jusqu'au 28 février 2013.

VII. Le Fonds des accidents médicaux

1. Contexte

Appliquer le régime traditionnel (droit commun) de la responsabilité civile au domaine des fautes médicales et des accidents médicaux n'est aujourd'hui plus satisfaisant, tant pour le patient, les professionnels de la santé que pour les assureurs.

Avant la création du Fonds des accidents médicaux (FAM), la victime devait prouver la faute du dispensateur de soins ou de l'hôpital pour être indemnisée (sauf application de la présomption de faute ou de responsabilité ou d'une responsabilité objective). Il s'agissait souvent d'un véritable parcours du combattant pour le patient : de nombreuses expertises et contre-expertises médicales, d'importants frais, une procédure qui pouvait durer des années devant les cours et tribunaux. Le patient pouvait se retrouver, in fine, doublement victime.

De leur côté, pour se prémunir des actions en responsabilité civile, les dispensateurs de soins devaient payer de lourdes primes d'assurance ou n'osaient plus, dans certains cas, poser un acte médical sortant de l'ordinaire. Le nombre de procès augmentait, de même que les primes d'assurance. Par ailleurs, un sentiment de peur pouvait naître, impliquant le développement d'une médecine plus défensive, ce qui n'est pas nécessairement favorable aux patients.

2. Évolution législative

Dans un premier temps, le législateur a adopté 2 lois du 15 mai 2007 relatives à l'indemnisation des dommages liés à des soins de santé. Leur objectif était de répondre globalement aux différents problèmes rencontrés sur le terrain, en créant un système original d'indemnisation des victimes qui ne se basait plus sur la faute du dispensateur de soins.

Ces lois ne sont toutefois jamais entrées en vigueur. L'adoption des normes d'exécution a posé problème et, en outre, le monde politique n'est pas parvenu à adopter un consensus pour faire exécuter ces lois.

Le législateur a ensuite opté, 3 ans plus tard, pour un système qui s'inspire du modèle français d'indemnisation des dommages médicaux : un système dit "à 2 voies".

Ce choix du législateur a créé le Fonds des accidents médicaux (loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé).

3. Innovations majeures pour le patient

Le FAM offre 2 innovations majeures pour le patient :

- un nouveau droit à l'indemnisation d'accidents médicaux d'origine non fautive (risque médical ou aléa thérapeutique)
- une procédure amiable de résolution des litiges relatifs à tous les accidents médicaux par l'intermédiaire du FAM.



La France a adopté le système "à 2 voies" depuis 2002. Il a démontré son efficacité depuis lors.

4. Lignes de force du système

Le nouveau système couvre les dommages résultant d'un fait survenu à partir du 2 avril 2010. Le FAM est opérationnel (traitement des dossiers reçus) depuis le 1^{er} septembre 2012.

Les principales lignes de force du système sont les suivantes.

- La victime peut, à tout moment, choisir d'agir devant le FAM ou devant le juge (juridiction civile): c'est l'approche "à 2 voies". Choisir une procédure suspend toutefois l'autre. La procédure devant le FAM a cependant priorité sur celle qui se déroule devant les juridictions civiles.
- Les règles de droit commun, relatives à la responsabilité civile et à l'indemnisation des dommages s'appliquent. Le principe de la réparation intégrale (couverture totale du dommage dans ses différentes composantes et conséquences) a notamment été maintenu.
- La procédure est rapide et efficace. Elle permet à la victime d'un dommage résultant de soins de santé d'obtenir rapidement l'avis du FAM sur l'existence ou non d'un accident médical sans responsabilité ou d'une responsabilité d'un dispensateur de soins, et le cas échéant, sur l'indemnisation proposée par le responsable ou sa compagnie d'assurance.
- Le système prévoit une indemnisation à charge de l'État en cas d'accident médical sans responsabilité, pour autant que celui-ci présente un seuil de gravité minimum.
- Les victimes d'un dommage résultant de soins de santé, qui engage ou non la responsabilité d'un dispensateur de soins, reçoivent effectivement une indemnisation, pour autant que les conditions légales soient remplies.

Deux possibilités :

- le responsable ou sa compagnie d'assurance (sur invitation du FAM) indemnise les victimes
- le FAM indemnise lui-même; dans certains cas, il se substitue au responsable défaillant, contre qui il pourra se retourner, par la suite, pour récupérer l'indemnisation versée.
- Le système s'applique aux infections nosocomiales, pour autant qu'elles causent un dommage qui réponde aux conditions prévues par la loi.
- Le FAM est très accessible :
 - la procédure est gratuite et peu formaliste pour la victime
 - le FAM instruit lui-même la demande; il dispose pour cela de réels pouvoirs de contrainte.
- Le système favorise les règlements amiables, plus rapides et acceptés par toutes les parties.
- Les primes d'assurance payées par les dispensateurs de soins devraient tendre à se stabiliser.
- Le système doit être budgétairement équilibré et finançable; il est quasi uniquement financé par l'État.
- Ce système permettra d'enregistrer et d'analyser les accidents médicaux afin d'émettre, à moyen terme, des recommandations sur la prévention de dommages résultant de soins de santé.

5. Missions du FAM

a. Accidents médicaux sans responsabilité

Le Fonds **intervient et indemnise en cas d'accident médical sans responsabilité**. Les infections nosocomiales par exemple, seront mieux indemnisées : celles qui surviennent à la suite d'une prestation de soins pourront à l'avenir être indemnisées si elles présentent un certain seuil de gravité.

Le FAM indemnise les victimes d'accidents médicaux sans responsabilité aux conditions suivantes :

- l'accident doit découler d'une **prestation de soins de santé**



Une **prestation de soins de santé** est un service dispensé par un dispensateur de soins en vue de promouvoir, déterminer, conserver, restaurer ou améliorer l'état de santé du patient ou de l'accompagner en fin de vie¹.

- l'accident ne doit **pas résulter de l'état du patient** (c.-à-d. de l'évolution normale de la maladie)
- le **dommage** doit être **anormal** : ce sera le cas lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible
- le dommage doit atteindre un certain **seuil de gravité** :
 - une invalidité permanente de 25% au moins
 - une incapacité temporaire de travail durant au moins 6 mois consécutifs, ou durant 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois
 - des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient
 - le décès du patient.



L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité.

La réparation du FAM est intégrale : il n'y pas de franchises ou de plafonds.

b. Interventions du FAM hors des accidents médicaux sans responsabilité

Le FAM a également pour mission **d'examiner les demandes de toutes les victimes de dommages résultant de soins de santé et d'instruire les dossiers**, le cas échéant en finançant lui-même une expertise médicale.

Il peut également exiger la communication de toutes les informations utiles de la part des dispensateurs de soins (un praticien individuel ou une institution de soins) voire même de toute autre personne, afin de pouvoir apprécier les circonstances, les causes et les conséquences du dommage.

Le FAM constitue en outre une **garantie pour la victime contre le défaut d'assurance** dans le chef du dispensateur de soins : il indemnise la victime si le dispensateur de soins responsable n'est pas assuré ou ne l'est pas suffisamment.

De même, si le **dispensateur de soins ou son assureur conteste la responsabilité de ce dispensateur**, le FAM indemnise alors lui-même la victime, pour autant que le dommage présente un certain seuil de gravité. Il se retourne ensuite contre le dispensateur de soins ou l'assureur. Le FAM indemnise donc la victime rapidement et définitivement. La question de la responsabilité civile peut faire l'objet d'un procès ultérieur devant les tribunaux, où le dispensateur de soins ou son assureur et le FAM sont parties.

¹ Loi du 31-03-2010, art. 2, 4°

Le FAM intervient enfin également si un assureur fait une proposition qui **n'indemnise manifestement pas assez** la victime d'un dommage résultant de soins de santé.

Dans cette hypothèse aussi, il se retourne ensuite contre l'assureur pour récupérer l'indemnisation versée par le FAM.

Il pourra, en plus, lui réclamer une **indemnité forfaitaire égale à 15%** :

- du montant de l'indemnisation totale par le FAM
- ou le cas échéant, du montant établi par le juge (pour autant que ce dernier confirme que l'offre de l'assureur était manifestement insuffisante).

6. Caractéristiques de la “procédure FAM”

La procédure via le Fonds est :

- **gratuite** pour la victime
- **payante** pour le dispensateur (ou son assureur) **uniquement si** sa responsabilité est finalement établie : celui-ci devra prendre à sa charge les frais de l'expertise contradictoire organisée par le FAM
- **rapide** :
 - avis du FAM : environ 6 mois sur base d'un dossier complet
 - offre d'indemnisation : 3 mois
 - acceptation par la victime : 3 mois (avec possibilité de prolonger le délai)
 - paiement : 1 mois
 soit un peu plus d'un an dans une hypothèse idéale.
- **simple** : un formulaire de demande d'avis est disponible sur le site web du FAM ou sur demande par courrier ou par téléphone. Le FAM collecte les informations dont il a besoin pour évaluer les causes du dommage résultant des soins de santé et l'évaluation de celui-ci.

 Le formulaire est disponible sur le site web du FAM : www.fam.fgov.be, Rubrique Patient > Une nouvelle procédure d'avis et d'indemnisation > Comment introduire une demande auprès du Fonds ?

 Fonds des Accidents Médicaux, 211, Avenue de Tervueren, 1150 Bruxelles
Tél. : 02/790 10 90 (call center).

- **efficace** : une expertise médicale contradictoire est possible, voire obligatoire pour les cas qui présentent un certain niveau de gravité. Le FAM l'organise et la préfinance. Il en récupérera les frais auprès du dispensateur de soins (ou de son assureur) si sa responsabilité est finalement établie.

7. Structure du FAM

a. FAM comme organisme d'intérêt public

Le FAM a été mis en place comme un organisme d'intérêt public (OIP) de catégorie B¹. Selon la loi, le FAM est un organisme indépendant, mais qui peut s'appuyer au niveau pratique (RH, ICT, bâtiments, etc.) sur l'INAMI (adossement prévu par l'article 11 de la loi du 31 mars 2010).

Depuis cette date, une équipe projet composée d'agents de l'INAMI a préparé le démarrage effectif du FAM, à la fois sur le plan des moyens, outils et procédures pour le traitement des futurs dossiers d'indemnisation que sur la mise en place du FAM comme OIP.

Le Conseil d'administration est en place depuis le 23 septembre 2011. Il a travaillé intensément et positivement avec l'équipe projet et l'INAMI.

b. FAM comme 5e Service opérationnel de l'INAMI

L'analyse et le recul ont permis de pointer du doigt les difficultés liées à la coexistence de l'INAMI et du FAM comme organismes distincts.

La différence de statut entre l'INAMI (IPSS) et le FAM (OIP, catégorie B) rend difficile l'adossement et les économies d'échelles attendues, notamment sur le plan des mises à la disposition et des transferts éventuels du personnel, du statut de celui-ci, etc.

La personnalité juridique propre du Fonds entraîne, en outre, des obligations en terme de gestion du personnel et de gestion financière (budget, comptes, etc.). Elles alourdissent considérablement la mise en place du FAM et sa gestion. De plus, elles diminuent les économies d'échelles attendues, sans apporter une plus-value réelle à la réalisation des missions du FAM.

C'est pourquoi, le FAM est devenu, au 1^{er} avril 2013, le **5^e service opérationnel de l'INAMI**, avec ses organes spécifiques, en abandonnant dès lors sa personnalité juridique initialement prévue.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI) comprend un nouveau titre "**Vibis - DE L'INDEMNISATION DES DOMMAGES RESULTANT DE SOINS DE SANTE**" et crée ainsi un nouveau service opérationnel à l'INAMI, le "Fonds des accidents médicaux".

L'article 1^{er} de la loi SSI prévoit, par ailleurs, un **régime d'indemnisation des accidents médicaux** et l'organise comme un **secteur distinct**, qui devient le **3^e secteur de la loi**, à côté des soins de santé et des indemnités.

Cette intégration offre notamment les garanties suivantes :

- une autonomie et un cloisonnement strict du Service et de ses organes spécifiques dans l'exercice de leurs missions légales par rapport aux autres services de l'INAMI
- une intégration fonctionnelle du service dans les divers aspects de la gestion (R.H., ICT, comptabilité, logistique, etc.) hors des tâches liées spécifiquement aux missions (dossiers d'indemnisation).

Le Conseil d'administration est devenu le Comité de gestion de ce nouveau service. Les professeurs Geneviève SCHAMPS et Steven LIERMAN en sont respectivement les président et vice-président.

¹ Loi du 31-03-2010, art. 6

Une vingtaine d'agents composeront le FAM, au terme des recrutements toujours en cours : un Directeur-général, 2 juristes, 2 équipes de gestionnaires de dossiers (1 juriste et 3 gestionnaires dans chaque équipe NL-FR), une équipe d'expertise médicale de 4 médecins, un secrétariat de 2 personnes et une équipe de support (ICT, Finances, HR, etc.) en partage avec l'INAMI. Le FAM pourra faire appel à de l'expertise juridique et médicale externe (désignée par appel d'offre).

8. Premiers chiffres

A la date du 1^{er} mars 2013, le FAM a reçu 757 dossiers (465 FR, 290 NL et 2 DE) dont 94 ont été considérés irrecevables ou clôturés.

Le solde, soit 663 dossiers, se répartissait comme suit :

- 181 étaient en phase 1 de dépôt et d'analyse de recevabilité des demandes d'avis
- 482 étaient en phase 2 d'évaluation juridique et médicale (délai de 6 mois pour rendre un avis).

9. Conclusions

La loi du 31 mars 2010 est le résultat d'un long processus de concertation entre toutes les parties concernées : patients, dispensateurs de soins, mutualités, institutions de soins et compagnies d'assurance. C'est finalement une solution équilibrée et pérenne qui a ainsi pu être élaborée dans un domaine où les sensibilités et les attentes sont fortes, qu'il s'agisse de la victime d'un accident médical ou de sa famille, ou du dispensateur de soins. Au-delà de la question de savoir si une responsabilité civile peut ou non être imputée à un dispensateur de soins, il convient surtout de donner aux parties, dans les délais les plus brefs possibles, une réponse fondée scientifiquement, et d'assurer le cas échéant une indemnisation effective et adéquate de la victime.

Ce nouveau dispositif est un des éléments qui doit contribuer à l'amélioration de la qualité de la relation thérapeutique entre le dispensateur de soins et le patient, ce qui, au final, bénéficie à tous.

Si une période prolongée d'affaires courantes a retardé la date à laquelle le FAM a concrètement commencé à traiter les dossiers, soit à partir de septembre 2012, ceci n'a eu aucun impact sur les droits des citoyens. En effet, tous les dommages résultant d'un fait survenu à partir du 2 avril 2010 (date de la publication de la loi au Moniteur belge) sont couverts. Par ailleurs, l'INAMI s'est attelé à exécuter la loi avant sa publication. C'est grâce à ce travail préparatoire que le FAM a pu démarrer ses activités dans de bonnes conditions en septembre 2012, grâce à une équipe de base très motivée. Depuis cette date, l'équipe de base s'est vu graduellement renforcée. Le FAM rendra donc prochainement ses avis sur les premiers dossiers déposés.

Enfin, le FAM, intégré au sein de l'INAMI et de la sécurité sociale, est le gestionnaire d'une nouvelle protection sociale, en renforçant la confiance dans l'assurance soins de santé par une couverture des aléas, risques et accidents médicaux. Dans un contexte plus général, ceci démontre que la protection sociale peut et doit encore évoluer afin de mieux prendre en compte les risques sociaux.



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 révalidation, 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 uniquement les praticiens de soins avec une activité en 2011.

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 regroupée 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 2011 et au 31 décembre 2012.

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 prester et des praticiens de soins

Le recensement des praticiens de soins durant une année (par exemple, en 2011) ne tient compte que des professionnels en droit de prester 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 (31-12-2011 et 31-12-2012) et praticiens de soins (année 2011)

Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2011			Praticiens de soins 2011	En formation 2011		Densité 2011	En droit de prêter 31-12-2012	
	65 et +	- 65	Total	Nombre	Nombre	%	/10.000 hab.	Nombre	Évolution 2011-2012
Médecins	7.875	33.391	41.266	32.182	4.493	14%	29,2	41.840	1%
Médecins généralistes	2.593	12.067	14.660	12.290	708	6%	11,1	14.799	1%
Pédiatres	418	1.322	1.740	1.350	335	25%	1,2	1.765	1%
Gynécologues	356	1.197	1.553	1.352	247	18%	1,2	1.582	2%
Psychiatres	543	1.637	2.180	1.865	292	16%	1,7	2.238	3%
Spécialités médicales	2.118	8.546	10.664	8.866	1.593	18%	8,0	10.838	2%
Spécialités chirurgicales	1.373	6.019	7.392	6.059	1.318	22%	5,5	7.523	2%
Médecins non spécialisés	474	2.603	3.077	400	-	0%	0,4	3.095	1%
Professions non médicales	9.214	141.205	150.419	93.180	203	0%	84,4	156.394	4%
Pharmaciens	2.167	12.953	15.120	12.845	-	0%	11,6	15.544	3%
Dentistes	1.200	7.679	8.879	7.777	203	3%	7,0	9.031	2%
Infirmiers et sages-femmes	2.802	81.119	83.921	44.836	-	0%	40,6	87.432	4%
Kinésithérapeutes	1.619	26.169	27.788	18.342	-	0%	16,6	28.560	3%
Professions paramédicales	1.426	13.285	14.711	9.380	-	0%	8,5	15.827	8%
Total général	17.089	174.596	191.685	125.362	4.696	4%	113,6	198.234	3%

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 (31-12-2011 et 31-12-2012) et praticiens de soins (année 2011)

Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2011			Praticiens de soins 2011	En formation 2011		Densité 2011 /10.000 hab.	En droit de prêter 31-12-2012	
	65 et +	- 65	Total		Nombre	%		Nombre	Évolution 2011-2012
Médecins	7.875	33.391	41.266	32.182	4.493	14%	29,2	41.840	1%
Médecine générale	2.593	12.067	14.660	12.290	708	6%	11,1	14.799	1%
Pédiatrie	418	1.322	1.740	1.350	335	25%	1,2	1.765	1%
Pédiatrie	412	1.267	1.679	1.297	335	26%	1,2	1.698	1%
Neuropédiatrie	6	55	61	53	-	0%	0,0	67	10%
Gynécologie	356	1.197	1.553	1.352	247	18%	1,2	1.582	2%
Psychiatrie	543	1.637	2.180	1.865	292	16%	1,7	2.238	3%
Psychiatrie	340	1.515	1.855	1.697	292	17%	1,5	1.932	4%
Neuropsychiatrie	203	122	325	168	-	0%	0,2	306	-6%
Spécialités médicales	2.118	8.546	10.664	8.866	1.593	18%	8,0	10.838	2%
Médecine interne générale	389	925	1.314	943	548	58%	0,9	1.326	1%
Médecine interne et nucléariste	42	28	70	48	-	0%	0,0	70	0%
Gériatrie	72	255	327	276	49	18%	0,3	291	-11%
Gériatrie endocrinologie	1	15	16	16	-	0%	0,0	-	-100%
Endocrinologie	38	207	245	232	-	0%	0,2	263	7%
Oncologie médicale	12	190	202	195	34	17%	0,2	223	10%
Hématologie	9	112	121	116	-	0%	0,1	130	7%
Rhumatologie	58	189	247	212	12	6%	0,2	252	2%
Rhumatologie et médecine physique	23	-	23	10	-	0%	0,0	22	-4%
Pneumologie	54	451	505	458	47	10%	0,4	533	6%
Gastroentérologie	94	585	679	608	63	10%	0,6	701	3%
Cardiologie	197	939	1.136	976	104	11%	0,9	1.163	2%
Neurologie	24	451	475	451	104	23%	0,4	497	5%
Médecine physique	89	431	520	449	68	15%	0,4	533	3%
Dermatologie	168	605	773	687	75	11%	0,6	789	2%
Oto-rhino-laryngologie	153	555	708	614	84	14%	0,6	714	1%
Radiothérapie	13	207	220	172	49	28%	0,2	216	-2%
Radiothérapie nucléariste	46	32	78	51	-	0%	0,0	76	-3%
Médecine nucléaire	11	186	197	173	36	21%	0,2	206	5%
Biologie	172	298	470	272	47	17%	0,2	470	0%
Biologie et médecine nucléaire	51	191	242	186	-	0%	0,2	239	-1%
Biologie et anatomo-pathologie	34	9	43	19	-	0%	0,0	43	0%
Anatomo-pathologie	55	291	346	282	48	17%	0,3	349	1%
Radiologie	313	1.394	1.707	1.420	225	16%	1,3	1.732	1%
Spécialités chirurgicales	1.373	6.019	7.392	6.059	1.318	22%	5,5	7.523	2%
Anesthésiologie	286	1.963	2.249	1.770	422	24%	1,6	2.290	2%
Médecine aiguë et médecine d'urgence	6	331	337	307	164	53%	0,3	351	4%
Chirurgie générale	430	1.246	1.676	1.281	275	21%	1,2	1.693	1%
Orthopédie	218	877	1.095	943	181	19%	0,9	1.105	1%
Urologie	85	333	418	366	72	20%	0,3	430	3%
Neurochirurgie	31	173	204	177	42	24%	0,2	209	2%
Chirurgie plastique	42	226	268	224	48	21%	0,2	275	3%
Chirurgie ophtalmologique	275	870	1.145	991	114	12%	0,9	1.170	2%

Tableau 2 - Professionnels en droit de prêter (31-12-2011 et 31-12-2012) et praticiens de soins (année 2011) (suite)

Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2011			Praticiens de soins 2011	En formation 2011		Densité 2011	En droit de prêter 31-12-2012	
	65 et +	- 65	Total	Nombre	Nombre	%	/10.000 hab.	Nombre	Évolution 2011-2012
Médecins non spécialisés	474	2.603	3.077	400	-	0%	0,4	3.095	1%
Autres méd. généralistes non spécialisés	431	1.189	1.620	259	-	0%	0,2	1.594	-2%
Autres non spécialisés ou spécialité inconnue	43	1.414	1.457	141	-	0%	0,1	1.501	3%
Professions non médicales	9.214	141.205	150.419	93.180	203	0%	84,4	156.394	4%
Pharmaciens	2.167	12.953	15.120	12.845	-	0%	11,6	15.544	3%
Pharmaciens titulaires	801	5.119	5.920	5.119	-	0%	4,6	5.919	0%
Pharmaciens non titulaires	1.204	7.334	8.538	7.334	-	0%	6,6	8.955	5%
Pharmaciens biologistes	162	500	662	392	-	0%	0,4	670	1%
Dentistes	1.200	7.679	8.879	7.777	203	3%	7,0	9.031	2%
Dentistes généralistes	1.084	6.880	7.964	6.953	104	1%	6,3	8.086	2%
Parodontologues	-	145	145	139	22	16%	0,1	151	4%
Orthodontistes	25	401	426	399	42	11%	0,4	439	3%
Stomatologues	91	253	344	286	35	12%	0,3	355	3%
Infirmiers et sages-femmes	2.802	81.119	83.921	44.836	-	0%	40,6	87.432	4%
Sages-femmes	453	3.625	4.078	2.006	-	0%	1,8	4.301	5%
Infirmiers	1.627	69.850	71.477	38.758	-	0%	35,1	74.673	4%
Infirmiers sages-femmes	101	1.766	1.867	1.042	-	0%	0,9	1.995	7%
Assistants hospitaliers	621	5.878	6.499	3.030	-	0%	2,7	6.463	-1%
Kinésithérapeutes	1.619	26.169	27.788	18.342	-	0%	16,6	28.560	3%
Professions paramédicales	1.426	13.285	14.711	9.380	-	0%	8,5	15.827	8%
Diététiciens	13	2.038	2.051	778	-	0%	0,7	2.210	8%
Podologues	1	313	314	223	-	0%	0,2	354	13%
Logopèdes, ergothérapeutes	57	6.498	6.555	4.958	-	0%	4,5	7.340	12%
Bandagistes, orthopédistes, audiciens, opticiens, orthoptistes, fournisseurs d'implants	1.355	4.436	5.791	3.421	-	0%	3,1	5.923	2%
Total général	17.089	174.596	191.685	125.362	4.696	4%	113,6	198.234	3%

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

e. Recensement des praticiens de soins par année (2003-2011)

Le recensement (tableau 3) reprend, de 2003 à 2011, par année, l'ensemble des praticiens de soins qui ont une pratique attestée parmi les professionnels en droit de prêter (sauf exclusions, voir ci-dessous). Le taux d'accroissement annuel est calculé sur la période 2003 à 2011 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 2003-2011

Spécialités/professions	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution annuelle moyenne
Médecins	29.646	29.891	30.081	30.440	30.868	31.281	31.561	31.794	32.164	1,02%
Médecins généralistes	12.394	12.412	12.405	12.415	12.336	12.273	12.272	12.217	12.273	-0,12%
Pédiatrie	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.269	1.301	1.331	1.350	2,05%
Pédiatrie	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.220	1.251	1.281	1.297	1,54%
Neuropédiatrie	-	-	-	-	-	49	50	50	53	
Gynécologie	1.183	1.203	1.211	1.233	1.265	1.317	1.331	1.346	1.352	1,68%
Psychiatrie	1.771	1.797	1.803	1.840	1.855	1.891	1.914	1.932	1.865	0,65%
Psychiatrie	568	1.356	1.469	1.516	1.547	1.593	1.626	1.656	1.697	14,66%
Neuropsychiatrie	1.203	441	334	324	308	298	288	276	168	-21,81%
Spécialités médicales	7.559	7.680	7.829	8.027	8.193	8.372	8.500	8.627	8.866	2,01%
Médecine interne générale	1.716	1.720	1.713	1.542	1.319	1.328	1.276	959	943	-7,21%
Médecine interne et nucléariste	71	69	66	64	59	57	57	52	48	-4,78%
Gériatrie	-	-	-	210	219	225	237	262	276	
Gériatrie endocrinologie	1	1	1	1	15	15	16	16	16	41,42%
Endocrinologie	-	-	-	-	187	195	201	219	232	
Oncologie médicale	-	-	-	-	-	-	3	193	195	
Hématologie								112	116	
Rhumatologie	206	206	209	208	208	203	204	205	212	0,36%
Rhumatologie et médecine physique	16	13	11	12	10	10	10	10	10	-5,71%
Pneumologie	299	322	348	370	381	395	411	431	458	5,47%
Gastroentérologie	386	407	443	461	488	523	588	605	608	5,84%
Cardiologie	761	779	802	826	898	922	942	959	976	3,16%
Neurologie	184	203	231	253	276	297	314	330	451	11,86%
Médecine physique	397	407	409	418	421	432	439	443	449	1,55%
Dermatologie	605	615	632	641	652	670	675	682	687	1,60%
Oto-rhino-laryngologie	544	546	550	561	576	590	604	602	614	1,52%
Radiothérapie	130	136	138	144	149	152	158	166	172	3,56%
Radiothérapie nucléariste	69	67	65	64	59	60	56	54	51	-3,71%
Médecine nucléaire	143	144	147	147	157	160	166	169	173	2,41%
Biologie	271	272	270	275	264	265	265	268	272	0,05%
Biologie et médecine nucléaire	207	203	201	199	198	194	195	188	186	-1,33%
Biologie et anatomo pathologie	37	32	31	28	26	26	21	22	19	-7,99%
Anatomo-pathologie	237	245	251	259	262	264	266	276	282	2,20%
Radiologie	1.279	1.293	1.311	1.344	1.369	1.389	1.396	1.404	1.420	1,32%
Spécialités chirurgicales	4.907	5.012	5.155	5.231	5.510	5.717	5.806	5.916	6.059	2,67%
Anesthésiologie	1.393	1.435	1.505	1.537	1.586	1.633	1.678	1.710	1.770	3,04%
Médecine aiguë et médecine d'urgence	-	-	-	-	150	244	257	306	307	
Chirurgie générale	1.163	1.195	1.209	1.221	1.232	1.261	1.261	1.261	1.281	1,22%
Orthopédie	823	828	857	869	893	902	917	930	943	1,72%
Urologie	311	315	322	328	339	342	352	355	366	2,06%
Neurochirurgie	129	138	141	149	155	161	163	169	177	4,03%
Chirurgie plastique	177	180	191	193	201	209	211	213	224	2,99%
Chirurgie ophtalmologique	911	921	930	934	954	965	967	972	991	1,06%
Médecins non spécialisés	684	626	504	497	473	442	437	425	399	-6,52%
Autres méd. généralistes non spécialisés	684	626	356	346	316	292	282	268	259	-11,43%
Autres non spécialisés ou spécialité inconnue	-	-	148	151	157	150	155	157	140	

Tableau 3 - Nombre de praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité - Evolution 2003-2011 (suite)

Spécialités/professions	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution annuelle moyenne
Professions non médicales	51.420	51.976	52.600	53.561	59.397	57.937	59.220	60.901	63.086	2,59%
Pharmaciens biologistes	374	364	367	364	363	388	383	389	392	0,59%
Dentistes	7.680	7.712	7.694	7.748	7.677	7.663	7.655	7.675	7.777	0,16%
Dentistes généralistes	7.421	7.451	7.440	7.484	6.934	6.881	6.859	6.862	6.953	-0,81%
Parodontologues	-	-	-	-	108	118	124	134	139	
Orthodontistes	-	-	-	-	375	395	392	394	399	
Stomatologues	259	261	254	264	260	269	280	285	286	1,25%
Infirmiers et sages-femmes	20.129	20.782	21.564	22.477	23.159	23.978	24.814	25.849	27.215	3,84%
Sages-femmes	1.242	1.357	1.482	1.559	1.659	1.619	1.690	1.846	1.960	5,87%
Infirmiers	16.791	17.388	18.099	18.955	19.613	20.464	21.268	22.118	23.344	4,20%
Infirmiers sages-femmes	715	743	768	768	767	819	821	876	923	3,24%
Assistants hospitaliers	1.381	1.294	1.215	1.195	1.120	1.076	1.035	1.009	988	-4,10%
Kinésithérapeutes	17.338	17.317	17.310	17.451	17.544	17.716	17.786	18.003	18.325	0,69%
Professions paramédicales	5.899	5.801	5.665	5.521	10.654	8.192	8.579	8.985	9.377	5,96%
Diététiciens	-	-	-	-	591	625	657	722	776	
Podologues	-	-	-	-	177	176	194	203	223	
Logopèdes, ergothérapeutes	2.034	2.040	2.023	2.005	6.415	4.237	4.456	4.683	4.958	11,78%
Bandagistes, orthopédistes, audiciens, opticiens, orthoptistes, fournisseurs d'implants	3.865	3.761	3.642	3.516	3.471	3.154	3.272	3.377	3.420	-1,52%

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

2. Dépenses de santé



Les éléments de 2012 sont provisoires. Pour 2013, les montants repris correspondent aux différents objectifs budgétaires partiels fixés par le Conseil général et le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

Le tableau 4 et le graphique 1 présentent une évolution de 2009 à 2013 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.).

En comparaison avec le rapport annuel 2011, les données pour 2011, 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 10 rubriques principales et une rubrique “reste”.

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 (MSP)
- 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 3 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), 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 2009 à 2012 -**Répartition des objectifs budgétaires partiels de 2013 suivant différentes catégories de prestations et/ou de dispensateurs (en milliers d'EUR)**

	2009	2010	2011	2012	Objectif 2013 (*)
Médecins	6.637.649	6.665.919	6.955.943	7.265.430	7.538.422
Infirmiers	1.001.744	1.063.302	1.122.136	1.200.395	1.302.569
Dentistes	733.995	756.408	775.562	804.462	841.457
Kinésithérapeutes	549.049	580.007	606.694	624.859	657.250
Pharmacie	4.120.388	4.249.222	4.395.249	4.366.572	4.250.645
Paramédicaux	781.548	834.888	889.167	983.748	1.098.766
Hospitalisation	4.711.393	4.836.026	5.207.108	5.428.277	5.781.279
Autres séjours	2.665.194	2.847.789	3.042.726	3.194.114	3.410.919
MAF	304.212	326.335	329.653	328.002	372.949
Reste	916.628	666.523	753.146	788.993	1.422.330
Total	22.421.800	22.826.419	24.077.384	24.984.852	26.676.586

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

(*) Objectif 2013 approuvé par le Conseil général du 22 avril 2013

Graphique 1 - Répartition des objectifs budgétaires partiels de 2013 suivant différentes catégories de prestations et/ou de dispensateurs (en %)

Médecins	28,3	
Infirmiers	4,9	
Dentistes	3,2	
Kinésithérapeutes	2,5	
Pharmacie	15,9	
Paramédicaux	4,1	
Hospitalisation	21,7	
Autres séjours	12,8	
MAF	1,4	
Reste	5,3	

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 2009 à 2011, les montants à charge des patients (ticket modérateur) 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 - Ticket modérateur annuel à charge du patient (en milliers d'EUR)			
	2009	2010	2011
Médecins	749.168	742.894	752.481
Infirmiers	7.672	7.821	8.133
Dentistes	113.110	116.087	119.816
Kinésithérapeutes	141.519	144.536	150.083
Pharmacie	602.601	559.938	544.223
Paramédicaux	116.935	129.711	144.987
Hospitalisation	204.642	203.572	205.498
Autres séjours	10.235	12.622	11.294
Reste	18.305	19.622	20.641
Total	1.964.187	1.936.803	1.957.156

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

Graphique 2 - Ticket modérateur à charge du patient en 2011		
Médecins	38,4	
Infirmiers	0,4	
Dentistes	6,1	
Kinésithérapeutes	7,7	
Pharmacie	27,8	
Paramédicaux	7,4	
Hospitalisation	10,5	
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 : ambulant ou hospitalisé

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

Le tableau 6 et le graphique 3 reprennent, pour les années 2006 et 2011, 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 "ambulant – hospitalisé". 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 2011, 63,2% des dépenses totales bénéficient aux patients ambulants, 36,8% aux patients hospitalisés. De 2006 à 2011, la part des dépenses pour les patients ambulants est passée de 60,9% à 63,2%, soit une hausse de 2,3 points de pourcent.

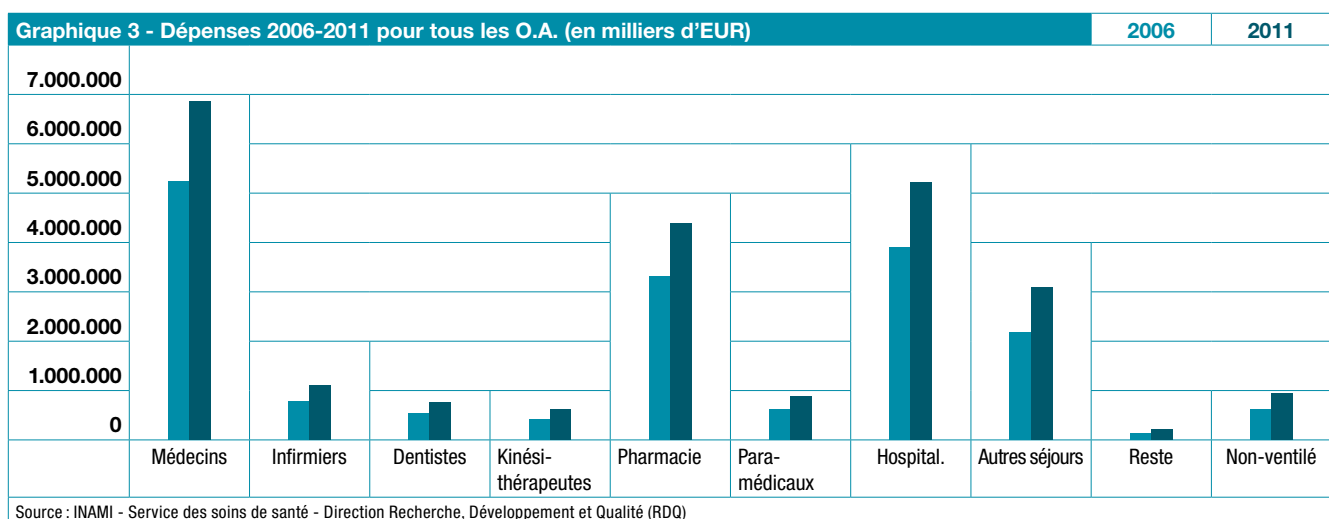
Le tableau 6 présente ses rubriques de la même façon que les tableaux 4 et 5.

La ventilation "ambulant-hospitalisé" est fonction de l'état du patient. Elle n'est pas fonction du lieu où la prestation est effectuée. Certaines prestations "ambulatoriales" se déroulent à l'hôpital, mais sous hospitalisation.



Tableau 6 - Dépenses 2006-2011 pour tous les O.A. (en milliers d'EUR)										2006	2011
	Ambulant		%		Hospitalisé		%		Total		
Médecins	3.376.208	4.514.781	64,4	66,0	1.869.949	2.327.851	35,6	34,0	5.246.157	6.842.632	
Infirmiers	786.595	1.122.136	100,0	100,0	-	-	0,0	0,0	786.595	1.122.136	
Dentistes	538.810	760.218	99,7	99,7	1.590	2.057	0,3	0,3	540.400	762.275	
Kinésithérapeutes	377.462	550.849	90,4	91,8	39.962	49.033	9,6	8,2	417.424	599.882	
Pharmacie	2.721.904	3.810.189	82,4	87,0	580.184	569.136	17,6	13,0	3.302.088	4.379.325	
Paramédicaux	240.438	385.867	39,2	43,4	373.203	503.300	60,8	56,6	613.641	889.167	
Hospitalisation	184.752	294.576	4,7	5,7	3.719.152	4.912.532	95,3	94,3	3.903.904	5.207.108	
Autres séjours	2.074.747	2.968.651	95,3	95,7	101.263	132.516	4,7	4,3	2.176.010	3.101.167	
Reste	136.021	212.360	94,9	96,8	7.261	7.116	5,1	3,2	143.282	219.476	
Total	10.436.937	14.619.627	60,9	63,2	6.692.564	8.503.541	39,1	36,8	17.129.501	23.123.168	
Non-ventilé										610.676	954.216
Total général										17.740.177	24.077.384

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 6bis donne le détail et l'évolution de la rubrique "non-ventilé" de 2005 à 2010.

Tableau 6 bis - Répartition de la rubrique "non-ventilé" du tableau 6 (en milliers d'EUR)

	2006	2011
Honoraires médicaux		
Accréditation	12.891	10.617
Dossier médical global	1.238	0
Forfait télématique (1)	5.159	6.547
Contrôle de qualité biologie clinique (2)	1.829	9.075
Forfait services de garde organisés	7.055	64.252
Maisons médicales (3)	36.386	84.834
Dentistes - Accréditation	9.380	13.287
Fin de carrière	43.964	98.023
Régularisations + refacturation	-93.591	-99.826
MAF	288.916	329.653
Soutien aux soins multidisciplinaires	436	1.424
Harmonisation salariale	254.095	284.128
Prime syndicale	2.120	4.293
MRS/MRPA/Centres de jour : prime informatique unique	0	17
MRS/MRPA/Centres de jour : infirmier gériatrique	0	15
Kinésithérapeutes - Forfait télématique (1)	4.322	6.812
Renouvellements de soins	2.077	13.474
Equipes multidisciplinaires voitures	164	535
Sevrage tabac	0	837
Impulso I + II + III	553	6.908
Soutien de la pratique médecine générale	0	15.912
Internés	17.352	30.863
Montant prévisionnel accord social	4.886	18.076
Montants de rattrapage hôpitaux	864	0
Algologie (art 56)	55	0
2 ^e pilier fonds pensions prestataires	8.306	0
Herceptine (art 56)	2.219	0
Vaccin pneumocoque (art 56)	0	15.924
Récipés magistraux (prescription sur nom de matière)	0	220
SIDA	0	0
Revalidation oncologique	0	0
Projet Vinca infirmières	0	0
Prime d'informatique unique infirmières	0	8.903
Projet aides-soignantes	0	0
Infirmières - Soins à domicile : accord sociale	0	5.058
Centres palliatifs de jour	0	277
Maisons de soins psychiatriques : accord sociale	0	245
Fonds assuétude	0	3.000
Expertise loi santé	0	1.078
e-Health	0	0
Compromis laboratoire biologie clinique	0	0
Financement syndicats médicaux	0	1.085
Circuit de soins psychiatriques	0	1.774
Télématique pharmaciens (1)	0	1.778
Maladies chroniques - MS/ALS/Huntington	0	6.432
Maisons médicales : accord social	0	2.391
Fonds d'avenir	0	0

Tableau 6 bis - Répartition de la rubrique "non-ventilé" du tableau 6 (en milliers d'EUR) (suite)		
	2006	2011
Plan cancer	0	851
Projet E-Learning	0	617
Transfert indemnités	0	4.810
Prime d'informatique bandagistes	0	17
Total	610.676	954.216
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 sexe, les données suivantes :

- les dépenses de l'assurance soins de santé en 2011
- les affiliés des mutualités (effectifs) en 2011
- les coûts moyens calculés par bénéficiaire en 2011
- une comparaison des coûts moyens, d'une part, entre 2010 et 2011, et, d'autre part, entre 2009 et 2011.

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").



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 âge et sexe des assurés. Auparavant, seule une ventilation sur base du régime était possible.



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.

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

Dépenses en 2011 (en milliers d'EUR)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	300.386	384.642	107.305	151.333	943.666	33.636	45.318	78.954	1.022.619		
10 à 19 ans	283.139	273.975	129.681	150.393	837.188	38.369	37.786	76.155	913.343		
20 à 29 ans	564.925	308.537	181.405	158.702	1.213.569	38.592	27.430	66.022	1.279.591		
30 à 39 ans	763.210	422.720	226.308	211.919	1.624.157	66.872	59.480	126.352	1.750.510		
40 à 49 ans	799.306	624.302	346.608	307.059	2.077.275	89.704	124.219	213.923	2.291.199		
50 à 59 ans	1.014.760	943.864	475.023	412.975	2.846.623	113.702	176.429	290.131	3.136.754		
60 à 69 ans	1.055.094	1.179.211	577.673	488.203	3.300.180	113.286	155.996	269.282	3.569.463		
70 à 79 ans	1.170.991	1.200.220	864.065	546.159	3.781.435	161.286	149.774	311.060	4.092.495		
80 à 89 ans	1.207.591	790.165	1.374.057	507.153	3.878.966	216.810	139.633	356.443	4.235.409		
90 ans et +	318.476	117.287	491.072	103.384	1.030.220	80.329	26.001	106.330	1.136.550		
Total	7.477.879	6.244.924	4.773.196	3.037.280	21.533.279	952.586	942.067	1.894.653	23.427.932		

Effectif des bénéficiaires en 2011										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	437.231	457.206	79.058	83.732	1.057.227	50.247	53.081	103.328	1.160.555		
10 à 19 ans	444.892	462.468	93.153	98.884	1.099.397	57.489	60.113	117.602	1.216.999		
20 à 29 ans	533.461	536.859	79.705	68.551	1.218.576	44.305	53.935	98.240	1.316.816		
30 à 39 ans	561.413	549.361	74.670	57.934	1.243.378	54.694	92.395	147.089	1.390.467		
40 à 49 ans	598.169	583.050	92.298	69.775	1.343.292	77.126	130.969	208.095	1.551.387		
50 à 59 ans	564.665	544.888	105.609	77.175	1.292.337	68.249	111.055	179.304	1.471.641		
60 à 69 ans	436.492	429.498	115.966	82.112	1.064.068	43.330	55.463	98.793	1.162.861		
70 à 79 ans	299.299	273.581	128.925	72.862	774.667	36.569	30.127	66.696	841.363		
80 à 89 ans	172.066	120.019	129.630	51.146	472.861	26.633	18.438	45.071	517.932		
90 ans et +	26.344	11.838	31.671	7.492	77.345	5.709	2.281	7.990	85.335		
Total	4.074.032	3.968.768	930.685	669.663	9.643.148	464.351	607.857	1.072.208	10.715.356		

Coût moyen par bénéficiaire en 2011 (en EUR)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	687,02	841,29	1.357,29	1.807,35	892,59	669,41	853,75	764,11	881,15		
10 à 19 ans	636,42	592,42	1.392,12	1.520,91	761,50	667,41	628,59	647,56	750,49		
20 à 29 ans	1.058,98	574,71	2.275,95	2.315,09	995,89	871,05	508,57	672,04	971,73		
30 à 39 ans	1.359,45	769,48	3.030,77	3.657,94	1.306,25	1.222,66	643,76	859,02	1.258,94		
40 à 49 ans	1.336,26	1.070,75	3.755,31	4.400,71	1.546,41	1.163,08	948,46	1.028,01	1.476,87		
50 à 59 ans	1.797,10	1.732,22	4.497,94	5.351,15	2.202,69	1.665,99	1.588,66	1.618,10	2.131,47		
60 à 69 ans	2.417,21	2.745,56	4.981,40	5.945,57	3.101,48	2.614,50	2.812,61	2.725,72	3.069,55		
70 à 79 ans	3.912,45	4.387,08	6.702,07	7.495,80	4.881,37	4.410,46	4.971,43	4.663,85	4.864,13		
80 à 89 ans	7.018,18	6.583,67	10.599,84	9.915,79	8.203,18	8.140,66	7.573,12	7.908,49	8.177,54		
90 ans et +	12.089,14	9.907,70	15.505,42	13.799,22	13.319,80	14.070,60	11.398,93	13.307,88	13.318,68		
Total	1.835,50	1.573,52	5.128,69	4.535,54	2.233,01	2.051,44	1.549,82	1.767,06	2.186,39		

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 2010 à 2011 (2010=100)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	104,33	103,39	95,01	98,03	104,03	104,11	104,15	104,12	103,97		
10 à 19 ans	102,37	104,03	100,03	96,34	103,84	105,93	103,29	104,60	103,88		
20 à 29 ans	102,20	101,48	100,14	99,27	103,40	101,89	101,50	101,88	103,30		
30 à 39 ans	103,14	103,49	97,85	97,67	104,33	104,89	103,11	103,88	104,39		
40 à 49 ans	103,18	103,35	98,44	98,02	104,61	105,36	105,27	105,26	104,70		
50 à 59 ans	103,31	103,93	103,18	102,97	104,10	102,51	103,21	102,91	103,98		
60 à 69 ans	103,44	102,91	105,01	105,28	103,87	103,24	105,00	104,29	103,94		
70 à 79 ans	103,17	102,81	105,58	105,70	103,67	102,83	102,89	102,84	103,62		
80 à 89 ans	102,68	101,64	105,91	105,62	103,71	102,53	105,65	103,70	103,71		
90 ans et +	104,53	102,55	104,88	107,05	104,16	104,28	104,24	104,02	104,14		
Total	104,43	104,28	100,85	100,14	104,55	103,08	104,05	103,52	104,47		

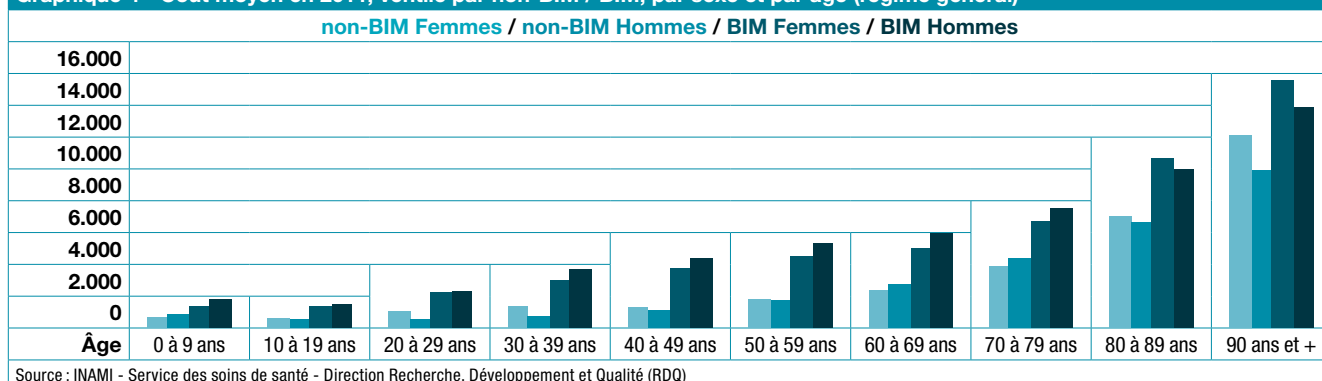
Evolution du coût moyen par bénéficiaire de 2009 à 2011 (2009=100)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	105,12	103,35	93,50	92,89	105,01	104,37	102,86	103,54	104,76		
10 à 19 ans	101,44	104,44	96,87	97,02	104,65	106,83	106,54	106,70	104,76		
20 à 29 ans	101,72	100,73	98,77	94,35	103,88	98,73	104,31	101,23	103,65		
30 à 39 ans	105,12	106,34	95,44	94,15	107,22	106,78	102,51	104,41	107,17		
40 à 49 ans	103,94	104,96	98,09	94,19	106,39	107,21	108,59	107,91	106,56		
50 à 59 ans	104,36	104,95	106,81	103,86	105,82	104,66	104,99	104,81	105,72		
60 à 69 ans	103,62	104,01	109,46	108,92	105,41	106,61	103,82	105,09	105,44		
70 à 79 ans	104,25	104,13	108,41	110,03	105,36	104,15	105,15	104,60	105,32		
80 à 89 ans	103,52	102,76	108,82	108,25	105,28	103,46	107,16	104,82	105,25		
90 ans et +	104,59	103,63	107,03	108,17	104,80	102,42	98,07	100,98	104,40		
Total	106,40	106,77	101,37	99,22	106,92	104,14	105,07	104,51	106,72		

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

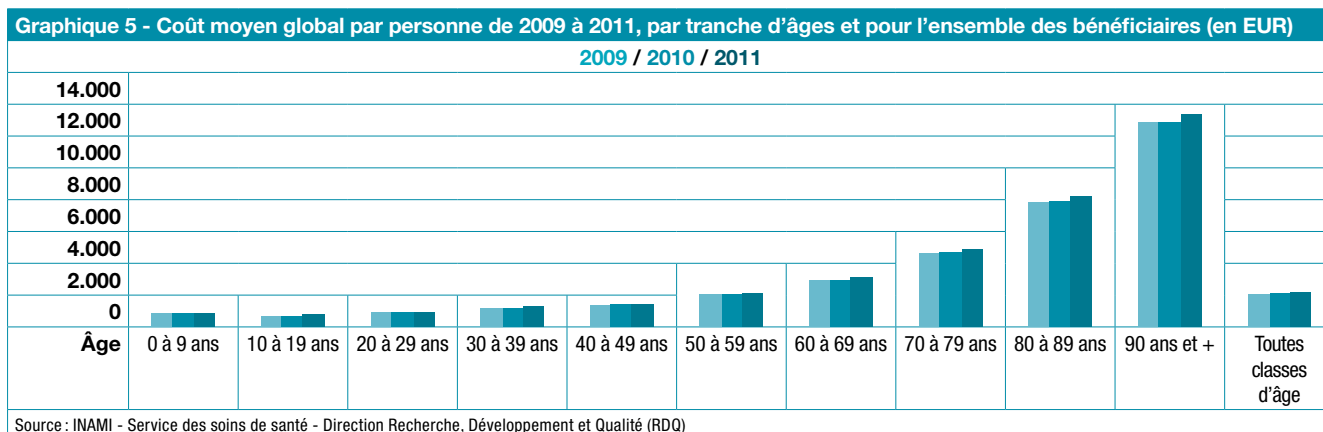
La ventilation par âge et sexe des bénéficiaires provient des nouvelles statistiques des effectifs, sur base de la carte SIS. Les nouvelles statistiques remplacent définitivement les anciennes depuis le 1^{er} janvier 2007.

Le graphique 4 reprend les données du coût moyen en 2011 pour le régime général, ventilé par sexe, par droit ou non à l'intervention majorée (BIM ou non-BIM) et par tranche d'âge.

Graphique 4 - Coût moyen en 2011, ventilé par non-BIM / BIM, par sexe et par âge (régime général)



Le graphique 5 reprend le coût moyen global par personne de 2009 à 2011, par tranches d'âge 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 2011.

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 - Montants remboursés pour les actes techniques prescrits, les spécialités pharmaceutiques prescrites et pour les prestations (en EUR) - Année comptable 2011

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes en formation	Médecins spécialistes	Total médecins	Dentistes
Actes techniques prescrits	Montants - Nombre de prescripteurs				
Patients ambulants	1.186.494.813,87 17.832	59.412.941,12 3.352	1.311.426.312,23 22.641	2.557.334.067,22 43.825	11.447.082,32 4.446
Patients hospitalisés	15.933.642,51 7.335	36.947.375,93 3.082	780.313.979,77 16.908	833.194.998,21 27.325	2.688.167,72 463
Total - Actes techniques prescrits	1.202.428.456,38 18.072	96.360.317,05 3.439	2.091.740.292,00 23.111	3.390.529.065,43 44.622	14.135.250,04 4.493
Spécialités pharmaceutiques prescrites	Montants - Nombre de prescripteurs				
	1.856.775.293 19.409	44.399.624 3.638	856.010.350 24.491	2.757.185.267 47.538	10.192.629 8.208
Prestations	Montants - Nombre de dispensateurs				
Patients ambulants	1.149.033.861,79 13.506	3.104.001,20 1.191	3.020.413.420,50 19.648	4.172.551.283,49 34.345	817.081.406,70 7.997
Patients hospitalisés	10.493.727,36 3.083	9.186.326,67 1.253	1.755.913.578,45 16.809	1.775.593.632,48 21.145	10.129.731,67 1.031
Total - Prestations	1.159.527.589,15 13.561	12.290.327,87 1.454	4.776.326.998,95 19.890	5.948.144.915,97 34.905	827.211.138,37 7.999

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 du nombre de prestations - Année comptable 2011

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes en formation	Médecins spécialistes	Total médecins	Dentistes
Actes techniques prescrits	Nombre d'actes - Nombre de prescripteurs				
Patients ambulants	212.575.409 17.832	7.611.283 3.352	137.990.850 22.641	358.177.542 43.825	523.716 4.446
Patients hospitalisés	5.559.493 7.335	12.298.874 3.082	92.748.377 16.908	110.606.744 27.325	133.029 463
Total - Actes techniques prescrits	218.134.902 18.072	19.910.157 3.439	230.739.227 23.111	468.784.286 44.622	656.745 4.493
Prestations	Nombre d'actes - Nombre de dispensateurs				
Patients ambulants	57.671.265 13.506	152.285 1.191	201.934.652 19.648	259.758.202 34.345	29.437.040 7.997
Patients hospitalisés	614.481 3.083	198.197 1.253	101.587.571 16.809	102.400.249 21.145	147.853 1.031
Total - Prestations	58.285.746 13.561	350.482 1.454	303.522.223 19.890	362.158.451 34.905	29.584.893 7.999

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 2011.

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 dentistes.

 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 euros) - Répartition selon les grandes classes ATC (année de délivrance 2011) (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)	210.819.056	66.698.296	4.030.741	220.879	281.768.972
B	Sang et système hématopoïétique (ex. : antithrombotiques)	96.782.058	48.643.048	4.836.423	87.924	150.349.453
C	Système cardio-vasculaire (ex. : hypertension, cholestérol)	582.624.430	59.227.811	4.715.592	468.238	647.036.070
D	Préparations dermatologiques (ex. : antimycosiques, antiacné)	18.130.292	12.708.942	489.094	36.412	31.364.740
G	Système uro-génital et hormones sexuelles (ex. : contraceptifs)	19.159.526	10.548.176	464.719	31.543	30.203.965
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	44.439.958	39.012.885	2.509.777	71.881	86.034.501
J	Anti-infectieux à usage systémique (ex. : antibiotiques, SIDA, vaccins)	155.279.618	101.980.915	8.124.467	6.732.325	272.117.324
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs (ex. : médicaments contre le cancer, contre les rejets)	75.939.833	295.612.222	6.912.914	62.155	378.527.125
M	Système squelettique et musculaire (ex. : anti-inflammatoires)	83.237.888	14.179.717	1.186.254	1.921.143	100.525.002
N	Système nerveux central (ex. : antidépresseurs)	352.020.874	129.564.667	7.652.136	295.444	489.533.120
P	Antiparasitaires	657.073	511.414	54.546	59.904	1.282.937
R	Système respiratoire (ex. : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive)	187.149.601	41.639.275	2.097.786	168.749	231.055.411
S	Organes sensoriels (ex. : médicaments pour les yeux)	10.861.386	30.563.923	975.388	33.741	42.434.438
V	Divers (ex. : oxygène)	19.673.700	5.119.059	349.786	2.291	25.144.837
	Total	1.856.775.293	856.010.350	44.399.624	10.192.629	2.767.377.896

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

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



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.

ÉVOLUTION 2007-2011

Le tableau 11 présente l'évolution sur la période 2007-2011 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 2011 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.

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

	Montants remboursés par l'assurance (en EUR)	2007	2008	2009	2010	2011
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	240.659.973	279.705.354	278.415.495	271.769.652	282.167.627
B	Sang et système hématopoïétique	136.984.317	154.572.824	167.080.505	155.770.853	150.660.343
C	Système cardio-vasculaire	563.254.966	625.355.528	646.713.945	651.806.934	647.884.025
D	Préparations dermatologiques	25.194.911	28.083.790	27.150.841	30.522.242	31.470.410
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	32.945.126	33.390.554	30.984.229	31.311.743	30.270.386
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	66.409.453	73.988.308	75.731.668	82.951.269	86.137.662
J	Anti-infectieux à usage systémique	212.844.204	267.082.459	262.656.771	262.794.023	272.823.293
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	261.521.250	316.006.596	343.136.991	365.913.919	379.068.926
M	Système squelettique et musculaire	100.485.217	107.388.025	99.573.539	101.204.437	100.743.443
N	Système nerveux central	397.668.685	443.147.506	455.151.608	469.528.049	491.044.943
P	Antiparasitaires	715.914	824.307	855.150	1.146.921	1.286.015
R	Système respiratoire	200.186.286	218.351.840	228.904.297	226.490.011	231.386.372
S	Organes sensoriels	27.782.110	30.982.641	32.306.247	39.052.433	42.574.355
V	Divers	26.409.858	26.952.634	26.868.189	26.190.405	25.408.843
	Total	2.293.062.271	2.605.832.365	2.675.529.474	2.716.452.891	2.772.926.641
	Tickets modérateurs (en EUR)	2007	2008	2009	2010	2011
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	53.612.983	59.491.844	55.676.857	50.008.374	49.966.326
B	Sang et système hématopoïétique	23.578.874	25.834.962	26.947.811	20.756.326	19.729.310
C	Système cardio-vasculaire	159.150.834	167.543.724	163.016.218	150.876.395	145.343.244
D	Préparations dermatologiques	6.882.467	7.308.974	6.864.571	6.866.370	6.841.054
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	34.119.352	34.362.015	30.839.633	24.558.548	20.622.687
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	5.245.837	5.714.018	5.519.785	5.394.983	5.302.122
J	Anti-infectieux à usage systémique	56.523.686	62.347.331	61.580.869	54.926.862	52.572.205
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	1.922.963	2.203.631	2.338.356	2.519.164	2.826.208
M	Système squelettique et musculaire	32.015.938	33.980.263	32.814.109	27.852.739	24.864.660
N	Système nerveux central	96.417.485	104.016.001	100.291.274	95.839.200	96.519.372
P	Antiparasitaires	216.297	249.118	257.846	261.625	269.737
R	Système respiratoire	72.988.826	80.138.201	84.177.677	78.766.806	79.194.203
S	Organes sensoriels	7.093.761	7.802.765	7.943.528	8.206.130	8.653.595
V	Divers	237.564	239.329	220.809	226.607	230.842
	Total	550.006.867	591.232.177	578.489.343	527.060.128	512.935.565
	DDD	2007	2008	2009	2010	2011
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	414.467.002	488.352.508	534.159.805	575.277.996	606.561.097
B	Sang et système hématopoïétique	83.755.419	139.656.774	321.094.174	357.303.111	380.888.750
C	Système cardio-vasculaire	1.590.970.480	1.776.299.518	1.868.216.705	1.925.932.305	1.954.474.114
D	Préparations dermatologiques	23.068.741	25.594.597	25.451.310	25.484.910	25.726.121
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	295.157.175	304.778.026	294.618.058	281.550.154	272.343.351
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	135.033.298	150.610.140	156.388.831	161.361.331	165.288.439
J	Anti-infectieux à usage systémique	110.805.580	122.203.452	126.571.533	125.935.066	129.258.697
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	38.962.407	44.078.319	46.229.525	47.941.189	49.928.480
M	Système squelettique et musculaire	219.349.695	240.654.612	243.271.420	242.905.112	246.541.030
N	Système nerveux central	403.472.083	446.097.068	464.845.508	486.861.873	509.068.617
P	Antiparasitaires	1.494.117	1.734.936	1.849.328	1.946.998	2.046.724
R	Système respiratoire	344.693.903	374.374.304	393.055.593	404.667.648	421.805.386
S	Organes sensoriels	70.436.619	74.614.081	72.897.768	74.497.380	73.824.440
V	Divers	1.491.868	1.549.389	1.558.979	1.618.197	1.629.293
	Total	3.733.158.386	4.190.597.724	4.550.208.538	4.713.283.269	4.839.384.540

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

	Coût moyen (montants remboursés/DDD) (en EUR)	2007	2008	2009	2010	2011
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	0,58	0,57	0,52	0,47	0,47
B	Sang et système hématopoïétique	1,64	1,11	0,52	0,44	0,40
C	Système cardio-vasculaire	0,35	0,35	0,35	0,34	0,33
D	Préparations dermatologiques	1,09	1,10	1,07	1,20	1,22
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	0,49	0,48	0,51	0,52
J	Anti-infectieux à usage systémique	1,92	2,19	2,08	2,09	2,11
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	6,71	7,17	7,42	7,63	7,59
M	Système squelettique et musculaire	0,46	0,45	0,41	0,42	0,41
N	Système nerveux central	0,99	0,99	0,98	0,96	0,96
P	Antiparasitaires	0,48	0,48	0,46	0,59	0,63
R	Système respiratoire	0,58	0,58	0,58	0,56	0,55
S	Organes sensoriels	0,39	0,42	0,44	0,52	0,58
V	Divers	17,70	17,40	17,23	16,18	15,60

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

En 2007 et 2008, le taux de croissance des montants remboursés (dépenses de l'assurance soins de santé) s'est situé à nouveau à des niveaux comparables à ce qu'on observait les années antérieures à 2005 (+6,3% et +7,8%). Et cela après des années de baisse des dépenses (2005 et 2006), suite aux mesures budgétaires prises dans ce secteur.

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%).

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 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 de dépenses les plus importants dans la classe L (cytostatiques, agents immunomodulateurs).

Le coût moyen diminue dans d'autres classes, 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 classes
- 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).

Évolution du volume

On constate généralement une augmentation du volume.

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 calciques, 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 antidépresseurs).

Malgré la réduction du coût moyen, les dépenses des classes A, B et C sont plus élevées en 2011 qu'en 2007 et cela à cause de la croissance des volumes.

La forte croissance des dépenses de la classe J (anti-infectieux à usage systémique) en 2007 et 2008 est en grande partie imputable au remboursement de deux nouveaux vaccins: le vaccin contre le rotavirus en 2007 et le vaccin contre le papillomavirus humain en 2008.

II. Statistiques des indemnités

1. Régime général

a. Régime général - Incapacité primaire

Tableau 1 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) – Evolution 2007-2011					
Nombre de jours - Dépenses					
	2007	2008	2009	2010	2011
Ouvriers	18.862.630 687.737.665	20.053.616 761.435.221	20.462.553 816.880.914	21.384.468 873.002.273	22.620.901 938.272.906
Employés	8.012.462 311.045.879	8.526.485 346.221.223	8.970.743 393.341.296	9.519.927 412.380.602	10.075.193 458.510.160
Rectifications relatives à des exercices antérieurs	-108.488	-6.248	1.158	-1.796	-2.706
Total général	26.875.092 998.675.055	28.580.101 1.107.650.196	29.433.296 1.210.223.367	30.904.395 1.285.381.079	32.696.094 1.396.780.361
Évolution par rapport à l'année précédente	10,48% 11,83%	6,34% 10,91%	2,99% 9,26%	5,00% 6,21%	5,80% 8,67%

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 2007 et 2011 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 2007-2011

Durée	2007	2008	2009	2010	2011	% 2011
1 - 14 jours	44.037	43.340	45.165	41.534	41.621	10,06%
15 - 98 jours	224.995	229.588	217.828	223.181	230.138	55,60%
99 - 337 jours	81.810	85.014	87.108	90.536	95.573	23,09%
338 - 365 jours	34.072	38.266	41.547	43.824	46.571	11,25%
Total	384.914	396.208	391.648	399.075	413.903	100,00%

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 (2007 à 2011) 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 10,06% des cas.

La majorité des titulaires en incapacité primaire (55,60%) 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 : 95.573 cas, soit 23,09%, ont une durée d'incapacité comprise entre 99 et 337 jours.

La dernière période d'incapacité primaire (qui compte seulement 1 mois) regroupe 11,25% 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 2007-2011

Durée d'indemnisation moyenne par cas - Nombre moyen de cas										
	2007		2008		2009		2010		2011	
Ouvriers	64,04	137,85	66,61	144,61	71,20	147,47	72,14	144,46	73,70	148,20
Employés	70,50	57,64	72,10	60,32	73,85	61,81	76,11	65,37	77,00	67,47
Total	65,84	99,57	68,15	104,11	71,98	106,12	73,33	106,20	74,68	109,19

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 2007-2011

Nombre de jours - Dépenses										
	2007		2008		2009		2010		2011	
Période de repos de maternité										
Ouvrières	2.599.608	110.280.515	2.670.647	117.905.846	2.653.312	121.439.792	2.616.754	119.776.526	2.577.144	119.135.377
Employées	4.353.750	251.595.797	4.512.036	272.963.281	4.533.616	284.373.093	4.633.219	293.609.263	4.612.798	300.093.854
Total	6.953.358	361.876.311	7.182.683	390.869.127	7.186.928	405.812.885	7.249.973	413.385.789	7.189.942	419.229.232
Période d'écartement du travail										
Ouvrières	548.251	15.646.257	542.159	16.449.901	534.097	15.933.809	618.112	23.989.934	729.386	35.017.007
Employées	1.371.627	44.114.049	1.403.942	47.882.444	1.408.552	49.666.484	1.717.433	78.867.440	1.919.316	113.775.420
Total	1.919.878	59.760.306	1.946.101	64.332.345	1.942.649	65.600.293	2.335.545	102.857.374	2.648.702	148.792.427
Total à charge de l'assurance indemnités (1)	1.411.320		1.462.487		1.466.591		2.335.545		2.648.702	
Congé de paternité	386.759	32.934.836	413.069	36.319.896	392.314	35.550.511	402.648	36.711.043	411.460	38.422.978
Congé d'adoption	8.663	650.251	8.342	641.977	11.676	931.692	12.281	1.001.957	11.179	920.011
Rectifications relatives à des exercices antérieurs		30		1.695		114		1.104		0
Total général	9.268.658	455.221.734	9.550.195	492.165.040	9.533.567	507.895.494	10.000.447	553.957.267	10.261.283	607.364.647
Évolution par rapport à l'année précédente	1,84%	4,01%	3,04%	8,12%	-0,17%	3,20%	4,90%	9,07%	2,61%	9,64%
Invalidité	78.073	3.398.135	82.960	3.748.476	92.782	4.354.970	104.821	5.071.995	117.209	5.859.140
(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 2011, les dépenses relatives à ce groupe restreint s'élevaient à 5.859.140 EUR pour 117.209 jours indemnisés. Les montants indemnisés en maternité s'élèvent à 419.229.232 EUR pour 7.189.942 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 2.648.702 jours et 148.792.427 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. Depuis l'introduction de ce congé, le nombre de jours et les montants indemnisés connaissent une tendance globale à la hausse. Cette mesure est donc un succès.

○ 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 3 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. Tout comme le congé de paternité, le congé d'adoption connaît un succès croissant.

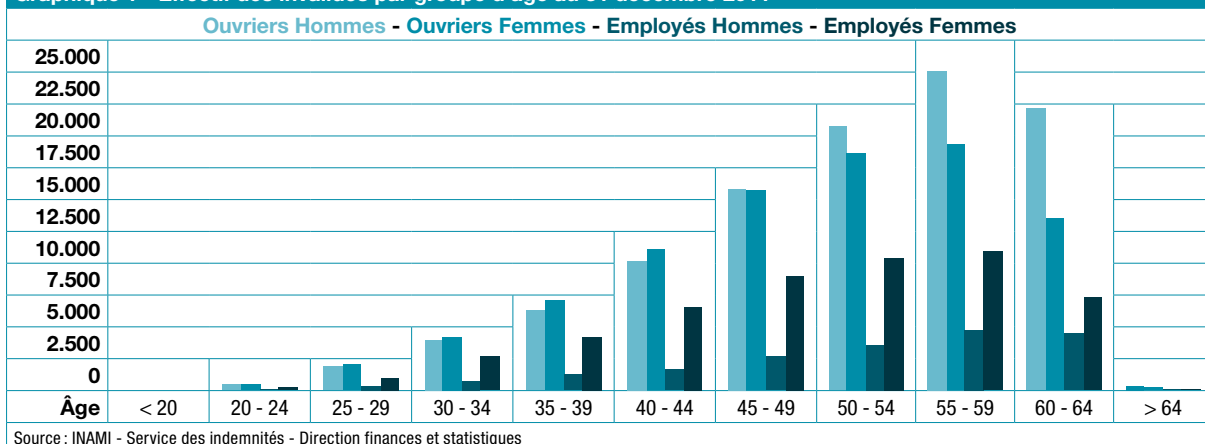
c. Régime général - Invalidité

Tableau 5 - Effectif des invalides par groupe d'âge, au 31 décembre 2011

Groupe d'âge	Ouvriers Hommes	Ouvriers Femmes	Employés Hommes	Employés Femmes	Total
< 20	6	1	1	1	9
20 - 24	494	494	60	222	1.270
25 - 29	1.907	2.045	293	1.028	5.273
30 - 34	3.976	4.125	735	2.589	11.425
35 - 39	6.253	6.955	1.215	4.186	18.609
40 - 44	10.148	10.962	1.681	6.487	29.278
45 - 49	15.704	15.608	2.597	8.990	42.899
50 - 54	20.577	18.610	3.536	10.381	53.104
55 - 59	24.991	19.203	4.678	10.808	59.680
60 - 64	22.078	13.458	4.497	7.244	47.277
> 64	304	196	77	98	675
Total	106.438	91.657	19.370	52.034	269.499

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

Graphique 1 - Effectif des invalides par groupe d'âge au 31 décembre 2011



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

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 2007-2011

Groupe de maladies	2007	2008	2009	2010	2011
1. Maladies infectieuses et parasitaires	2.024	2.108	2.131	2.217	2.248
2. Tumeurs	13.592	14.266	15.103	16.083	16.742
3. Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	5.308	5.430	5.598	5.733	5.865
4. Maladies du sang et des organes des hématopoïdes	390	392	413	433	447
5. Troubles mentaux	74.054	78.112	83.247	88.535	92.899
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	13.821	14.347	14.883	15.512	16.149
7. Maladies de l'appareil circulatoire	19.372	19.216	19.427	19.571	19.549
8. Maladies de l'appareil respiratoire	5.664	5.562	5.669	5.689	5.736
9. Maladies de l'appareil digestif	6.052	6.143	6.247	6.404	6.532
10. Maladies des organes génito-urinaires	2.002	2.009	2.042	2.110	2.230
11. Complications de la grossesse et accouchement	436	510	523	481	509
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1.203	1.241	1.320	1.375	1.441
13. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	58.032	60.595	65.146	69.583	74.192
14. Anomalies congénitales	1.510	1.536	1.577	1.602	1.614
15. Affections trouvant origine dans la période périnatale	27	26	19	19	21
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	4.895	4.884	5.260	5.427	5.605
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	15.302	15.776	16.538	17.080	17.635
Non défini	0	0	66	81	85
Total	223.684	232.153	245.209	257.935	269.499

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 2011, les pourcentages des invalides appartenant à ces différents groupes sont respectivement de 34,47%, 27,53% et 7,25%. Le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) a fortement augmenté entre 2007 et 2011. 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 indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2007-2011

Nombre de jours - Dépenses										
	2007		2008		2009		2010		2011	
Ouvriers - Hommes	28.923.219	1.123.689.505	29.419.743	1.206.384.896	30.038.025	1.273.293.957	31.044.786	1.360.194.604	31.986.210	1.448.912.519
Ouvriers - Femmes	20.223.113	626.904.104	21.442.092	708.151.910	23.083.667	791.921.571	24.783.478	882.872.162	26.389.299	981.465.297
Ouvriers - Total	49.146.332	1.750.593.609	50.861.835	1.914.536.806	53.121.692	2.065.215.528	55.828.264	2.243.066.766	58.375.509	2.430.377.816
Employés - Hommes	5.625.374	230.751.140	5.750.355	246.481.645	5.882.803	260.683.664	6.095.739	280.751.592	6.301.884	298.539.953
Employés - Femmes	12.339.713	408.064.739	13.105.756	460.639.527	14.228.675	520.069.015	15.433.034	588.344.540	16.534.566	656.694.933
Employés - Total	17.965.087	638.815.879	18.856.111	707.121.172	20.111.478	780.752.679	21.528.773	869.096.131	22.836.450	955.234.886
Subtotal	67.111.419	2.389.409.488	69.717.946	2.621.657.979	73.233.170	2.845.968.207	77.357.037	3.112.162.897	81.211.959	3.385.612.702
Divers	-1.142	9.705	1.207	135.221	-208	-5.038	-467	-6.771	-308	-405
Total général	67.110.277	2.389.419.193	69.719.153	2.621.793.199	73.232.962	2.845.963.169	77.356.570	3.112.156.126	81.211.651	3.385.612.297
Evolution par rapport à l'année précédente	3,57%	5,51%	3,89%	9,73%	5,04%	8,55%	5,63%	9,35%	4,98%	8,79%

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

Le Tableau 7 donne les jours et les montants indemnisés en invalidité de 2007 à 2011.

Il ressort clairement de ces chiffres que le nombre de jours indemnisés 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, on a pu constater que 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 le 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.

○ Prévention

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.

La task force "incapacité de travail" a souligné l'importance d'une politique de prévention et d'une réinsertion rapide sur le marché du travail. Sa recommandation est de créer un groupe de travail ; le but de ce groupe serait de mettre en place un cadre général pour une politique de prévention en matière d'incapacité de travail.

Le Comité de gestion a déjà approuvé un certain nombre d'initiatives :

- collaborer avec Prevent
- conclure un accord avec le VDAB, le FOREM et ACTIRIS en matière de réadaptation de titulaires en incapacité de travail de longue durée afin de faciliter leur retour sur le marché du travail
- faciliter le système de reprise de travail à temps partiel.

Cela reste un véritable défi pour l'avenir de promouvoir et d'élargir ces systèmes de réinsertion.

2. Régime des indépendants

a. Régime des indépendants - Incapacité primaire

Tableau 1 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2007-2011					
	Nombre de jours - Dépenses				
	2007	2008	2009	2010	2011
Indépendants	1.587.435 46.829.600	1.644.862 52.929.902	1.778.291 60.039.977	1.823.674 63.655.478	1.881.217 68.221.999
Conjoints aidants	130.050 3.564.961	122.580 3.644.218	118.101 3.663.219	117.192 3.813.663	120.945 4.138.005
Total général	1.717.485 50.394.561	1.767.442 56.574.107	1.896.392 63.703.196	1.940.866 67.469.141	2.002.162 72.360.020
Évolution par rapport à l'année précédente	0,88% 15,08%	2,91% 12,26%	7,30% 12,60%	2,35% 5,91%	3,16% 7,25%

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 reconnu en incapacité de travail entre en période d'invalidité.

Le tableau 1 donne les jours et les montants indemnisés de 2007 à 2011 pour des périodes d'incapacité primaire selon le type d'indépendants.

En 2011, le nombre de jours indemnisés augmente de 61.296 (+3,16%) par rapport à 2010 (57.543 (+3,16%)) pour les indépendants et 3.753 (+3,20%) chez les conjoints-aidants. En 2011, l'augmentation de 7,25% des dépenses par rapport à 2010 est notamment due à l'adaptation des prestations à l'indice santé au 1^{er} mai 2011 et aux revalorisations des forfaits d'incapacité primaire intervenues en 2011.



Pour le projet "back to work" (activation et réintégration des travailleurs en incapacité de travail), le Service des indemnités a fait appel aux services de "Prevent". Le groupe Prevent est certifié ISO 9001 et a pour mission d'être un partenaire fiable en matière de prévention et de bien-être au travail. Il est spécialisé dans les conditions de travail, le bien-être et la prévention. Prevent a aussi une expérience en "disability case manager" ; il peut intervenir rapidement, par exemple, auprès des organismes assureurs, pour accompagner et soutenir des titulaires en incapacité de travail et rendre possible leur réintégration rapide sur le marché du travail.

Tableau 2 - Nombre de cas de maladie terminés répartis selon la durée de l'incapacité de travail reconnue - Évolution 2007-2011

Durée	2007	2008	2009	2010	2011	% 2011
29 - 98 jours	3.550	3.528	3.637	3.563	3.804	30,90%
99 - 337 jours	4.078	4.170	4.407	4.577	4.712	38,28%
338 - 365 jours	3.640	3.428	3.662	3.830	3.793	30,81%
Total	11.268	11.126	11.706	11.970	12.309	100,00%
Évolution par rapport à l'année précédente	-0,97%	-1,26%	5,21%	2,26%	2,83%	

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 30,90% des cas ont une durée comprise entre 29 et 98 jours, 38,28% entre 99 et 337 jours et 30,81% 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 - Nombre moyen de jours indemnisés par cas et nombre moyen de cas de maladie par 1.000 titulaires - Évolution 2007-2011

Durée d'indemnisation moyenne - Nombre moyen de cas										
	2007		2008		2009		2010		2011	
Hommes	140,26	20,03	141,82	18,76	142,34	19,55	145,86	19,73	141,83	19,97
Femmes	143,40	21,28	140,90	20,13	142,36	21,01	142,60	22,13	142,90	23,14
Total	141,32	20,44	141,51	19,20	142,35	20,02	144,75	20,48	142,20	20,97

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 2011, sur 1.000 titulaires indépendants, on enregistre 20,97 cas de maladie. Chez les hommes, on dénombre 19,97 cas de maladie pour 1.000 titulaires alors que ce nombre s'élève à 23,14 pour les femmes.

b. Régime des indépendants - Maternité

Tableau 4 - Nombre de cas indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2007-2011					
Nombre de cas - Dépenses					
	2007	2008	2009	2010	2011
En incapacité primaire					
Indépendantes	4.986 11.189.912	5.172 14.210.018	5.242 14.662.395	5.253 15.131.729	5.287 15.724.858
Conjointes aidantes	240 538.069	250 676.360	199 557.540	220 627.283	192 581.874
Total	5.226 11.727.981	5.422 14.886.378	5.441 15.219.935	5.473 15.759.012	5.479 16.306.732
Maternité de titulaires invalides					
Indépendantes	11 18.369	14 32.156	7 19.272	16 45.853	19 47.345
Conjointes aidantes	0 -1.924 (1)	0 0	0 0	0 0	2 6.132
Total	11 16.445	14 32.156	7 19.272	16 45.853	21 53.477
Évolution par rapport à l'année précédente	-2,80% 6,54%	3,80% 27,03%	0,22% 2,15%	0,75% 3,71%	0,20% 3,51%
Congé d'adoption					
Indépendantes + conjointes aidantes	25 47.554	47 90.051	33 63.442	53 97.824	34 70.453
(1) Régularisation					
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.

Jusqu'au 30 juin 2007, la période de repos de maternité était de 6 semaines (+ 1 semaine en cas de naissance multiple). A partir du 1^{er} juillet 2007 et jusqu'au 31 décembre 2008, la période de maternité constituait une période de repos de 8 semaines mais pouvait, au choix de la titulaire, être limitée à 6 ou 7 semaines (+ une semaine en cas de naissance multiple). Une nouvelle règle est entrée en vigueur 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'1 ou plusieurs semaines avec un maximum de 8 semaines (+ 1 semaine en cas de naissance multiple).

En 2011, les dépenses relatives au repos de maternité en période d'incapacité primaire s'élèvent à 16.306.732 EUR (+3,48% par rapport à 2010) pour 5.479 cas.

Pour les cas où le repos de maternité se situe pendant une période où l'intéressée est reconnue invalide, les jours indemnisés et les dépenses correspondantes sont donnés de manière distincte. Les dépenses de 2011 pour le repos de maternité en période d'invalidité sont de 47.345 EUR pour 21 cas.

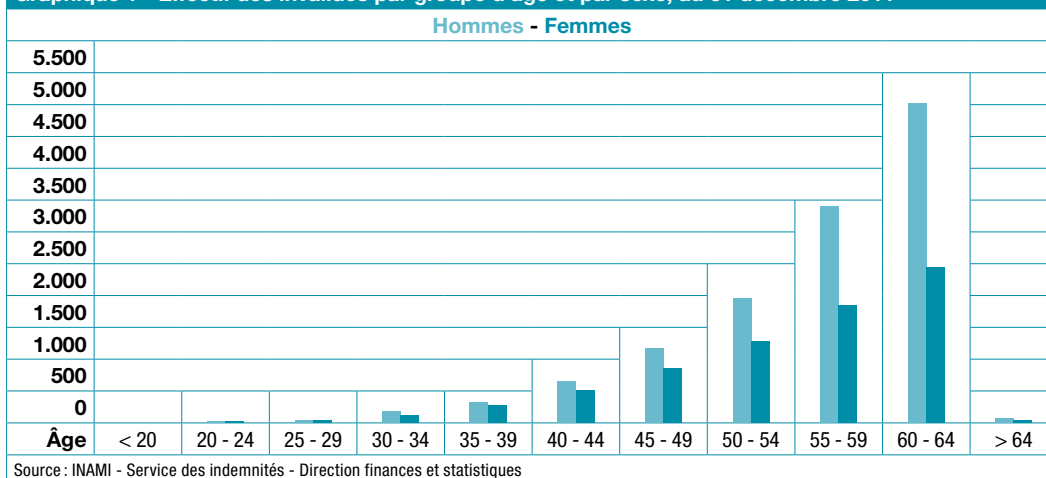
Le congé d'adoption introduit au 1^{er} février 2007, dispose de 34 cas en 2011.

c. Régime des indépendants - Invalidité

Tableau 5 - Effectif des invalides par groupe d'âge et par sexe, au 31 décembre 2011

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
< 20	0	0	0
20 - 24	15	4	19
25 - 29	62	45	107
30 - 34	183	114	297
35 - 39	335	275	610
40 - 44	666	511	1.177
45 - 49	1.173	856	2.029
50 - 54	1.963	1.273	3.236
55 - 59	3.406	1.851	5.257
60 - 64	5.006	2.444	7.450
> 64	87	46	133
Total	12.896	7.419	20.315

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

Graphique 1 - Effectif des invalides par groupe d'âge et par sexe, au 31 décembre 2011

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 2007-2011

Groupe de maladies	2007	2008	2009	2010	2011
1. Maladies infectieuses et parasitaires	181	181	186	193	197
2. Tumeurs	1.770	1.837	1.978	2.029	2.036
3. Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	478	450	467	471	446
4. Maladies du sang et des organes des hématopoïdes	32	31	31	31	40
5. Troubles mentaux	3.397	3.439	3.678	3.890	3.980
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	1.053	1.106	1.168	1.208	1.265
7. Maladies de l'appareil circulatoire	2.668	2.591	2.551	2.533	2.481
8. Maladies de l'appareil respiratoire	478	464	435	429	409
9. Maladies de l'appareil digestif	449	446	463	471	491
10. Maladies des organes génito-urinaires	148	160	180	189	197
11. Complications de la grossesse et accouchement	8	5	6	5	8
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	107	105	112	122	123
13. Maladies du syst. ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif	5.052	5.157	5.526	5.805	5.882
14. Anomalies congénitales	68	78	77	72	70
15. Affections trouvant origine dans la période périnatale	2	5	2	1	1
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	484	436	446	434	402
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	2.027	2.061	2.143	2.241	2.269
Inconnu	0	0	10	12	18
Total	18.402	18.552	19.459	20.136	20.315

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 2011, les pourcentages des invalides appartenant à ces différents groupes sont respectivement de 28,95%, 19,59% et 12,21%. 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 2007 et 2011. 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 2007-2011					
Nombre de jours - Dépenses					
	2007	2008	2009	2010	2011
Indépendants					
Hommes	3.728.876 129.467.337	3.751.589 139.037.495	3.815.876 146.425.300	3.900.580 154.223.880	3.963.464 163.326.287
Femmes	1.579.321 48.695.992	1.614.299 53.276.767	1.718.627 58.869.484	1.841.670 66.247.719	1.909.973 71.909.251
Total	5.308.197 178.163.328	5.365.888 192.314.263	5.534.503 205.294.784	5.742.250 220.471.599	5.873.437 235.235.538
Conjoints aidants					
Hommes	14.199 433.926	17.894 624.766	21.953 775.060	23.774 795.858	22.986 938.924
Femmes	239.336 6.905.722	289.265 9.019.432	330.566 10.554.399	362.250 11.990.904	376.653 13.273.960
Total	253.535 7.339.648	307.159 9.644.197	352.519 11.329.459	386.024 12.786.761	399.639 14.212.884
Inconnu	0 0	0 0	0 0	0 0	53 1.827
Total général	5.561.732 185.502.976	5.673.047 201.958.460	5.887.022 216.624.243	6.128.274 233.285.360	6.273.129 249.450.250
Évolution par rapport à l'année précédente	2,55% 11,62%	2,00% 8,87%	3,77% 7,26%	4,10% 7,68%	2,36% 6,94%
Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques					

Le tableau 7 donne les jours et les montants indemnisés relatifs à l'invalidité. En 2007, les dépenses augmentent de 11,62% par rapport à 2006 suite à la liaison des indemnités au minimum pension (régime des indépendants) pour les titulaires avec charge de famille et isolés. L'augmentation de 8,87% des dépenses constatée entre 2007 et 2008 est quant à elle due aux 3 adaptations des prestations à l'indice santé et aux 2 revalorisations des forfaits d'invalidité intervenues en 2008. Les croissances successives de 7,26% constatée en 2009, de 7,68% en 2010 et de 6,94% en 2011 sont principalement liées aux différentes revalorisations des forfaits intervenues en 2009, 2010 et 2011 ainsi qu'à l'augmentation de l'effectif des invalides.

III. Statistiques d'évaluation et de contrôle médicaux

La mission du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) concernant les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités est triple : informer, évaluer et contrôler. Pour une série de statistiques concernant la mission de contrôle : voir point 3 de ce chapitre.

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



Vous pouvez consulter des statistiques sur les indemnités : voir 5e partie, point II.

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
- Infobox médecin généraliste - version revue
- Infobox soins infirmiers à domicile
- Infobox kinésithérapeute
- Infobox pharmacien.

Les inspecteurs/contrôleurs du SECM exercent aussi une mission d'information et de prévention des infractions en informant les dispensateurs de soins sur la portée de telle ou telle disposition légale ou réglementaire.

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. Des recommandations de bonne pratique médicale et des indicateurs de déviation manifeste doivent l'y aider.

Sujet d'évaluation terminé en 2012 : Mesure d'impact quinolones.

Les quinolones sont des antibiotiques onéreux ayant des indications limitées spécifiques. Le SECM avait démontré en 2007 leur utilisation inadéquate par les médecins généralistes et réalisé une campagne de sensibilisation. En 2012, le SECM a mesuré l'impact de cette campagne.

3. Mission de contrôle du SECM

Le SECM constate les infractions commises par les dispensateurs, tant dans le domaine de la réalité-conformité à la réglementation que dans celui de la surconsommation.

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

a. Enquêtes thématiques clôturées en 2012

○ Mesure d'impact de l'enquête "hémodialyse"

Cette enquête a vérifié dans quelle mesure, suite à une enquête précédente, les hôpitaux se conformaient aux interdictions de cumuls entre l'utilisation de codes de nomenclature pour des hémodialyses aiguës ou péritonéales et les forfaits pour des hémodialyses chroniques.

○ PET/CT-scans : étude de la facturation

L'enquête a analysé 3 infractions qui avaient été mises en évidence lors d'un projet commun Évaluation - CENEC relatif aux examens effectués au moyen d'un PET-scan :

1. la facturation d'un isotope lors de la réalisation d'un examen au moyen d'un PET-scan dans une indication non mentionnée dans la nomenclature
2. la facturation de plusieurs tomographies commandées par ordinateur lors d'une prestation de PET-scan
3. la facturation d'examens dans un service non agréé.

b. Enquêtes individuelles

NOMBRE D'ENQUÊTES CLÔTURÉES

Tableau 1 - Enquêtes clôturées en 2012

Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de dossiers	% des dossiers
Médecins généralistes	69	8,5%
Médecins spécialistes	226	27,8%
Pharmaciens	19	2,3%
Dentistes	53	6,5%
Infirmiers	179	22,0%
Kinésithérapeutes	19	2,3%
Logopèdes	3	0,4%
Orthopédistes	9	1,1%
Bandagistes	11	1,4%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	5	0,6%
Laboratoires agréés	2	10,0%
Audiciens	6	0,7%
Pharmaciens-biologistes	3	0,4%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	73	9,0%
MRPA	16	2,0%
MRS	2	0,3%
Assurés	60	7,4%
Autres	59	7,0%
Total	814	100,0%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

NOMBRE D'ENQUÊTES DÉBUTÉES

Tableau 2 - Enquêtes débutées en 2012		
Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de dossiers	% des dossiers
Médecins généralistes	80	8,66%
Médecins spécialistes	221	23,92%
Pharmaciens	24	2,92%
Dentistes	58	6,28%
Infirmiers	194	21,00%
Kinésithérapeutes	66	7,14%
Logopèdes	1	0,11%
Orthopédistes	7	0,76%
Bandagistes	6	0,65%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	2	0,22%
Prothésistes acousticiens	6	0,65%
Pharmaciens biologistes	1	0,11%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	89	9,63%
MRPA	18	1,95%
Laboratoires agréés	3	0,32%
Assurés	78	8,44%
Autres	67	7,25%
Total	920	100,00%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

RÉSULTATS DES ENQUÊTES

Tableau 3 - Résultat des enquêtes clôturées en 2012		
Type des dossiers 2011	Nombre de dossiers	% des dossiers
Informatif	65	8,00%
Négatif	254	31,20%
Négatif avec action pour tiers	81	10,00%
Avertissement	96	11,80%
Avertissement avec remboursement volontaire	203	24,90%
A poursuivre	115	14,10%
Total	814	100,00%

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,
 - soit la plainte était hors compétence du SECM
 - soit 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**” reprennent les cas où, de bonne foi, le dispensateur a attesté erronément des prestations. Dans ces 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. Les sommes concernées par ces catégories figurent au tableau 4.
- 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 2012

Type/qualification du concerné par l'enquête	Remboursements volontaires (en EUR)	%
Médecins généralistes	87.187,90	3,24%
Médecins spécialistes	511.214,16	18,97%
Pharmaciens	88.526,93	3,29%
Dentistes	25.474,17	0,95%
Infirmiers	284.133,68	10,55%
Kinésithérapeutes	288.292,67	10,70%
Logopèdes	154,69	0,01%
Orthopédistes	7.782,78	0,29%
Bandagistes	16.269,10	0,47%
Prothésistes d'appareillages divers	484.501,61	13,94%
Prothésistes-acousticiens	1.224,66	0,04%
Pharmaciens biologistes	1.474,60	0,04%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1.667.940,51	48,00%
MRPA	1.511,14	0,04%
Assurés	295,31	0,01%
Autres	34.238,85	0,99%
Totaux	3.474.763,36	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 (CPI – voir plus loin). En 2012, 3 dossiers ont été soumis au Comité. Tous ont été introduits en CPI.

Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM

Les lois de décembre 2006 ont confié au Fonctionnaire-dirigeant (F.D.) du SECM, 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.

Jusqu'au 8 avril 2012, 3 conditions cumulatives limitaient son pouvoir :

- il ne traitait que les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses était inférieure à 25.000 EUR
- en l'absence d'indices de manœuvres frauduleuses
- et de mesure prise dans les 5 années qui précédaient le constat de l'infraction.

Depuis le 9 avril 2012, 1 seule condition reste d'application : il traite les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 25.000 EUR.

Tableau 5 - Décisions F.D. en 2012

Qualification du dispensateur	Nombre de décisions	Remboursements imposés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	9	186.952,22	99.457,48	72.225,68
Médecins spécialistes	10	121.603,47	37.999,99	33.476,29
Pharmaciens	11	258.268,27	385.456,81	21.295,11
Dentistes	6	47.032,51	18.802,69	15.442,02
Infirmiers	50	426.181,42	223.140,18	151.009,65
Kinésithérapeutes	7	102.180,71	23.341,21	41.267,59
Orthopédistes	1	12.780,44	12.780,44	
Fournisseurs d'implants	1	23.756,75		
Hôpitaux, centres de soins	2	13.745,76	6.872,88	5.683,60
Autres	2	2.291,04	648,91	1.338,19
Totaux	99	1.194.792,59	808.500,58	341.738,11

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 2012

Nombre de décisions FD	Nombre de recours en CPI	%
99	26	26

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- La Chambre de première instance

 La **Chambre de première instance (CPI)** est une juridiction administrative présidée par un magistrat de l'Ordre judiciaire, assisté de 4 membres, 2 nommés par le Roi sur proposition des organismes assureurs, et 2 de la profession du dispensateur comparant, nommés par le Roi sur proposition des différentes catégories de dispensateurs de soins.

Cette juridiction statue sur les appels introduits contre les décisions prises par le F.D.

Tableau 7 - Décisions en 2011 de la CPI agissant en degré d'appel contre la décision du F.D.

Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins spécialistes	6	56.032,65	5.910,38	18.644,40
Dentistes	3	19.403,05		1.901,44
Infirmiers	38	77.230,54	42.060,23	20.883,44
Kinésithérapeutes	1	19.829,00	19.829,00	
MRPA	1	12.290,00		
Totaux	49	184.785,24	67.799,61	41.429,28

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

 La décision de la CPI concernant un dossier n'est pas liée 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, elle décide aussi dans toutes les affaires qui échappent à la compétence du F.D.

Comme le F.D., la CPI est compétente pour se prononcer sur :

- le remboursement de l'indû à l'assurance soins de santé
- et/ou le paiement d'amendes administratives, effectives ou avec sursis.

Tableau 8 - Décisions de la CPI agissant en premier ressort en 2012

Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	2	19.830,05	4.693,52	
Médecins spécialistes	9	1.201.635,50	314.991,14	399.970,01
Pharmaciens	5	121.659,61	107.069,44	
Dentistes	4	588.172,85	430.464,09	
Infirmiers	11	388.795,43	289.613,58	20.276,46
Logopèdes	2	58.164,13	22.800,99	18.843,20
Orthopédistes	1	407.431,42		203.715,71
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1			
Autres	2	58.677,24	89.476,73	
Totaux	37	2.844.366,23	1.259.109,49	642.805,38

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Tableau 9 - Nombre d'appel en Chambre de recours (C.R.) contre les décisions du CPI en 2012

Nombre de décisions CPI 1 ^{ère} instance	Nombre de recours en C.R.			
	Par le dispensateur		Par le SECM	
86	12	14%	34	40%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

o La Chambre de recours

 La **Chambre de recours (C.R.)** est également une juridiction administrative, composée comme la Chambre de première instance (CPI), la différence étant que seul le magistrat président a voix délibérative, les 4 autres membres ayant voix consultative. Elle se prononce en degré d'appel sur les contestations relatives aux décisions de la CPI.

Tableau 10 - Décisions de la Chambre de recours en 2012

Qualification du dispensateur	Nombre de décisions	Remboursements imposés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	4	74.907,72	24.184,24	31.266,58
Médecins spécialistes	23	2.224.728,34		
Pharmaciens	4	338.721,55	64.764,95	340.691,21
Dentistes	8	198.891,51	121.308,05	19.557,06
Infirmiers	14	612.154,01	6.740,30	44.232,56
Kinésithérapeutes	2	30.523,69		12.780,20
Orthopédistes	2	46.042,06		26.927,08
MRPA	1	21.805,93		
Autre	1	76.605,16		
Totaux	59	3.624.379,97	216.997,54	475.454,69

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

 La décision de la C.R. concernant un dossier n'est pas liée 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 même année.

LA JURISPRUDENCE

L'INAMI publie sur son site Internet les décisions définitives du F.D., des CPI et des C.R.

 Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : 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 2010, 2011 et 2012, 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. Ces graphiques ne reprennent donc pas de chiffres pour la Caisse des soins de santé de la SNCB Holding.



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



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.

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.



Les **contrôles thématiques** sont des contrôles centralisés portant sur un segment 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 40%.

Le ciblage des contrôles diffère d'un contrôle thématique à l'autre. L'importance du nombre d'affiliés par mutualité n'est donc pas le seul critère pour organiser des contrôles.

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.

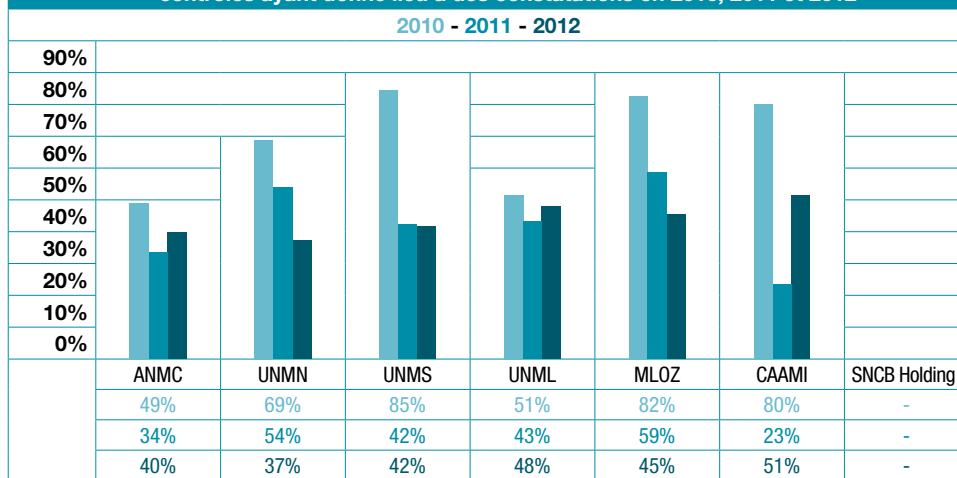
Les contrôles effectués peuvent donner lieu à des constatations. En l'absence de constatations, le dossier contrôlé est considéré comme étant correct.



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 (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.

Graphique 1 – Contrôles thématiques “indemnités” effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant donné lieu à des constatations en 2010, 2011 et 2012



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

! 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)".

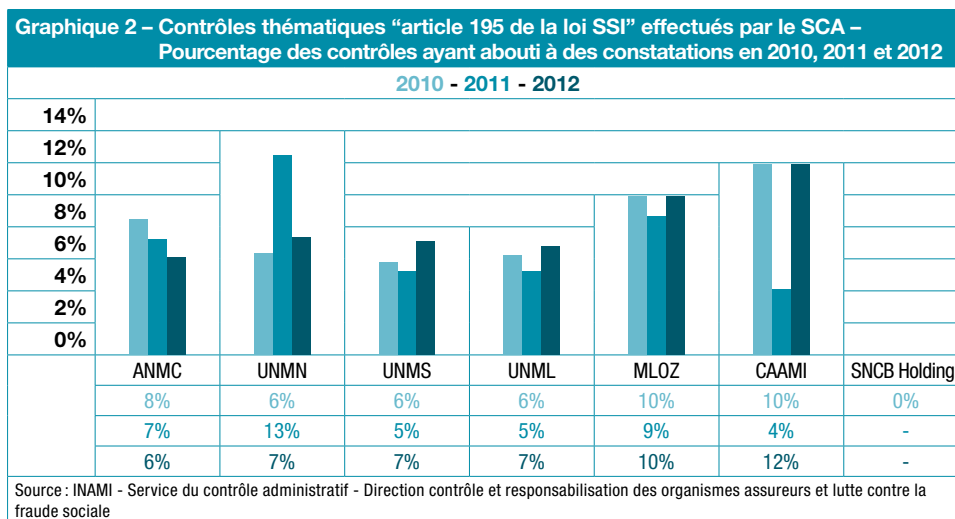
Les personnes ou organisations qui ont indûment perçu des indemnités de l'assurance SSI sont tenues d'en rembourser la valeur à l'O.A. qui les a versées (art. 164 de la loi SSI). Les O.A. doivent, à leur tour, récupérer ces indemnités et inscrire leurs montants sur les listes prévues à cet effet. Ces 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.



+

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.).

! Ce contrôle thématique porte essentiellement sur les indemnités d'incapacité de travail octroyées aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants. Les agents de la SNCB sont des fonctionnaires statutaires qui ne tombent pas sous ces régimes. La Caisse des soins de santé de la SNCB holding n'introduit donc pas de listes à contrôler dans le cadre de ce contrôle thématique.

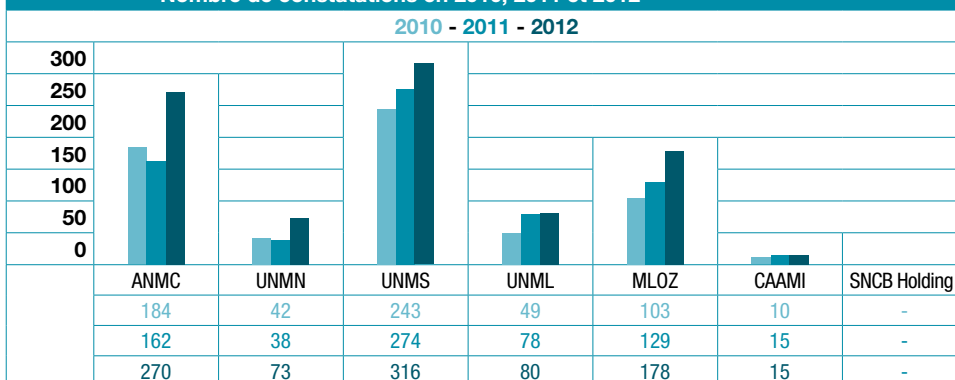
2. Contrôles non thématiques

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.

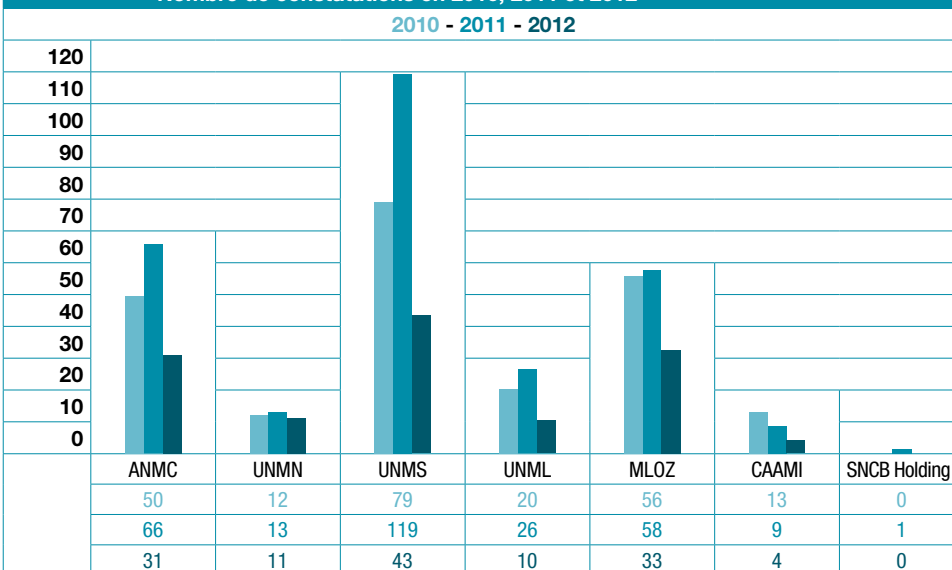
L'origine de ces contrôles est diverse : ils peuvent être effectués à la demande de tiers, en réponse à des plaintes ou questions d'auditeurs du travail, à la demande d'autres services de l'INAMI, de cabinets ou d'autres institutions sociales, etc. Lors de ces contrôles, l'accent est souvent mis sur la transmission d'informations aux demandeurs.

Graphique 3 – Contrôles non thématiques “indemnités” effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2010, 2011 et 2012



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Graphique 4 – Contrôles non thématiques “soins de santé” effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2010, 2011 et 2012



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

3. Lutte contre la fraude sociale

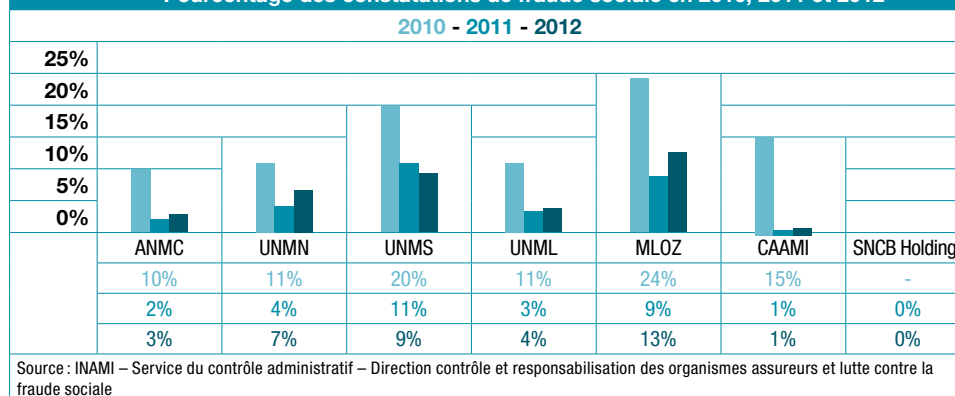
La lutte contre la fraude sociale est essentielle pour le SCA. Le Service détecte entre autres :

- 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.



Afin de renforcer la lutte contre la fraude sociale, le SCA s'est engagé, dans le contrat d'administration 2010-2012, à détecter le cumul d'indemnités SSI et de prestations déclarées à l'ONSS. Ceci se fait via un croisement de données (datamatching), à participer à la détection et à la lutte contre les assujettissements fictifs et à rédiger un rapport annuel sur la lutte contre la fraude.

Graphique 5 – Constatations lors de contrôles effectués par le SCA – Pourcentage des constatations de fraude sociale en 2010, 2011 et 2012



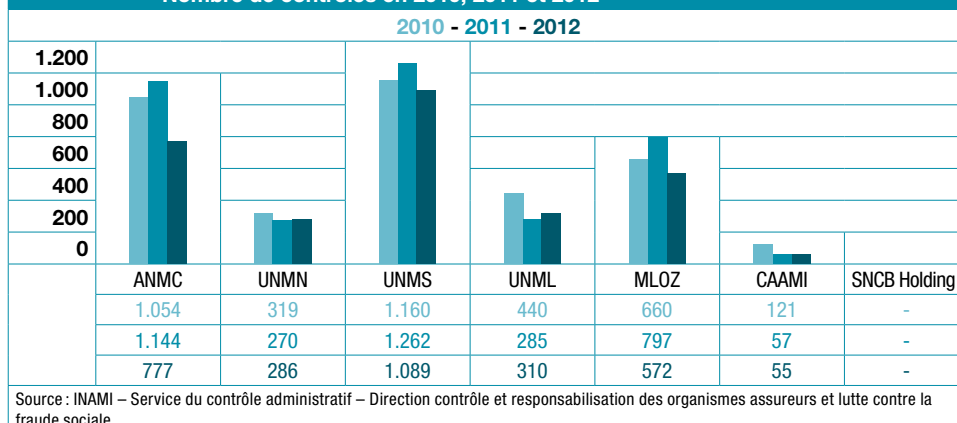
! Ce contrôle thématique porte essentiellement sur les indemnités d'incapacité de travail octroyées aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants. Les agents de la SNCB sont des fonctionnaires statutaires ne relevant pas de ces régimes. La Caisse des soins de santé de la SNCB holding ne fait donc pas l'objet de ce contrôle.

4. Contrôles de suivi

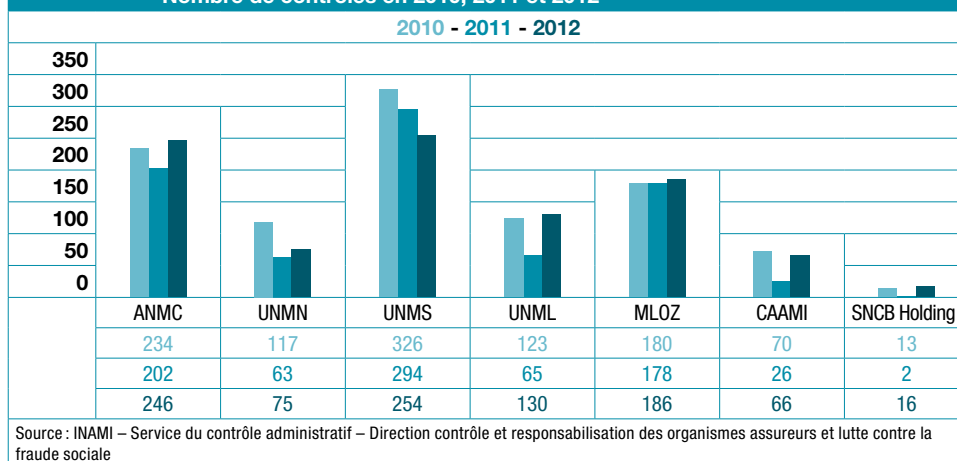
Le SCA effectue des contrôles de suivi pour tous les dossiers où des constatations ont été faites. Il y a donc des contrôles de suivi pour :

- 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 2010, 2011 et 2012**

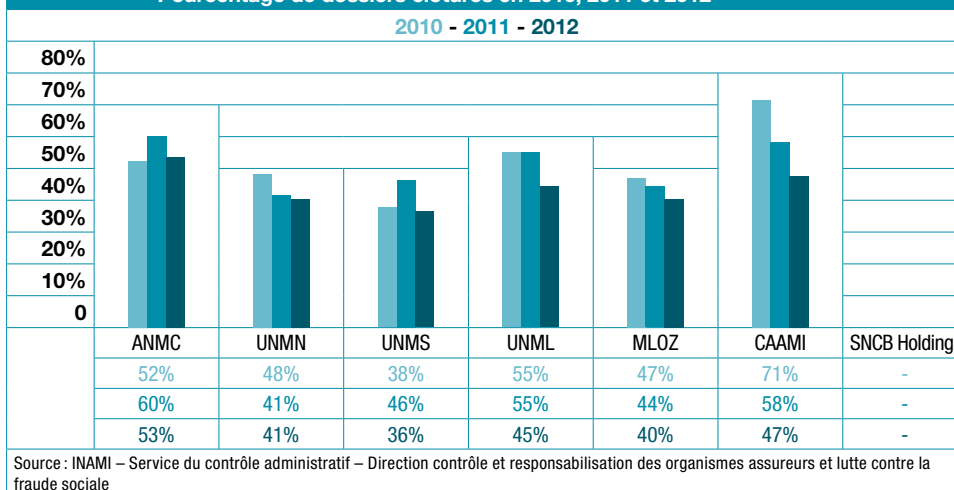


**Graphique 7 – Contrôles de suivi “soins de santé” effectués par le SCA –
Nombre de contrôles en 2010, 2011 et 2012**

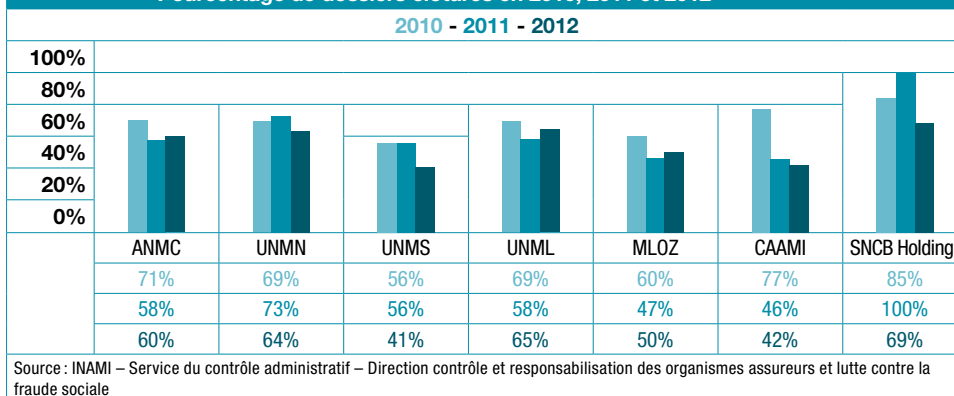


Les contrôles de suivi peuvent également donner lieu à des constatations. Si ce n'est pas le cas, la situation contrôlée est entre-temps en ordre, et le dossier en question est clôturé.

Graphique 8 – Premiers contrôles de suivi “indemnités” effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2010, 2011 et 2012



Graphique 9 – Premiers contrôles de suivi “soins de santé” effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2010, 2011 et 2012



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.

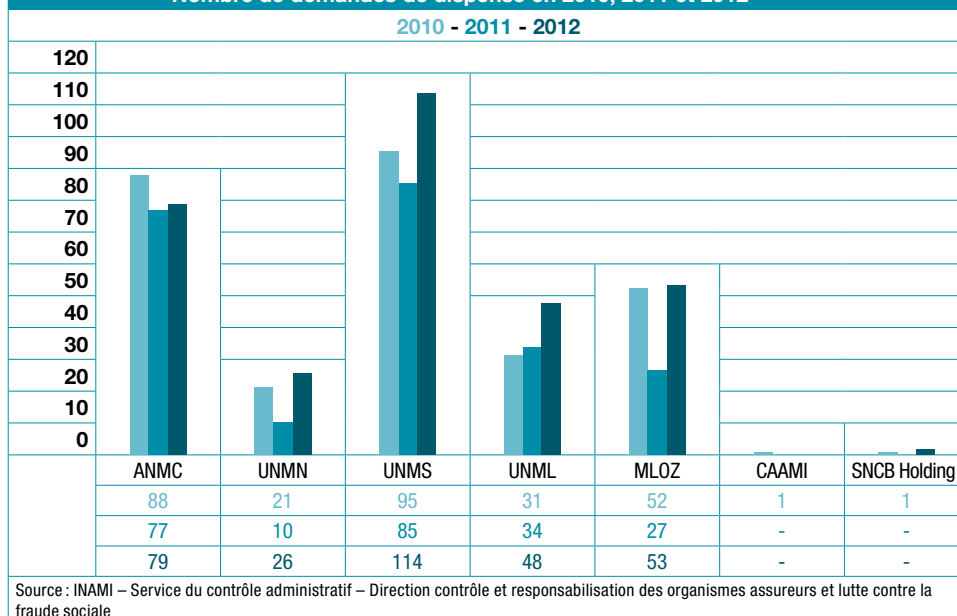
Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'en être dispensés.

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 300 EUR
- si la demande est introduite hors délai.

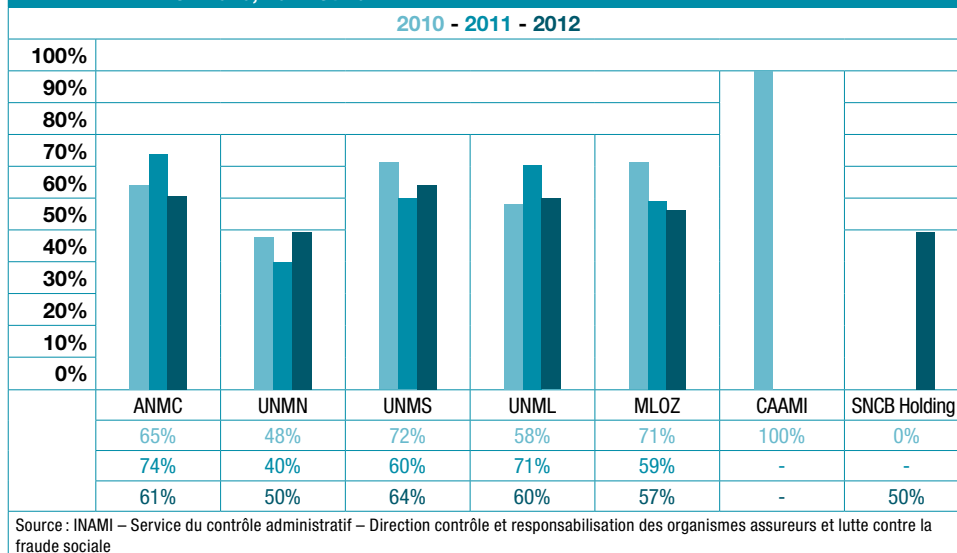
¹ A.R. du 03.07.1996 en exécution de la loi SSI (arrêté royal SSI), art. 327.

**Graphique 10 - Article 327 de l'arrêté royal SSI -
Nombre de demandes de dispense en 2010, 2011 et 2012**



! Pour 2010 et 2011, la Caisse des soins de santé de la SNCB holding n'a pas introduit de demandes pour l'application de l'article 327 de l'arrêté royal SSI.

Graphique 11 – Demandes article 327 de l'arrêté royal SSI – Pourcentage de dispenses en 2010, 2011 et 2012



www Vous trouverez davantage de tableaux statistiques sur le site web de l'INAMI: www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Statistiques de l'INAMI.

V. Statistiques des personnes affiliées à une mutualité (effectifs)

Cette partie présente l'évolution, par régime et par organisme assureur (O.A.), des personnes ayant droit à des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités (assurés sociaux).

Les données de cette partie sont basées sur les fichiers des membres des mutualités (aussi appelés "effectifs"). Les O.A. transmettent deux 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.

Depuis janvier 2012, vous avez la possibilité d'établir vous-même des statistiques de base concernant les personnes affiliées à une mutualité belge. Une nouvelle application disponible sur notre site web permet de calculer les effectifs souhaités grâce à une série de valeurs à cocher : simple et rapide ! De nombreuses informations stratégiques pertinentes sont ainsi accessibles de manière optimale.

 Vous trouverez cette application et davantage d'informations à son 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 deux 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 encore 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	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Titulaires (1)							
TIP + Services publics & assimilés	4.146.598	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516	4.302.436	4.310.964
Invalides	210.505	215.832	224.453	235.765	249.187	261.017	274.424
Handicapés	69.675	72.054	73.323	72.381	72.598	72.872	71.970
Veuves, veufs et orphelins	362.834	360.937	356.116	350.145	343.996	336.064	325.689
Pensionnés	1.244.028	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763	1.398.639	1.446.241
Personnes inscrites au Registre national (*)	175.697	174.391	165.391	155.199	158.051	166.317	165.575
Total (1)	6.209.337	6.288.662	6.362.315	6.405.630	6.464.111	6.537.345	6.594.863
Personnes à charge (2)							
Conjoints	734.870	692.268	674.025	658.994	647.357	632.636	615.524
Ascendants	13.472	12.340	12.924	13.842	14.929	15.882	15.415
Descendants	2.474.198	2.393.277	2.394.253	2.414.598	2.438.538	2.457.285	2.479.685
Total (2)	3.222.540	3.097.885	3.081.202	3.087.434	3.100.824	3.105.803	3.110.624
Bénéficiaires (1+2)	9.431.877	9.386.547	9.443.517	9.493.064	9.564.935	9.643.148	9.705.487
Titulaires non assurés (**)	41.967	90.343	89.346	103.890	103.011	108.620	119.219
(*) avant 1998 : personnes non protégées							
(**) avant 1993 : repris dans les bénéficiaires							
Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction 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	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Titulaires (1)							
TIP	521.215	500.948	553.240	561.740	566.225	567.671	571.882
Invalides	16.659	16.760	17.048	17.524	18.270	18.667	19.014
Pensionnés	82.515	57.737	82.531	83.138	83.671	83.937	85.104
Veuves, veufs et orphelins	31.866	14.734	29.463	30.608	28.594	27.965	27.436
Starters		36.349					
GRAPA (Garanties de revenus aux personnes âgées)		9.400					
Handicapés			6.632	3.945	5.421	5.363	5.314
Total (1)	652.255	635.928	688.914	696.955	702.181	703.603	708.750
Personnes à charge (2)							
Conjoints	124.160	105.121	115.071	111.954	107.647	102.614	98.234
Ascendants	1.052	1.095	1.300	1.543	1.743	1.865	1.907
Descendants	201.053	202.337	222.341	240.348	253.063	262.133	269.065
Total (2)	326.265	308.553	338.712	353.845	362.453	366.612	369.206
Bénéficiaires (1+2)	978.520	944.481	1.027.626	1.050.800	1.064.634	1.070.215	1.077.956
Communautés religieuses	3.755	1.118	3.009	2.726	2.459	1.993	1.763

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Les différentes catégories de titulaires sont les suivantes :

- les **indépendants titulaires indemnissables 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 indemnissables 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 2012 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 2012

ANMC	41,48%	
UNMN	4,35%	
UNMS	29,65%	
UNML	5,17%	
UML	17,45%	
CAAMI	0,76%	
SNCB Holding	1,14%	

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction 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 2012

ANMC	43,60%	
UNMN	5,20%	
UNMS	15,17%	
UNML	6,81%	
UML	28,81%	
CAAMI	0,40%	

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction 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 2000 à 2012 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.

Tableau 3 - Régime général - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en%)							
Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI	SNCB Holding
2000	44,05	3,84	28,96	5,73	14,98	0,81	1,64
2001	43,80	3,91	29,09	5,71	15,09	0,81	1,59
2002	43,53	3,95	29,24	5,68	15,26	0,79	1,55
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

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	
2000	48,76	5,35	13,97	8,13	23,47	0,33	
2001	48,50	5,32	14,19	8,03	23,64	0,32	
2002	48,26	5,31	14,21	7,96	23,95	0,32	
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	

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 (%)							
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

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données



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

Liège

Rue Fabry 25
4000 Liège
Tél. : 04 229 20 40
Fax : 04 229 20 99
E-mail : liege.scm@inami.fgov.be

Limbours

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 Materne 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 2013 (en EUR)

1. Bulletin d'information

Revue: paraît 4 fois par an.....30,00



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

Brochure.....27,00

Mises à jour 2013.....25,00

Texte de base¹ + mises à jour 2013:.....Feuilles interchangeables.....52,00

b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Brochure.....17,00

Mises à jour 2013.....5,00

Texte de base¹ + mises à jour 2013:.....Feuilles interchangeables.....22,00

c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Brochure.....2,00

Mises à jour 2013.....12,00

Texte de base¹ + mises à jour 2013:.....Feuilles interchangeables.....14,00

d. Prestations de santé (règlement)

Brochure.....12,00

Mises à jour 2013.....6,00

Texte de base¹ + mises à jour 2013:.....Feuilles interchangeables.....18,00

e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Brochure.....45,00

Mises à jour 2013.....13,00

Texte de base¹ + mises à jour 2013:.....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)

Brochure.....	6,00
Mises à jour 2013.....	6,00
Texte de base ¹ + mises à jour 2013 :.....	Feuilles interchangeables..... 12,00

g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Texte de base ¹ + mises à jour 2013 :.....	Feuilles interchangeables..... 168,00
Mises à jour 2013.....	52,00

h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Texte de base ¹ + mises à jour 2013 :.....	Feuilles interchangeables..... 87,00
Mises à jour 2013.....	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 2013 :.....	Feuilles interchangeables..... 68,00
Mises à jour 2013.....	45,00

b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2013 :.....	Feuilles interchangeables..... 49,00
Mises à jour 2013.....	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.

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.

4. Information technique

a. 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 1964-2010:CD-ROM.....	6,00

b. Répertoire de jurisprudence

Répertoire de jurisprudence de l'assurance obligatoire SSI	
Texte de base ² + mises à jour 2013:.....	Feuilles interchangeables 56,00
Mises à jour 2013.....	10,00

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

Brochure	gratuit
----------------	---------

c. L'INAMI - Comment, pourquoi, pour qui ?

Dépliant	gratuit
----------------	---------

d. Fonds spécial de solidarité

Dépliant	gratuit
----------------	---------

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 d) 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.

² 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.



Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à :

Publication	Contact
1, 2, 3, 4 et 5.e	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.

III. Études et recherches

1. Implants de cardiologie : influence du vieillissement sur les dépenses de l'assurance soins de santé

La cellule Expertise & COOPAMI examine l'évolution des montants remboursés par l'assurance soins de santé pour les implants de cardiologie, sur la période 2005-2010.

Cette étude prend en compte 2 groupes de prestations de santé : "cœur et coronaires" et "vasculaire hors coronaires". Elle analyse l'évolution des remboursements à la lumière des facteurs âge, genre et domicile du patient.

Elle compare le remboursement pour les implants de cardiologie et ceux pour l'ensemble du secteur des implants : en 2010, les dépenses pour la cardiologie représentent environ 46% du total des dépenses des implants.

Sur les 10 ans à venir, l'étude conclut que le vieillissement de la population (à législation constante et coût moyen bloqué) conduira à :

- un maintien des dépenses des séjours hospitaliers pour les prestations implants "vasculaires hors coronaires"
- une augmentation de 6% des dépenses des séjours hospitaliers pour les prestations implants "cœur et coronaires".



Consultez l'étude sur le site de COOPAMI : www.coopami.org, rubrique Expertise > Réalisations 2012.

2. Un accompagnement sur mesure pour reprendre le travail après une période d'incapacité

En Belgique, 258.000 personnes sont en incapacité de travail de longue durée. Incapables de travailler pour des raisons médicales, elles perçoivent une indemnité de leur mutualité.

Depuis plusieurs années, l'assurance indemnités donne à de nombreux travailleurs en incapacité la possibilité de se former pour acquérir de nouvelles compétences professionnelles. Mais malgré les efforts réalisés, retrouver le chemin du travail après une période d'incapacité reste difficile.

Pour cette raison, l'INAMI et les autres grands acteurs de la réinsertion socioprofessionnelle coordonnent désormais leurs actions pour offrir un meilleur accompagnement au travailleur en incapacité qui souhaite retrouver du travail, à temps complet ou partiel.

Des conventions formalisent cette collaboration :

- En région flamande, une 3^e convention signée en septembre 2012 entre l'INAMI, les mutualités, le VDAB et le GTB (service spécialisé pour accompagner les personnes handicapées vers l'emploi).
- En région wallonne, une 1^{re} convention signée en janvier 2013 entre l'INAMI, les mutualités, le Forem et l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH).

Le succès de ces nouvelles collaborations s'appuie sur des trajets de réinsertion.

- **Des trajets individuels sur mesure** : chaque personne en incapacité de travail vit sa propre histoire et connaît ses propres difficultés.
- **Un démarrage rapide du trajet** de réinsertion après le début de l'incapacité de travail : plus courte est la durée d'incapacité, meilleures sont les chances de reprendre le travail.
- **Une simplification des procédures** administratives.
- **Une communication structurée tout au long du trajet** entre tous les acteurs, depuis le premier contact avec le médecin-conseil de la mutualité jusqu'au retour à l'emploi.
- **Une expertise en orientation professionnelle** : des spécialistes de la formation, de l'emploi et de l'intégration des personnes handicapées aident le travailleur en incapacité et son médecin-conseil à déterminer les possibilités de retour à l'emploi.



Consultez les communiqués de presse des 14 septembre 2012 et 15 janvier 2013 sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Communiqué de presse > Plus de communiqués de presse.

3. Assurance maladie des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants : indemnités - évolution 2006-2011

Ce rapport donne un aperçu de l'évolution de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants pour la période 2006-2011.

Au niveau de la législation, ce rapport présente d'abord des dispositions communes aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants, à savoir :

- l'octroi d'une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne
- la qualité de titulaire avec/sans charge de famille, avec l'extension de la catégorie de titulaire sans charge de famille-isolé
- la procédure de régularisation en cas de reprise de travail non autorisée par un titulaire reconnu incapable de travailler
- la réadaptation professionnelle.

Ce rapport présente ensuite différents aspects de l'assurance indemnités des travailleurs salariés :

- les principales mesures relatives au montant des indemnités
- le refus des indemnités pour les jours couverts par le pécule de vacances
- la reprise d'une activité autorisée - Imputation du revenu professionnel
- l'assurance maternité avec l'écartement du travail, le repos de maternité, les pauses d'allaitement, et les autres risques (les congés de paternité et congé d'adoption).

Un autre volet de cette étude traite de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants :

- l'absence d'un titulaire à un examen de contrôle de l'état d'incapacité de travail
- l'instauration de la qualité de titulaire sans charge de famille-isolé
- les mesures les plus importantes relatives au montant des indemnités
- l'exercice d'une activité autorisée
- le repos de maternité
- le congé d'adoption.

Un autre volet important de l'étude traite de la jurisprudence pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants.

4. Géographie de la consommation médicale - Variations des dépenses de l'assurance soins de santé en Belgique - Rapport longitudinal 2007-2011

Ce rapport donne un aperçu de l'évolution des dépenses totales de l'assurance soins de santé obligatoire en Belgique durant la période 2007-2011.

L'augmentation considérable des dépenses moyennes observée entre 2007 et 2011 dans les 3 régions semble résulter notamment de plusieurs mesures réglementaires :

- l'entrée en vigueur du statut Omnio
- l'extension du droit au remboursement aux petits risques pour les indépendants qui jouissent de la Grapa et pour les indépendants débutants
- l'inclusion des petits risques dans l'assurance soins de santé obligatoire pour tous les indépendants.

L'accroissement des dépenses s'est fortement ralenti entre 2009 et 2010 mais il a repris en 2011.

Au niveau régional, les différences brutes entre la Flandre et la Wallonie se sont réduites au cours de la période considérée. Ces 2 régions se sont rapprochées de la moyenne belge.

A Bruxelles, en revanche, la dépense moyenne s'est encore davantage écartée du point de référence national. Cette observation doit être mise en perspective, en raison de l'agrégation en Wallonie et en Flandre de chiffres d'arrondissements aux situations parfois très différentes, avec à la clé un effet de compensation.

On note toutefois en 2011 une légère augmentation de l'écart des dépenses moyennes brutes par rapport à la moyenne dans les 3 régions, alors que les années précédentes, seule la région de Bruxelles-Capitale voyait sa dépense moyenne s'écarter de la dépense moyenne nationale. Cette observation s'explique en grande partie par l'évolution de la partie fixe du budget des moyens financiers des hôpitaux, qui a connu une augmentation importante en 2011. Il s'agit d'un phénomène ponctuel qui ne remet pas en cause la tendance à la réduction des écarts constatée les années précédentes.

Pour la majorité des années considérées, la dépense moyenne faible de Bruxelles et relativement élevée de la Wallonie semble découler de la structure de la population.

