60 ans de l'INAMI,
Nos balises pour l'avenir

Mai 2024

Avant-propos

Il y a 10 ans, en 2014, l'INAMI célébrait ses 50 ans. Cet anniversaire s'était accompagné d'un coup de projecteur sur les réalisations et progrès accomplis au fil des dernières décennies, ainsi que d'un regard sur l'avenir. Cette vision a été retranscrite dans un document intitulé « Repères du passé, balises pour le futur ». Ce document s'appuie en partie sur des études de population et sur le dialogue avec nos partenaires et parties prenantes.

Cette année, en 2024, nous fêtons les 60 ans de l'INAMI. Les évolutions ont été nombreuses au cours des 10 dernières années.

Dans les secteurs de la sécurité sociale gérés par l'INAMI, grâce à des petites et grandes réformes politiques, d'importants efforts ont été déployés pour mieux protéger et soutenir nos assurés sociaux et bénéficiaires, dans le domaine des soins de santé, de l'incapacité de travail et des accidents médicaux.

La société a été impactée par la poursuite de tendances en matière de vieillissement, numérisation, innovation médicale, etc. Mais de nouveaux événements ont également eu un impact majeur sur l'écosystème de l'INAMI. L'attention portée à la problématique sociétale du mal-être mental figure aujourd'hui à l'avant-plan, d'une manière que l'on ne soupçonnait pas il y a dix ans. La pandémie de COVID-19 nous a confrontés à la fragilité et aux limites du système (des soins) de santé, malgré les efforts extraordinaires de nos travailleurs de la santé. Les problèmes liés à la disponibilité du personnel médical et au bien-être mental de nos travailleurs de santé ont également été fortement mis en avant.

L'INAMI n'a pas été en reste. Depuis quelques années déjà, nous cohabitons avec le SPF Santé publique (SPF SPSCAE) et l'Agence des médicaments (AFMPS) dans le bâtiment Galilée. Il en résulte une collaboration accrue, indispensable pour faire face avec détermination aux défis d'aujourd'hui et de demain. Le télétravail, la concertation à distance, le travail par projets, … autant d'éléments qui ont dû être rapidement mis en place au sein de notre organisation.

Pour toutes ces raisons, nous avons décidé, avec le Comité de direction de l'INAMI - qui a d'ailleurs été presque entièrement renouvelé ces dernières années -, de procéder à une mise à jour de nos Balises pour le futur. Cela aura été l'occasion de réaffirmer notre histoire, nos racines, notre ADN. Tout en réfléchissant dans le même temps aux balises futures, appelées à devenir notre boussole. Nous tenons compte ici du résultat des exercices menés ces dernières années dans le but de définir une vision. Songeons par exemple à la vision d'avenir des soins de santé, élaborée par un groupe de parties prenantes du Comité de l'assurance, via un mandat confié par ce Comité à l'asbl Living Tomorrow.

Il s'agit d'un document de l'INAMI en tant qu'administration, dont nous assumons l'entière responsabilité en tant qu'administration. C'est un document qui invite au dialogue : avec nos administrateurs, nos partenaires médico-sociaux, nos parties prenantes et nos clients, avec nos administrations partenaires au niveau fédéral et aux autres niveaux de pouvoir, et bien évidemment aussi avec les responsables politiques et la société dans son ensemble.

À cet égard, ce document doit également être considéré comme un document vivant. L'INAMI s'en servira comme base pour développer et affiner des idées et voir comment les concrétiser dans les stratégies, projets et actions de l'INAMI, notamment dans le cadre de Contrats d'administration futurs. Bien entendu, comme cela fait partie de l'ADN de l'INAMI lui-même, nous procéderons dans les limites du cadre politique défini par nos administrateurs et responsables politiques.

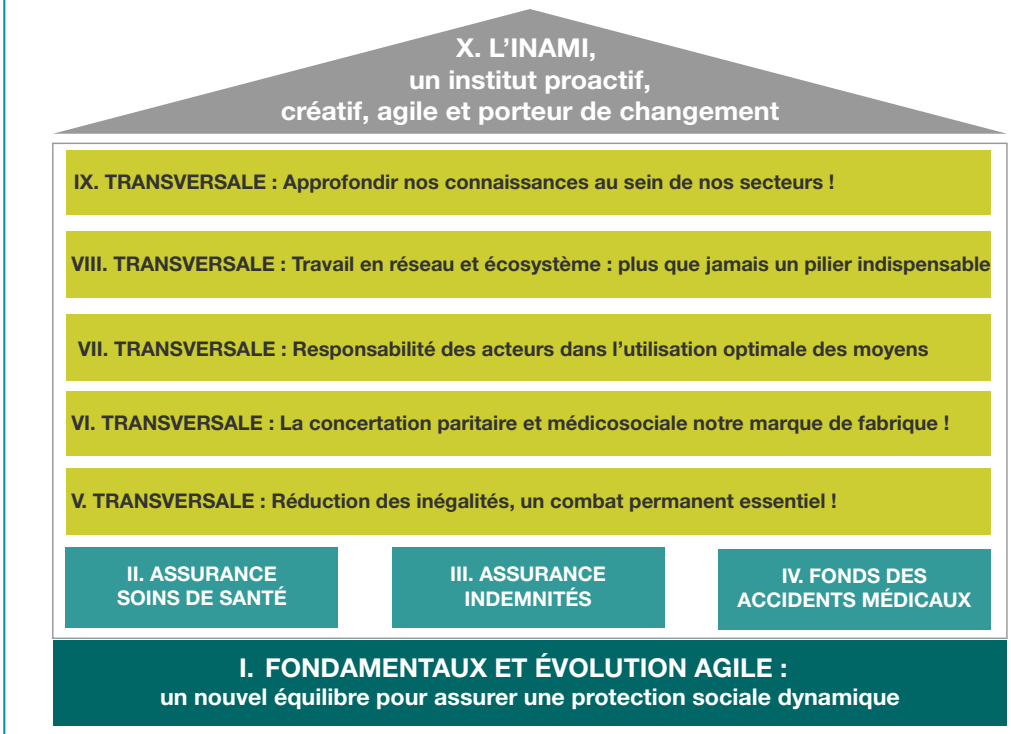
Ce document n'est pas exhaustif et ne se suffit pas à lui-même. Des thèmes tels que la garantie d'un financement durable, solidaire de la sécurité sociale, l'uniformisation et la simplification de certains concepts à travers les branches et régimes de sécurité sociale, la poursuite du travail de numérisation et de l'e-government (par ex. dans le cadre du programme eGov 3.0), le débat sur l'individualisation des droits, etc. sont par exemple débattus au sein du Collège des IPSS, auquel l'INAMI participe activement. Si ces thèmes ne sont pas abordés, ou le sont moins, dans le présent document, c'est parce qu'ils sont développés plus en profondeur ailleurs.

En tant qu'administration INAMI, nous considérons que c'est un privilège de pouvoir travailler quotidiennement à une mission sociale qui fait la différence pour les personnes touchées par la maladie et ses conséquences. L'INAMI entend être un acteur proactif, professionnel et fiable vis-à-vis de ses partenaires sociaux et des mutualités qui sont nos gestionnaires, vis-à-vis des partenaires du modèle de concertation et vis-à-vis de nos responsables politiques. Ensemble, bâtissons sur les fondations du passé, continuons à ancrer nos forces et, au moyen d'investissements et de réformes, préparons notre système de santé, l'assurance maladie, l'assurance indemnités et le secteur des accidents médicaux pour les générations actuelles et à venir.

Benoit Collin
Administrateur général

Pedro Facon
Administrateur général adjoint

Organigramme 1 : 10 Balises pour l'avenir



Source: INAMI

Sommaire

Avant-propos 1

1re Balise - Fondamentaux et évolution agile : un nouvel équilibre pour assurer une protection sociale dynamique 5

1. Fondamentaux « sécurité sociale » 6
2. Fondamentaux « Santé » 10
3. Du besoin de permanence et d'agilité 13

2e Balise - Assurance Soins de santé : D'une assurance frais médicaux à un levier pour une bonne santé 15

3e Balise - Assurance d'indemnités D'une assurance couvrant l'incapacité médicale de travail à un levier pour retrouver des capacités de retour à l'activité 23

4e Balise - Fonds des accidents médicaux : Un levier pour évaluer les accidents médicaux et indemniser les risques anormaux des soins de santé 27

5e Balise - Transversale :Réduction des inégalités, un combat permanent essentiel ! 31

6e Balise - Transversale : La concertation paritaire et médicosociale, notre marque de fabrique ! 35

7e Balise - Transversale : Responsabilité des acteurs dans l'utilisation optimale des moyens 41

8e Balise - Transversale : Travail en réseau et écosystème : plus que jamais un pilier indispensable 45

9e Balise - Transversale : Approfondir nos connaissances au sein de nos secteurs ! 49

10e Balise - L'INAMI, un institut proactif, créatif, agile et porteur de changement 53

1re Balise
Fondamentaux et évolution agile : un nouvel équilibre pour assurer une protection sociale dynamique

Dans le cadre de l'actualisation des balises pour le futur de l'INAMI et de l'AMI (Assurance Maladie Invalidité), il nous est apparu évident de mettre en première ligne, comme socle de base de cette vision, ce que nous appelons les « fondamentaux », ce pour quoi, nous avons été institués, nous existons et devons continuer à nous développer, à évoluer, tout en y restant fidèles.

Il ne s'agit pas d'un retour sur le passé mais au contraire de réaffirmer toute l'actualité, la modernité et tout le potentiel d'avenir de ces fondamentaux à la base de nos actions, quelle que soit l'époque.

Mais l'époque change, comme les besoins, les risques et les défis. Une protection sociale doit donc s'appuyer sur des fondamentaux pour assurer la continuité et la permanence de ses objectifs initiaux mais aussi évoluer avec agilité pour assurer l'adéquation aux nouveaux paramètres et aux nouvelles réalités.

Nous en appelons donc à un nouvel équilibre entre fondamentaux pleinement assumés et évolution agile pour assurer une protection sociale dynamique dans le domaine de la santé qui est à le point commun de nos trois secteurs d'intervention au sein de la sécurité sociale .

L'INAMI est :

- une institution **publique**
- de **sécurité sociale**
- chargée de la gestion
  - d'un **régime d'assurance obligatoire « soins de santé »** et **« indemnités »** organisé en deux secteurs distincts
  - d'un **régime d'indemnisation des accidents médicaux** organisé en un secteur distinct

L'article 1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 définit et résume ainsi nos missions.

1. Fondamentaux « sécurité sociale »

Cette définition de l'article 1 de la Loi coordonnée de 1994 est basée sur la Loi de 1963 qui a institué l'INAMI, mais repose cependant sur la mise en place, en 1944, de la sécurité sociale et, dans ce cadre global belge d'une nouvelle protection sociale, sur la mise en œuvre, en 1945, de l'assurance obligatoire « maladie » et « incapacité de travail ».

Cette filiation directe et originelle de l'INAMI et de l'AMI (Assurance Maladie Invalidité) devenue par la suite ASSI (Assurance Soins de Santé et Indemnités), à la sécurité sociale, détermine tant le modèle de protection sociale envers les personnes couvertes que le modèle de gestion de ces deux secteurs initiaux, complétés en 2014 par le troisième, ainsi que le modèle de gestion de l'institution publique parastatale.

Basé sur le modèle **bismarckien « professionnel »**, nous assurons, comme d'autres secteurs de la sécurité sociale, la **couverture d'un risque social** individuel en **mode assurantiel obligatoire** et **non sélectif** grâce à un **financement solidaire collectif** par des cotisations sociales à charge des travailleurs et des employeurs (selon le statut du travailleur) et des indépendants, complétées de financements de l'Etat (subsides, fiscalité, financement alternatif).

La Recommandation du Conseil de l'Union Européenne du 8 novembre 2019 relative à l'accès des travailleurs salariés et non-salariés à la protection sociale explicite bien la fonction essentielle de la protection sociale, quel que soit le modèle existant :

> « Les systèmes de protection sociale, dans leurs différentes formes, sont la pierre angulaire du modèle social européen et du bon fonctionnement de l'économie sociale de marché. La fonction essentielle de la protection sociale est de protéger les individus contre les conséquences financières de risques sociaux, tels que …, de prévenir et d'atténuer la pauvreté et de maintenir un niveau de vie décent. » (considérant (8))

Ce texte souligne aussi ce que nous appelons « **cercle vertueux** » entre la protection sociale et l'économie sociale de marché : « Des systèmes de protection sociale bien conçus peuvent aussi faciliter la participation au marché du travail, en contribuant à l'activation et en soutenant le retour au travail et la transition sur le marché du travail » (considérant (8))

« **Cercle vertueux** » dans lequel l'activité et le travail participent « au bon fonctionnement de l'économie sociale de marché » et à la prospérité économique et sociale. Tous deux génèrent ensuite à leur tour le financement de la protection sociale qui, elle-même outre la couverture du risque individuel ou familial permet de maintenir ou remettre au travail la personne couverte. Cet enchainement met ainsi fin au risque social couvert ou diminue la période de ce risque. Le maintien ou retour au travail réenclenchant dès lors ce cercle vertueux.

Ce « **cercle vertueux** » est à la base du **pacte social** entre les employeurs et les travailleurs qui a abouti, par son intégration dans le cadre juridique officiel, à la mise en place notamment de notre sécurité sociale en 1944 et à notre **modèle belge de concertation sociale** et de **gestion paritaire** comme **mode de gestion** des secteurs (missions) de la sécurité sociale mais également des institutions publiques de sécurité sociale (gestion). En outre, la reconnaissance et le maintien du rôle dévolu aux **opérateurs historiques** des différents secteurs de la sécurité sociale - que sont, pour nos secteurs de l'AMI, les organismes assureurs (mutualités)[1] et les partenaires sociaux - complètent ce modèle de gestion résolument **parastatal** plutôt qu'étatique, comme c'est davantage le cas dans les pays du modèle Beveridgien. Ce **cercle vertueux**, ce **pacte social** et ce modèle de gestion et de concertation paritaires doivent, dès lors, rester **au cœur de notre système de protection sociale** et de son rapport complémentaire et harmonieux avec l'activité et la prospérité économique et sociale.

Au sein du modèle de gestion et de concertation paritaires, il convient de réaffirmer **le rôle spécifique et central des partenaires sociaux** pour, en concertation avec les autres intervenants, assurer un bon interface entre ces deux pôles complémentaires (besoins de protection/sécurité sociale et bon fonctionnement de l'activité/prospérité économique et sociale).

Au sein du modèle de gestion et de concertation paritaires, il convient de réaffirmer **le rôle spécifique et central des mutualités** non seulement comme mouvement social mais également comme cogestionnaire de l'AMI et corps intermédiaire, représentant et au service de leurs assurés, et à ces titres, interface premier et essentiel entre ceux-ci et le système de sécurité sociale et de santé.

Au-delà des rôles et compétences spécifiques de chacun des intervenants de nos trois secteurs, le modèle de gestion et de concertation paritaires doit tendre, sans exclusive ni monopole, à établir une convergence d'intérêt et d'actions pour rencontrer les objectifs de notre système de sécurité sociale et de santé.

1. Pour des raisons de lisibilité et d'uniformité des termes, le terme « mutualité » est utilisé dans le présent document dans son sens le plus large, désignant à la fois les Organismes Assureurs (O.A.), les unions nationales et les mutualités en tant que telles. Cette interprétation plus large est faite sans préjudice des définitions juridiques des termes « mutualités », « unions nationales » ou « organismes assureurs ». Par « Organismes Assureurs » (O.A.), on entend : les 5 unions nationales de mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de HR Rail. Par rapport à l'INAMI, dans leur rôle de cogestionnaire de l'Assurance maladie et invalidité, le terme « Organismes Assureurs » est utilisé ; par rapport aux assurés sociaux/patients, en leur qualité d'affiliés, il est d'usage de parler de « mutualité ».

Dans ce cadre, on doit pouvoir interroger les évolutions du rôle du politique dans la gestion opérationnelle de secteurs et d'institutions relevant du modèle de gestion paritaire et disposant d'une certaine autonomie de gestion. Tout en reconnaissant le rôle de régulateur déterminant le cadre global tant stratégique (objectifs politiques, missions, réformes, organisation, obligations, contrôle,…) que financier (budgétaire, financement, comptabilité, cadre normatif d'évolution,…), on doit constater une intervention toujours croissante dans l'opérationnalisation et l'exécution de la gestion tant des missions que des institutions.

Il faut cependant indiquer que cette intervention croissante de l'Etat n'est pas une évolution limitée aux secteurs relevant de la gestion paritaire ni un phénomène propre à notre pays. Pour autant, cela mériterait, notamment via le Collège des IPSS et avec nos partenaires de gestion et de concertation, d'en analyser les causes et les conséquences sur le rôle et le sens de la gestion et de la concertation paritaires et de l'autonomie de gestion des institutions. Du moins si on considère, comme nous le faisons, qu'il s'agit d'un des fondamentaux de notre système de sécurité sociale et des institutions qui en sont responsables.

La recommandation du Conseil de l'Union européenne explicite également ce que les Etats membres doivent garantir comme couverture par la protection sociale : une **couverture formelle, effective, adéquate et transparente**, et nous y ajoutons, **dans un cadre financier durable**.

La **couverture formelle** est l'existence d'un droit (réglementation) à bénéficier de la couverture. Cela comprend les conditions d'accès réglementaires à ce droit. Dans nos trois secteurs, il y a donc lieu d'analyser si ces droits à l'assurance et les conditions d'accès n'excluent pas certaines catégories de la population ou des travailleurs qui devraient être couverts.

La **couverture effective** est la possibilité d'utiliser les droits et d'accéder effectivement aux différentes "prestations" prévues par la couverture. Le principal point d'attention est le non-recours aux droits pourtant accordés sur le plan juridique. Souvent, cela rejoint la condition de **transparence** de la couverture, notamment vu l'opacité et la complexité de la réglementation. La couverture devient alors inabordable pour l'assuré pour l'exercice effectif de ses droits. La problématique globale d'**accessibilité** à la couverture et aux prestations couvertes doit être analysée pour considérer si la couverture est effective.

La **couverture adéquate** est sa capacité à répondre à ses objectifs généraux : "**protéger les individus contre les conséquences financières de risques sociaux**, de **prévenir** et d'**atténuer la pauvreté** et de **maintenir un niveau de vie décent**." selon la recommandation du Conseil de l'Union européenne de 2019, mais aussi à ses objectifs spécifiques selon le secteur. A titre d'exemple : prestations utiles non ou pas assez remboursées en soins de santé, niveau d'indemnités ou problématique de l'individualisation des droits, conditions d'accès à l'indemnisation pour le secteur des accidents médicaux, etc.

La **couverture transparente** vise la complexité réglementaire et le manque de transparence actuels en matière de règles de protection sociale. Ces dernières peuvent avoir pour effet que les personnes ne soient pas suffisamment informées de leurs droits et obligations et de la manière dont elles peuvent exercer leurs droits et remplir leurs obligations, ce qui pourrait aboutir notamment à une non-utilisation des droits.

Dans un cadre financier durable et prévisible, la soutenabilité des assurances prévues, du système de sécurité sociale et du système de santé étant une condition fondamentale de leur pérennité, cela suppose une **quadruple condition** :

1. **garantir** un financement solidaire soutenable pour les contributeurs et notre système socio-économique,
2. **disposer** de budgets permettant de rencontrer les besoins d'une couverture adéquate des risques à couvrir et d'atteindre un bon niveau de fonctionnement et de résultats de nos systèmes de sécurité sociale et de santé,
3. **gérer**, allouer et contrôler ces budgets en veillant à une utilisation transparente, optimale et appropriée des moyens octroyés par l'ensemble des destinataires et des gestionnaires de nos systèmes de sécurité sociale et de santé.
4. **Avoir des règles prédéfinies et un cadre clair et pluriannuel (législature)**, tant pour les budgets de mission que de gestion, permettant une prévisibilité des financements et des budgets octroyés sans dépendre de révisions quasi à tout moment, notamment lors des multiples conclaves budgétaires, ou de la non-application des règles pourtant convenues aboutissant à une non adaptation des budgets notamment de gestion alors que les dépenses sont adaptées selon les règles convenues.

La sécurité sociale doit permettre par ses interventions de **lutter contre les inégalités** multiples qui existent dans notre société et qui impactent différemment les assurés face aux risques couverts et lors de la survenance de ces risques.
Une **couverture différenciée complémentaire** ou des interventions adaptées à certains public-cible spécifiques (vulnérabilité) font partie intégrante de l'approche de sécurité sociale selon le principe d'uniformité qui couvre chacun selon ses besoins et pas selon ses cotisations ou ses revenus.
Pour l'assurance soins de santé, il apparaît important que la **couverture de base**, identique pour chaque assuré, reste suffisamment attractive et adéquate pour ne pas rompre le contrat de solidarité et d'universalité de ce secteur de notre système de sécurité sociale et de santé ou détourner de l'assurance obligatoire et de son financement solidaire les contributeurs insatisfaits du niveau de **couverture "universelle".**

Dans nos trois secteurs, **l'assuré social ou le bénéficiaire est au cœur de nos missions** puisqu'il nous appartient de couvrir le risque associé au secteur mais aussi de contribuer à diminuer ou mettre fin au risque en permettant, si possible, un maintien ou un retour à l'activité.

Cette place centrale de l'assuré social ou du bénéficiaire, que ce soit au sein du secteur "indemnités", du secteur "soins de santé", ou du secteur "accidents médicaux", détermine tant, notre rapport avec lui pour lui "assurer" (au propre comme au figuré) la couverture formelle, effective, adéquate et transparente du risque social spécifique, que notre rapport aux partenaires de gestion et de prestations prévues dans les différents secteurs. Avec l'ensemble de nos partenaires de gestion et de concertation, c'est pour l'assuré social confronté à des problèmes de santé que nous travaillons, que nous nous concertons, que nous négocions des prises en charge (prestations de l'assurance) et que nous gérons les trois secteurs, à charge de l'INAMI.

Mais cette place centrale de l'assuré ou du bénéficiaire ne doit pas minimiser la place importante et essentielle des autres acteurs, intervenants, gestionnaires ou prestataires dans le domaine de la santé ou de la sécurité sociale. Etablir des partenariats par la concertation paritaire et médico-sociale, dans le respect de l'intérêt général des assurés et de la population mais aussi des intérêts légitimes des partenaires est donc également notre marque de fabrique.

Dans d'autres balises, nous développerons comment nous rencontrons, de manière spécifique ou transversale à nos trois secteurs, ces fondamentaux « sécurité sociale », comment nous y restons fidèles tout en garantissant l'évolution et les adaptations aux changements prévisibles ou non du contexte global des risques couverts, du monde du travail, du modèle socio-économique, de la protection sociale et, vu notre domaine d'action "santé", de notre système de santé.
Nous sommes un élément des vastes écosystèmes tant de santé que de sécurité sociale, eux-mêmes en relation avec les contextes, notamment socio-économiques, nationaux, fédéraux, régionaux et internationaux.

2. Fondamentaux « Santé »

L'autre **axe transversal des fondamentaux** de nos trois secteurs et de nos cinq services spéciaux est la **Santé**.

Bien que nos **missions premières relèvent de la sécurité sociale** (couverture du risque), ce qui détermine ou enclenche **notre intervention est directement liée à la santé des personnes couvertes** par nos régimes d'assurance ou d'indemnisation.

- Il y a, particulièrement dans nos secteurs, mais également dans d'autres secteurs de la sécurité sociale ou de la protection sociale, une large interaction entre la santé et la couverture du risque, au moins par l'impact de la santé sur le risque couvert.
- Le principe de one health ou de la santé dans toutes les politiques s'applique parfaitement aux politiques de protection sociale et de sécurité sociale comme aux politiques en relation avec les déterminants non médicaux de la santé (éducation, logement, environnement, alimentation, ...)
- « Mieux vaut prévenir que guérir » : ces interactions de nos trois secteurs avec la santé nous obligent à donner toute l'attention à la prévention en matière de santé comme en matière de risques couverts afin de diminuer la survenance du risque « santé » qui entraine l'intervention de nos trois secteurs.

L'assurance « soins de santé » permet, outre les **interventions dans les risques financiers** liées aux prestations de santé, de **maintenir ou de rétablir un niveau de santé** en ouvrant **l'accès à des prises en charge de santé négociées et concertées avec les prestataires ou fournisseurs. L'assurance « soins de santé »** est le **premier financeur de notre système de soins de santé** et, au-delà des seuls « soins », de notre système de santé. Elle est donc, pour reprendre la balise de 2014, un véritable « **levier pour la santé** » et un véritable « **organisateur et régulateur** » plus qu'un simple **« payeur » de notre système de santé** d'où le changement de paradigme d'une assurance "maladie" vers une assurance "soins de santé" et même "santé publique" et "santé" qui vise, au-delà des remboursements des frais de santé, à améliorer, maintenir ou rétablir la santé individuelle et globale de nos populations.

Au cœur de cette mission, **l'assuré et le patient** sont notre boussole, notre public-cible et le moteur de nos actions. Dans cette évolution de la maladie vers la santé, il reste encore à faire du patient un véritable acteur, à la fois, de sa santé, et de la couverture adéquate de celle-ci par l'assurance "soins de santé".

Dans le domaine de la santé, via notre ADN « sécurité sociale », la gestion ou la concertation en mode paritaire constitue un des fondamentaux essentiels de nos relations tant avec l'ensemble de nos partenaires gestionnaires de notre système d'assurance, qu'avec les prestataires, fournisseurs et l'industrie, via une concertation et négociation constructives.

Le rôle déterminant de l'INAMI dans le financement du système de santé et de couverture "santé" de la population nous impose encore plus de veiller à leur viabilité budgétaire.

Les défis dans le domaine de la santé et de nos systèmes de santé dépassent les frontières de la Belgique. Plusieurs éléments à un niveau supérieur sont importants pour un renforcement de la politique en matière de santé et de soins de santé au niveau belge : le pilier européen des droits sociaux, le développement d'une Union de la santé (Health Union) soutenant les États membres dans les défis au niveau national, et l'attention croissante accordée à l'importance de la performance des systèmes de soins de santé, à la réforme de ceux-ci et aux investissements sociaux.

L'OCDE et l'OMS, également, développent une vision et des stratégies qui constituent des leviers pour relever les défis que nous connaissons en Belgique. En janvier 2024, les ministres compétents pour la santé dans les pays de l'OCDE ont adopté une déclaration, sous la présidence du ministre belge, basée notamment sur un dialogue avec les intervenants sociaux. Cette déclaration met l'accent sur la politique de renforcement des fondamentaux, de la capacité de réaction, de la résilience et de la durabilité de nos systèmes de santé. Ceci exige une combinaison d'investissements ciblés et de réformes dans l'optique de systèmes de soins de santé davantage gouvernés par leur valeur, innovants et apprenants, centrés sur l'individu et la population.

Pour **l'assurance « indemnités »**, la **santé** joue un **rôle déterminant** dans le maintien au travail ou dans l'entrée en incapacité de travail et dans une prolongation en invalidité.

Là aussi, **nous ne pouvons nous contenter d'être un bureau d'enregistrement prenant acte des pathologies** qui entrainent de plus en plus d'incapacités et de plus en plus d'invalidité. Parce que l'état de santé lié ou non aux conditions de travail ou de vie a un impact sur les revenus et donc sur la qualité de vie des personnes, il est donc important de pouvoir agir en tant que régulateur et acteur du système, abordant la problématique liée à l'incapacité de travail dans une dimension globale et intégrée.

Il devient donc **essentiel pour ce secteur de comprendre et même de se préoccuper des pathologies** qui entrainent des incapacités longues voire de l'invalidité. Il lui appartient de jouer un **rôle d'alerte** quant à ces pathologies et un **rôle d'interpellation constructive** quant à ce qui est fait ou non, tant par le secteur de la santé que par l'environnement socio-professionnel, pour prévenir ou soigner ces pathologies et pour favoriser ainsi le maintien ou le retour au travail dans de bonnes conditions de santé ou d'adaptation de l'activité possible à la situation médicale et sociale.

Dans l'idée du cercle vertueux, la **réinsertion professionnelle (re)devient un des fondamentaux tant santé que sécurité sociale** pour le secteur de l'assurance indemnités. A côté du droit aux indemnités pour couvrir le risque de perte de revenus, nous devons développer de véritables opportunités de réinsertion en faveur des assurés sociaux disposant de capacités restantes suffisantes, et dans une démarche volontaire, pour couvrir le risque d'isolement social, de précarité et de chronicité en misant sur les capacités plutôt que sur les incapacités. Cela suppose une meilleure articulation entre le monde du travail et le monde de la santé pour trouver l'adéquation entre les capacités professionnelles et sociales et le niveau de santé, tant durant la période d'incapacité qu'en vue d'un retour à l'activité si l'état de santé le permet.

En mettant la problématique de santé au cœur de l'approche du secteur indemnités nous transformons la prise en charge de l'assuré, uniquement "durant son incapacité", vers une prise en charge partagée en amont comme en aval de l'incapacité. Cela suppose d'améliorer les synergies et les collaborations et de jeter des ponts entre différentes politiques et différents niveaux d'intervention. Dépasser une vision en silo pour appréhender les interactions nécessaires mais dans le respect des rôles, compétences et organisation de chacun. Nos partenaires sociaux au cœur de l'activité socio-économique jouent un rôle d'interface important entre le secteur des indemnités et les diverses instances, institutions et organismes de concertation et de gestion ou régulation du secteur socio-économique. Le service indemnités, les partenaires sociaux et les organismes assureurs peuvent également relayer ces préoccupations « santé » vers l'assurance soins de santé, le système de santé et d'autres secteurs de la sécurité sociale ou d'autres institutions fédérales ou régionales en charge de la santé, de l'emploi ou du bien-être au travail.

Ce chemin croisé entre incapacité et santé pose également la question de l'accompagnement nécessaire de catégorie de la population non couverte par l'assurance indemnités, notamment les jeunes pour éviter que leur santé ne limite leur capacité à l'activité professionnelle future et les pensionnés pour éviter que leur santé en période de travail ne limite leurs possibilités d'activité et de vie lors de leur pension. Là également on doit insister sur l'importance des politiques de prévention en matière de santé y compris au niveau des déterminants non médicaux qui impactent directement la santé. Là aussi nous devons, à partir des réalités du secteur des indemnités, interpeller les politiques qui contribuent à la santé ou au contraire à la non santé.

Pour le **régime d'indemnisation des accidents médicaux**, la **santé** et plus particulièrement la **prise en charge des patients par le monde de la santé** est également le déclencheur de ses missions. Là aussi, **la compréhension des prestations et des risques d'accidents médicaux avec ou sans responsabilité** devraient permettre de rendre des avis encore plus pertinents et de jouer un **rôle d'interpellation et de concertation constructive** tant avec les organisations de prestataires ou d'institutions de soins qu'avec les organisations de patients et les organismes assureurs pour limiter les risques. Nouveau secteur directement en lien avec le secteur de l'assurance soins de santé et le fonctionnement de notre système de santé, il est également la démonstration de la capacité d'évolution de notre protection sociale face un nouveau risque à couvrir dans l'intérêt des patients mais aussi, notamment en termes de résolution des conflits, dans l'intérêt des prestataires et du bon fonctionnement de notre système de santé.

Par cette **approche transversale intersectorielle de la santé**, l'expertise spécifique de chaque secteur et de chaque service (missions ou inspection) contribue à la bonne gestion de chaque secteur mais aussi des autres secteurs au sein de l'INAMI.

C'est aussi le cas dans les collaborations avec d'autres secteurs de la santé tant au niveau fédéral que des entités fédérées.

Dans les fondamentaux "santé", nous devons aussi tenir compte des caractéristiques de notre système de santé et de soins de santé, notamment quant à la création, au maintien, au développement mais aussi à la régulation de l'offre de services de santé.

Comme pour l'offre "sécurité sociale", l'offre "santé" n'a pas émané de l'Etat (dans ses diverses formes) mais bien d'opérateurs historiques du secteur médicosocial tant à titre individuel (prestataires) que collectif (hôpitaux, mutualités, associations de santé, ...)
Comme il l'a fait pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, l'Etat a reconnu le rôle des opérateurs de santé et l'organisation de l'offre tout en fixant le cadre de l'exercice de ces professions ou institutions de santé.

Nous ne sommes donc pas dans une gestion étatique de la santé mais plus dans une gestion encadrée reconnaissant l'initiative privée ou publique décentralisée dans la création et l'évolution de l'offre de soins.

Cette réalité fait de notre système de santé un système encore trop basé sur l'offre et la production de prestations plutôt que sur les besoins et les résultats. La fixation d'objectifs de santé et de soins de santé, l'analyse des besoins non rencontrés, l'orientation « appropriate care » devrait permettre de trouver le juste équilibre entre besoins, résultats et offre de soins.

Les autres caractéristiques de notre système "santé" sont la liberté de choix du patient, la liberté thérapeutique, la liberté d'établissement des prestataires, le statut d'indépendant d'une grande majorité de prestataires, le statut "secteur non marchand" et "non profit" des institutions médico-sociales.

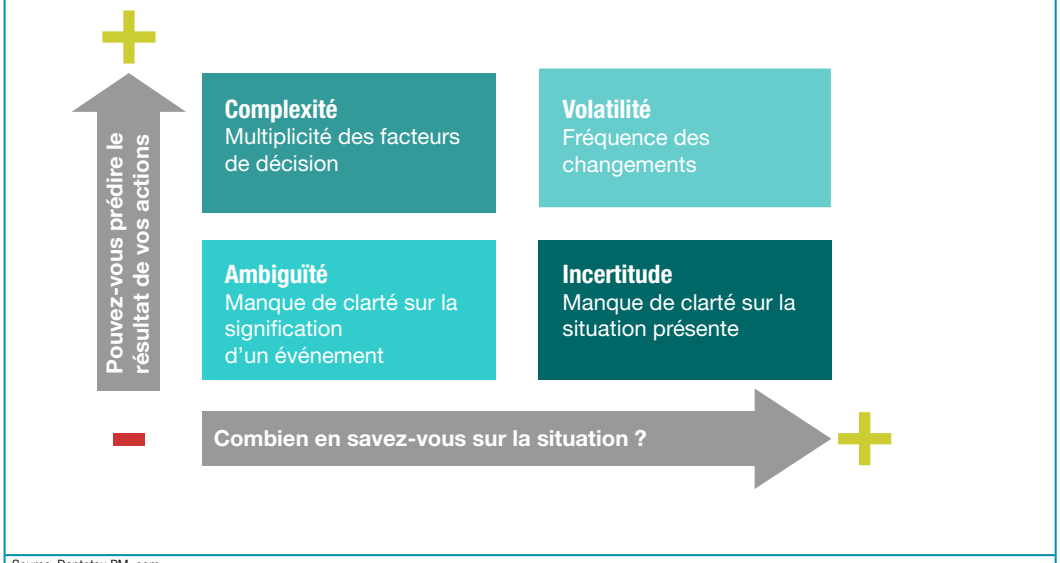
Dans la gestion de nos trois secteurs, nous devons tenir compte des caractéristiques de notre système de santé pour construire un véritable partenariat avec notamment les opérateurs de santé, les patients, les mutualités et les partenaires sociaux afin de répondre aux besoins de santé et pour développer notre système de santé à la rencontre de ces besoins et des objectifs de santé publique et de santé individuelle dans un cadre équilibré autour, notamment, du **quintuple aim**.

Moins de malades, moins d'accidents médicaux, moins de personnes en incapacité pour raison de santé, c'est donc un combat de santé publique autant que de sécurité sociale.

Dans d'autres balises propres à chaque secteur ou transversales, nous pourrons expliciter comment nous développons ces fondamentaux « santé » et ce travail en réseau tant en interne qu'en externe.

3. Du besoin de permanence et d'agilité

Organigramme 3 : VUCA / VICA - Une grille de lecture



Source: Dantotsu PM .com

Dans un monde **VUCA** (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity) les projets, les priorités et stratégies doivent changer rapidement afin de tenter de s'adapter à la volatilité des situations, à l'incertitude de ce qu'on ne peut pas prédire, à la complexité des interactions croissantes et à l'ambiguïté des interprétations possibles des situations. Il faut donc apprendre à gérer en permanence les changements nécessaires dans l'incertitude.

En effet, tout le monde pourrait être dépassé sauf ceux qui auraient compris et accepté déjà qu'une nouvelle normalité s'installe, même si ses contours ne sont pas encore clairement définis et visibles. Nous étions habitués à prendre du temps pour étudier, analyser, discuter, comparer, échanger, expérimenter, décider avec une bonne dose de maitrise de l'environnement qui nous entoure. Aujourd'hui, nous sommes plus souvent obligés de décider et d'agir sans une bonne visibilité, sans une bonne maitrise des éléments, nous fonçons droit devant et nous apprenons chemin faisant.

- Plutôt qu'une réflexion sur l'avenir de l'assurance, privilégier une approche/évolution en mode agile pour lui permettre de s'adapter et même anticiper les changements, évolutions, défis, risques, crises, …
- Plutôt que fixer un horizon temporel (l'AMI en 2030), fixer les conditions et les modalités qui permettront l'agilité quels que soient la période et l'avenir.
- Cela suppose aussi une agilité des institutions de gestion, des partenaires de gestion, des processus qui sont à la base de la gestion de l'assurance « agile ».
- **Réfléchir aux éléments qui bloquent/freinent l'agilité, ou à ceux qui la facilitent, la boostent.**

Cela n'est pas contradictoire avec les fondamentaux qui doivent être considérés comme des éléments de base et permanents non affectés, ou qui ne devraient pas être affectés, par les changements nécessaires en mode agilité.

D'où l'importance d'un accord sur ces fondamentaux et sur le caractère permanent de ceux-ci.

Pour alors définir ce qui peut et doit être agile pour faire évoluer l'assurance en permanence afin d'être toujours de son temps tout en restant fidèle aux fondamentaux de notre système de sécurité sociale et de notre système de santé.

Entre les fondamentaux "sécurité sociale" et "santé" et les évolutions nécessaires en mode agile pour répondre aux besoins de santé et de protection sociale, il nous semble essentiel que toute décision et toute intervention soit préalablement justifiée par rapport aux objectifs et aux résultats attendus tant en matière de protection sociale qu'en matière de santé. Et que sur base d'indicateurs mesurables, on puisse en suivre l'exécution et l'atteinte. Cela suppose de bien définir les besoins, les moyens d'y répondre et les indicateurs de résultats afin d'optimaliser le cout/bénéfice en termes de protection sociale, de santé mais également en terme budgétaire et financier afin d'assurer la soutenabilité du système.

Si les objectifs de chaque politique sont bien définis en termes de résultats, on peut plus facilement adapter les politiques en fonction d'éléments nouveaux qui les impacteraient.

Sans prétendre dresser une liste exhaustive des grands enjeux, défis et risques prévisibles et imprévisibles, nous essayerons, dans les autres balises, d'indiquer quelques axes d'évolutions qui nous semblent essentiels.

La Belgique n'est pas une île malgré certaines spécificités ! Il existe au sein d'organisations et forum internationaux, tant de sécurité sociale que de santé, suffisamment d'indications sur les défis communs à relever pour assurer ce nouvel équilibre entre fondamentaux et évolution agile pour assurer une protection sociale dynamique dans le domaine de la santé et contribuer à l'avenir des systèmes de santé.

Organigramme 4 : L'agilité face aux nouveaux enjeux

A. Enjeux sécurité sociale

B. Enjeux gouvernance

B. Enjeux santé

B. Enjeux inconnus ou imprévisibles

Source: INAMI

2e Balise
Assurance Soins de santé : D'une assurance frais médicaux à un levier pour une bonne santé

Au départ d'une couverture de sécurité sociale du risque financier des frais médicaux pour les travailleurs et leur famille, la base de l'assurance maladie – appelée actuellement assurance soins de santé – s'est lentement élargie tant au niveau des personnes couvertes qu'au niveau des frais et prestations couverts.

Dans le cadre des moyens disponibles, cela signifie non seulement l'organisation d'une couverture universelle et l'extension systématique de l'offre en fonction des besoins médicaux et sociaux et des progrès médicaux mais cela signifie aussi qu'au fil des ans, l'accent a de plus en plus été mis sur l'organisation des soins de santé, sa régulation, la qualité et l'expérience des soins et plus largement de **l'écosystème de la santé**. Cette approche plus globale qui n'est pas purement axée sur la technique de l'assurance est largement soutenue. Cela a pour conséquence une contribution maximale et explicite de l'assurance soins de santé à la réalisation des objectifs globaux d'un bon système de santé.

Cet écosystème dont on ne peut ignorer les interactions et l'influence sur la santé et le système de santé comprend notamment :

- le changement climatique qui a un impact considérable sur la santé (humaine, animale et végétale). Le secteur de la santé aura un double rôle contradictoire puisqu'il est, d'une part, un contributeur important aux émissions de carbone et, d'autre part, il sera le « réceptacle » des effets de ce changement climatique sur la santé ;

- la capacité de l'industrie à assurer l'approvisionnement correct de leurs produits, à innover et à créer de nouvelles technologies, notamment basée sur l'intelligence artificielle, de nouvelles méthodes de diagnostics ou de nouvelles approches thérapeutiques. Il va de soi que le système doit être capable de créer une place pour ces avancées technologiques par exemple en innovant de nouvelles collaborations ;

- l'influence d'autres facteurs sur la santé comme l'alimentation, l'éducation, les habitudes de vie (sédentarité, consommation de substance, etc.). Ici aussi l'intégration des politiques publiques est capitale pour espérer peser sur la santé de la population.

Dans cet écosystème interagissent **trois acteurs : les assurés sociaux et les bénéficiaires, les prestataires et institutions de soins et les responsables de l'organisation, de la régulation et du financement du système.** Chacun a son rôle dans l'écosystème et l'amélioration du fonctionnement et des résultats produits par cet écosystème passe par le soutien et le renforcement de ces trois acteurs ainsi que par un alignement constructif de leurs besoins et intérêts.

Une nouvelle approche basée sur des objectifs rencontrant le « **Quintuple Aim** »
Les objectifs du Quintuple Aim sont:

1. la santé de la population
2. la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance
3. l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité
4. le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées
5. le bien-être des professionnels de la santé

Organigramme 2 : Quintuple aim - For health care improvement

Source : dispensaryofhope.org

Premièrement, nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre sur les fondamentaux de la sécurité sociale, le **patient et son entourage** sont au cœur du système. En termes de sécurité sociale, ce sont eux qui sont les assurés et donc aussi au centre de la couverture. Ils doivent faire l'objet de l'attention du système et rester le phare qui guide les actions. Ce sont leurs préoccupations et leurs besoins qui doivent être le moteur des deux autres acteurs. **L'objectif n°1 du « Quintuple aim » reconnaît l'importance du patient puisqu'il cherche à maximiser la santé de la population, en misant à la fois sur le préventif et le curatif.** Le « Quintuple aim » va d'ailleurs plus loin avec son **« objectif n°2 » qui vise à améliorer l'expérience des soins et la qualité des soins au patient.** L'objectif n°1 doit être d'assurer une vie en bonne santé à toute la population tout au long de la vie. Il s'agit donc de prévenir plutôt que de guérir. Le focus doit être mis plus sur la santé que sur la maladie. Cela suppose notamment que tout ce qui peut éviter une maladie ou un accident évitable doit être mis en œuvre autant collectivement qu'individuellement. Cela suppose d'agir et d'investir non seulement dans la prévention et la promotion de la santé « directe » mais aussi dans tous les facteurs externes et déterminants non médicaux de la santé. **Le changement de paradigme consiste donc à passer du traitement de la maladie à la gestion de la santé.**

Dans le domaine de la santé, **deux approches de planification des soins et services** sont souvent présentées : l'une **populationnelle** et l'autre **institutionnelle**. Ces deux approches relèvent de deux logiques différentes quoique complémentaires. **L'approche populationnelle** relève d'une logique mettant l'accent sur la demande dans le but d'adapter les soins et services aux besoins de la population. **L'approche institutionnelle** adopte une logique axée sur l'offre et vise à améliorer l'offre de soins et services en fonction des critères de qualité et d'efficacité. Cette nouvelle approche introduit donc la notion de responsabilité populationnelle qui suppose la **convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population**.

Les différents acteurs de santé d'un territoire donné partagent une **responsabilité collective envers la population**, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé. Principalement défini en silo, par spécialité ou par pathologie, notre système de santé doit être repensé dans une logique fonctionnelle autour de lieux de vie et d'objectifs de vie. Un tel chantier est pourtant indispensable pour voir notre système évoluer et répondre aux défis à venir en matière de santé globale : sociale, physique, mentale et environnementale.

En complément de cette approche populationnelle basée sur des territoires de vie et de santé , les notions de transversalité et d'intégration des soins s'imposent également de plus en plus en termes d'efficacité des interventions tant cliniques que sociales pour assurer la santé des individus et des populations. La santé c'est plus que les soins qui ne sont finalement qu'une des réponses nécessaires aux besoins de santé de la population.
Chaque prestataire, chaque intervenant ou chaque institution n'a qu'une partie de la réponse globale aux besoins. **Il doit donc coordonner son intervention avec les autres intervenants autour du patient, de son milieu de vie, de la population.** Cela permet aussi d'assurer la continuité et la complémentarité des interventions nécessaires qui englobent les interventions de soins ou de prévention/promotion de la santé mais aussi les interventions sociales à côté des besoins de soins. Dans cet esprit, la mise en œuvre des **soins intégrés** revêt un caractère primordial. Nous sommes condamnés à poursuivre et à réussir ce virage essentiel que nous avons entamé pour atteindre (notamment) les deux premiers objectifs du Quintuple Aim.

Le patient est un **acteur du système** et pas un sujet passif dans le système. Il a des droits, mais aussi une responsabilité évidente dans l'atteinte des objectifs, ce qui est aussi mis en avant dans la loi des droits de patients récemment actualisée. Le système doit bien entendu permettre au patient de prendre ses responsabilités en soutenant l'amélioration de sa **littéracie en santé**, y compris sa littéracie digitale, en mettant à sa disposition les technologies qui lui permettront d'accéder à ses données, de monitorer en temps réel son état de santé, de faire ses choix de vie, et de prendre, conjointement avec l'équipe soignante, les actions de soins voulues. Le patient sera ainsi impliqué et jouera un rôle actif qu'il pourra alors également prolonger dans des cénacles consultatifs et décisionnels au cœur du système. Son lieu de vie deviendra de plus en plus un lieu de prise en charge médicale (hospitalisation à domicile plus fréquente et plus variée, dialyse à domicile, …). La communication efficace aidera à visibiliser les projets qui favorisent l'autonomie des patients et la gestion de leur propre santé. Dans ce contexte, un élément important, et un levier crucial pour des soins de qualité, est de maximiser l'observance thérapeutique.

Du point de vue de l'assurance maladie, nous devons rester très attentifs à la réalité de la **fracture numérique** et, avec l'ensemble des partenaires, et plus particulèrement les mutualités et les associations de patients, prendre des mesures afin de garantir en permanence l'accès au système de soins de santé.

Le « **person-centredness** » décrit ci-dessus semble évident mais cela reste un défi majeur de notre système de santé pour deux raisons : d'une part, même si des avancées importantes ont été réalisées dernièrement pour impliquer le patient (création en 2023 d'un forum patient au sein des organes de l'assurance-maladie), son rôle reste parfois encore trop cantonné à celui de spectateur et de commentateur du système ; d'autre part, la relation entre le prestataire et le patient reste parfois encore trop souvent une relation « sachant – apprenant ». Or, le prestataire n'est plus le seul « sachant » de la relation. Le patient, même si c'est à des degrés divers, s'informe, connaît ses objectifs de vie, peut exprimer ses besoins et ses volontés et cela doit aussi être pris en compte dans la réponse des soignants. Un élément important dans le cadre de la "person-centredness " en "patient-centredness" est l'amélioration de l'accessibilité de données sur le coût et la qualité des soins. L'INAMI, et certains partenaires qui le financent, disposent d'un grand nombre de données qui pour l'instant ne sont pas toujours rendues accessibles. Ce doit être une ambition et une priorité absolues d'avoir comme hypothèse de départ de rendre accessibles toutes ces données avec bien entendu l'encadrement nécessaire, pour interpréter correctement les données par exemple.

Vu l'informatisation croissante des circuits administratifs et financiers, le rôle des mutualités dans leur rapport avec le patient évolue et leurs missions se focaliseront encore plus qu'avant sur l'accompagnement de leurs membres en cas de maladie chronique, sur le soutien des personnes en incapacité de travail afin de faciliter et soutenir leur retour sur le marché du travail si l'état de santé le permet, sur la surveillance de la sécurité tarifaire et sur la diffusion des données disponibles, afin de veiller à la bonne utilisation des moyens. Dans cette optique, l'INAMI mettra tout en œuvre pour renforcer la collaboration avec les OA en vue de **coordonner nos stratégies de communication**. À cet égard, et dans le respect des compétences de chacun, nous pouvons mettre nos forces en commun, utiliser conjointement nos canaux de communication et ainsi maximiser notre impact. Les bases d'une collaboration renforcée en matière de communication ont été récemment jetées par l'INAMI et le CIN, et sont en cours de développement. Cette forme de coopération dans le domaine de la communication peut également servir d'inspiration pour collaborer avec d'autres partenaires de l'INAMI, comme les partenaires sociaux, les associations professionnelles, les organisations de patients, etc.

Deuxièmement, pour parvenir à augmenter la santé de la population et la qualité des soins prodigués aux patients, un certain nombre de conditions doivent être réunies pour permettre aux **prestataires de soins** de travailler dans des conditions optimales. C'est ainsi que le **5ème objectif du « Quintuple aim »** vise à augmenter le **bien-être des professionnels de soins**. L'atteinte de cet objectif passe par une multitude de défis à relever pour les prochaines années : une force de travail en suffisance et correctement répartie, un plus grand partage des tâches, y compris une plus grande subsidiarité qui fera en sorte que les capacités de chacun seront utilisées à bon escient (comme c'est la volonté dans le New deal pour les médecins généralistes), un bien-être mental suffisant (risque accru de burn-out). Au-delà de l'aspect humain de la force de travail, il est indispensable de soutenir par tous les moyens cette force de travail. Par exemple, en permettant un véritable **échange d'informations (interopérabilité) entre les prestataires de soins** sur lequel pourra s'appuyer un système d'aide à la décision. Cet échange d'informations reste lacunaire et déficient dans notre pays alors que c'est l'épine dorsale de bon nombre de politiques de santé.

Par ailleurs, l'INAMI poursuivra ses efforts pour promouvoir **l'evidence based practice** et les bonnes pratiques qui favorisent une meilleure qualité des soins pour le patient et une utilisation rationnelle des soins de santé, un levier important pour la durabilité financière du système. Pour ce faire, la communication et le feedback ciblé à l'attention des prestataires de soins seront encore accentués pour les aider à adapter leur comportement de prescription et de prestation. La communication vers les prestataires et institutions de soins ne se limitera pas à cela, l'INAMI veillera encore à accroître la bonne compréhension de la réglementation et d'éviter toute mauvaise interprétation qui nuirait à une bonne utilisation des budgets de l'assurance soins de santé. La priorité à la littéracie en santé par les assurés sociaux que nous évoquions vaut tout autant par les prestataires de soins qui doivent pouvoir disposer d'une large palette de littéracies différentes : littéracie digitale, littéracie financière, littéracie scientifique, littéracie liée à l'utilisation des données, ...

Dans un souci constant de recherche de la qualité des soins pour le patient, la concentration des expertises est un must. La gestion de la santé dans une approche populationnelle et territoriale (ce qui induit une certaine proximité entre l'offre et les besoins) n'est en effet pas en opposition avec une approche basée sur la réponse globale aux besoins et problématiques de santé communs. Des soins de haute qualité nécessitent une concentration dans des centres d'excellence spécialisés et à volume élevé.

Troisièmement, **le système de santé** doit offrir un cadre optimal pour la prise en charge des patients mais aussi pour permettre aux prestataires de soins d'évoluer correctement. A ce sujet, nous notons **les défis suivants** pour le système :

- Garantir une accessibilité tant financière, géographique que culturellement correcte et **incluant** différentes formes de diversité **(3ème objectif du « Quintuple aim »)**. Cette **équité** est également un principe important dans le cadre de nos activités d'inspection. Ces activités d'inspection sont axées sur les problèmes les plus importants (qu'il s'agisse d'infractions à la réglementation ou d'inefficacité) avec des actions proportionnées et, le cas échéant, des sanctions qui modifient durablement le comportement des prestataires de soins et des assurés sociaux. Ainsi, l'aspect « **équitable et axé sur les résultats** » est l'un des deux domaines de vision de la Commission antifraude (CAFC) et du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026. Les services d'inspection prévoient également des contrôles nationaux et ponctuels de l'application uniforme de l'assurance soins de santé et indemnités en vue de garantir et de favoriser un accès équitable.

Pour assurer une application uniforme de la réglementation et un traitement équitable des assurés sociaux, les services d'inspection adressent également des recommandations aux organismes assureurs pour l'amélioration et l'harmonisation de leurs pratiques de travail dans le cadre de la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités. Des éléments problématiques récurrents mis en lumière, comme des difficultés d'application de la réglementation ou la qualité des flux des institutions, sont également communiqués aux Services de gestion de l'assurance SSI de l'INAMI chargés de créer et d'interpréter la règlementation pour aboutir à des amendements de la législation en vigueur et à la publication de nouvelles circulaires dans le but de garantir le respect des droits aux assurés sociaux. Sur ce plan, la **fourniture d'informations par les organismes assureurs** à leurs membres est cruciale pour sauvegarder ou maintenir les droits de leurs affiliés.

- Accompagner l'évolution des structures de soins, orientées vers plus d'efficacité et de qualité, notamment vers une plus grande « **ambularisation des soins** » (cf. supra et le lieu de vie du patient qui devient un lieu de prise en charge), la redéfinition de l'hôpital tel qu'on le connait actuellement avec une meilleure répartition des activités à travers l'activation effective des réseaux hospitaliers, y compris la concentration des soins complexes et/ou chers ;
- Veiller à une **intégration des politiques publiques**. Comme nous l'avons signalé plus haut, les autorités publiques ne peuvent plus se permettre de continuer à juxtaposer les initiatives, elles doivent être intégrées et articulées entre elles. A cet égard aussi, la mise en œuvre de soins intégrés jouera un rôle d'exemple pour l'avenir. La pierre angulaire de cette intégration des politiques publiques reste la définition d'objectifs de santé et de soins de santé communs et partagés par tous les niveaux de pouvoir et qui dépasse le cadre d'une législature ;
- Soutenir **l'innovation tant technologique** que dans les processus et les approches des problèmes rencontrés. A l'image de l'adage « Seul on va vite, ensemble on va plus loin », nous devons renforcer ou redéfinir nos collaborations et ne pas hésiter à initier des collaborations inédites, qui transcende les partenaires habituels ;
- **Veiller à une utilisation correcte des moyens** (efficacité par rapport au coût, c-à-d. le rapport entre les moyens investis et la valeur obtenue) **(4ème objectif du « Quintuple aim)** afin de garantir la soutenabilité du système. Des actions de l'INAMI, telles que **les « appropriate care » et le contrôle du respect de la législation**, s'inscrivent totalement dans une mission légale visant à utiliser de façon aussi optimale que possible les moyens disponibles dans les soins de santé. Ainsi, le contrôle de l'application de la réglementation est un maillon essentiel de la durabilité du système des soins de santé en Belgique. De même, la coopération avec d'autres pays et dans un contexte européen pour un renforcement de l'évaluation des technologies de la santé, de(s) (la politique en matière de) médicaments et produits médicaux, mais également sur le plan des prestations techniques, est essentielle pour des soins de santé davantage gouvernés par leur valeur.
- Perpétuer et améliorer **la tradition de concertation** qui est la base du système actuel et qui bénéficie d'un large soutien. Ce point fait l'objet d'une balise distincte (voir point VI.).

3e Balise
Assurance d'indemnités
D'une assurance couvrant l'incapacité médicale de travail à un levier pour retrouver des capacités de retour à l'activité

L'assurance indemnités est une assurance de sécurité sociale dont l'objectif premier vise à couvrir, par l'octroi d'un revenu de remplacement, un risque social lié à la perte de revenus à la suite d'une incapacité de travail. Cette assurance intervient également dans le cadre de l'octroi d'indemnités en cas de repos de maternité, de congé de naissance (pour le régime des travailleurs indépendants, ce sont toutefois les caisses d'assurances sociales/INASTI qui sont compétentes pour l'octroi d'une allocation de naissance), de congé d'adoption et de congé parental d'accueil.

Même si elle n'a donc pas vocation à une couverture universelle comme l'assurance soins de santé, elle évolue et doit évoluer pour couvrir formellement, effectivement et adéquatement l'évolution de l'activité professionnelle, du monde du travail et des risques liés notamment aux raisons de santé ou de vie qui éloignent ou pourraient éloigner l'assuré de l'activité professionnelle.

Cette évolution continue de l'assurance indemnités, pour **garantir une couverture formelle, effective et adéquate et dans un cadre financier soutenable**, est nécessaire dans l'ensemble des champs d'application actuels ou futurs de l'assurance : incapacité/invalidité, maternité, paternité, adoption, ...

L'assuré social est bien au cœur de notre action : tout en veillant au respect du cadre réglementaire et financier du secteur indemnités par toutes les parties impliquées dans la cogestion dudit secteur, y compris l'assuré social, notre objectif est bien, avec les organismes assureurs, d'assurer aux bénéficiaires une couverture adéquate, un suivi et un soutien approprié de sa problématique globale (indemnités, situation médicale, sociale, professionnelle,...) sans stigmatisation afin de favoriser et de permettre, si possible, en fonction de sa situation médicale, de ses impacts et de son évolution, un retour à l'activité dans de bonnes conditions de santé et de capacités professionnelles.

En ce qui concerne l'incapacité de travail pour raison médicale, le nombre de personnes qui sont reconnues en incapacité de travail depuis plus d'un an (passage en "invalidité") est passé, de 289 814 en 2011 à 502 371 en 2022 soit une hausse de 73 % en 11 ans, et parmi ces 502 371 personnes, 36,4 % le sont en raison d'un trouble mental et 31,7 % en raison d'une maladie musculosquelettique.

Les facteurs explicatifs liés à cette augmentation s'inscrivent notamment dans les évolutions démographiques (l'augmentation de la population active, son vieillissement, l'augmentation du taux de participation des femmes sur le marché du travail jusqu'à un âge plus avancé, la poursuite de l'augmentation des pathologies liées aux troubles mentaux et aux troubles musculosquelettiques, ...) et les modifications intervenues dans d'autres systèmes de la sécurité sociale (comme par exemple, l'alignement de l'âge de la pension des femmes sur celui des hommes, l'allongement de la carrière active ou encore la suppression progressive des régimes de chômage avec complément d'entreprise et le renforcement des conditions d'accès à la pension anticipée).

Face à cette évolution importante de l'incapacité de travail, il importe d'appréhender globalement et transversalement les défis majeurs qu'elle pose pour ce secteur, pour l'assuré social et son entourage, pour le monde du travail, le contexte socio-économique et pour la société, afin d'apporter les réponses appropriées tant du système de sécurité sociale, que du monde du travail ou du monde de la santé pour éviter, limiter ou mettre fin au risque à couvrir par un maintien ou un rétablissement d'un état de santé compatible avec un maintien ou un retour à l'activité professionnelle et sociale.

Il y a **trois temps ou champs d'actions** dans la problématique des incapacités de travail : **avant l'incapacité** pour éviter d'y entrer, **pendant l'incapacité** pour éviter d'y rester, en permettant notamment de rétablir au mieux l'état de santé et par un suivi plus régulier des évolutions à ce niveau, et en préparation d'un **"après l'incapacité"**, en favorisant et en misant sur les capacités professionnelles et médicales de retour à l'activité socio-professionnelle compatible avec un état de santé "stabilisé".

Il est important d'envisager comment intervenir utilement **dans le premier temps ou champs d'action**, notamment par une meilleure connaissance et un partage de celle-ci quant aux profils socio-professionnels et de santé des personnes en incapacité afin que les secteurs concernés dans le monde du travail et de la santé puissent minimiser les risques d'entrée ou de maintien en incapacité.

Pouvoir agir en amont avant que la maladie ne survienne constitue à cet effet un des défis importants de notre société face à l'évolution importante du nombre de personnes qui entrent chaque année en incapacité de travail en raison notamment des deux grands groupes de pathologie liés aux troubles mentaux et musculosquelettiques.

Tout comme pouvoir agir d'une part, sur l'amélioration des accès aux offres de soins et d'autre part, sur le renforcement de la communication nécessaire en vue d'informer correctement les assurés sociaux quant aux possibilités de recourir aux soins, offre un des leviers pour stimuler leur recours effectif aux soins et lutter ainsi contre la problématique relative aux reports de soins.

Les réformes entreprises ces dernières années entendent intervenir au moins **sur les deux derniers temps ou champs d'action**.

> A cet effet, il importe de pouvoir rappeler **les différentes réformes entreprises dans le cadre du secteur de l'assurance indemnités au cours de ces dix dernières années** et qui concernent tant le secteur des travailleurs salariés que celui des travailleurs indépendants. L'introduction d'un changement de paradigme lié à la prise en compte des capacités restantes en vue de pouvoir soutenir l'assuré social qui le souhaite dans une démarche volontaire de réinsertion socio-professionnelle, l'assouplissement des conditions d'autorisation préalable pour la reprise volontaire d'un travail adapté à l'état de santé, l'introduction de nouveaux trajets d'accompagnement avec le soutien des coordinateurs Retour au Travail, les revalorisations du montant des indemnités, la réforme introduite dans le cadre de l'organisation du processus d'évaluation de l'incapacité mais aussi, et plus spécifiquement pour le régime des travailleurs indépendants, la suppression de la période de carence et la simplification du système lié aux reprises volontaires de travail adapté à l'état de santé, constituent quelques exemples mettant en avant les évolutions importantes intervenues au sein de l'assurance indemnités.

Il est également important de pouvoir relever **l'évolution significative intervenue au cours de ces 10 dernières années quant au nombre de personnes reconnues en incapacité de travail et qui reprennent progressivement une activité adaptée à leur état de santé.** Le pourcentage de ces reprises progressives du travail (dans un poste adapté à leur état de santé ou d'aménagements nécessaires) a en effet évolué de manière croissante durant cette même période: au 31 décembre 2021, environ 63.160 personnes en incapacité de travail de longue durée (soit 14% de l'ensemble des personnes en incapacité de travail de longue durée) ont une autorisation pour exercer un travail adapté (au sens de l'article 100 § 2 de la loi coordonnée).

> Par exemple, il importe de pouvoir continuer à renforcer l'aide au retour à l'emploi en faveur des personnes qui disposent de capacités restantes suffisantes, en privilégiant dans une démarche volontaire la mise en place de mesures individualisées et de qualité.

Ces mesures doivent continuer à s'inscrire dans une **approche multidisciplinaire** impliquant un renforcement de la responsabilité de, la collaboration et communication entre tous les acteurs concernés (employeurs, travailleurs, médecins-conseils, équipes multidisciplinaires, coordinateurs de retour au travail, conseillers en prévention-médecins du travail, médecins traitants, …), y compris les régions responsables de la formation et de l'emploi. L'expertise de ces dernières ainsi que leur offre de services constituent en effet des leviers importants pour orienter et soutenir les assurés sociaux dans l'élaboration d'un trajet de retour vers l'emploi adéquat et de qualité.

Face à ces différents champs d'action, **le soutien aux dispensateurs de soins** constitue également un axe important pour lequel il y a lieu de prêter une attention particulière en termes notamment de simplifications administratives comme par exemple, avec le projet d'informatisation du certificat d'incapacité de travail « Mult-eMediatt », mais également en termes d'outils facilitant la communication et l'échange entre les médecins (médecins-conseils, médecins du travail, médecins traitants et médecins INAMI) comme par exemple, avec le projet de plateforme TRIO.

Par ailleurs, et de manière plus globale, dans le cadre de nos missions liées à notre assurance indemnités, il importe de pouvoir continuer à renforcer, avec le soutien de nos partenaires, **une gestion plus automatisée des données** grâce à la prise en compte de l'évolution des technologies de l'information et de la communication. Le renforcement de cette approche doit ainsi pouvoir nous permettre d'améliorer les conditions d'accès et d'octroi au droit à l'assurance indemnités mais aussi de pouvoir garantir la bonne performance et gouvernance de notre assurance, tout en incluant une **simplification administrative**, tant en faveur des assurés sociaux, des mutualités que des employeurs.

Enfin, l'existence de nombreuses règles différentes de calcul des montants des indemnités en cas d'incapacité de travail rend leur application de plus en plus complexe et difficile d'accès pour les usagers du secteur (avec le risque d'erreur que cela peut supposer). Ce constat doit ainsi pouvoir nous amener à nous interroger sur **une approche plus uniforme et simplifiée de ces règles** qui tient compte de la nécessaire évolution de notre secteur, en vue notamment d'en améliorer la bonne compréhension et application au regard de ses conditions d'accès et d'octroi.

La très forte augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail a déjà donné lieu à des réformes politiques et à des investissements du côté de l'INAMI et des organismes assureurs pour pouvoir améliorer le suivi de ce secteur, tant en termes de connaissances, sur le plan opérationnel, qu'en termes de contrôle. Néanmoins, on ne peut nier qu'une meilleure régulation, un meilleur suivi et une meilleure connaissance des mécanismes de l'incapacité de travail nécessiteront des investissements supplémentaires, non seulement dans le cadre de l'assurance indemnités, mais aussi **au niveau du placement professionnel et du bien-être au travail**. **Au niveau des médecins prescripteurs** également, il faudra investir davantage pour améliorer leurs connaissances et leur rôle en matière d'incapacité de travail et de réinsertion dans le monde du travail.

Mais l'assurance indemnités couvre d'autres situations pour lesquelles une indemnité peut également être octroyée sous certaines conditions et durées, notamment, en cas de repos de maternité ou de congé de naissance. L**'équilibre nécessaire entre la vie familiale et la vie professionnelle** constitue à cet effet un enjeu important pour lequel il y a lieu de continuer à mener des réflexions globales dans une approche intégrée. Promouvoir le renforcement d'un tel équilibre constitue en effet un enjeu en termes de prévention en réponse à un éventuel risque d'incapacité de travail et doit également nous permettre de pouvoir tenir compte d'éventuelles complications pouvant survenir au moment de l'accouchement ou après la naissance tant en ce qui concerne la travailleuse que son enfant.

Enfin, il est crucial d'assurer également le contrôle du système, notamment quant à l**'application correcte de la réglementation**, d'une part dans une perspective d'accessibilité mais d'autre part aussi pour lutter contre les abus. Dans ce cadre, l'INAMI contrôle le fonctionnement du système, tant d'un point de vue médical qu'administratif.

4e Balise
Fonds des accidents médicaux : Un levier pour évaluer les accidents médicaux et indemniser les risques anormaux des soins de santé

Troisième secteur plus récent distinct de l'INAMI, le fonds des accidents médicaux est bien ancré dans une évolution à cheval entre sécurité sociale universelle en matière de santé et gestion du système de santé. On pourrait dire que par les avis qu'il rend et les indemnisations qu'il octroie, il ouvre un nouveau droit aux patients quant aux impacts non attendus et non désirés des prestations de santé et participe à la gestion, à la reconnaissance et à la couverture des risques anormaux (avec ou sans responsabilité d'un prestataire) des prestations de santé.

Les missions du FAM et son fonctionnement sont assurés par un budget en dotation à charge du budget du secteur "soins de santé", responsable de la prise en charge des prestations de santé conduisant malheureusement parfois à des dommages anormaux, non désirés ni anticipés. On peut dire que c'est bien la solidarité collective qui couvre le travail et les missions de ce nouveau secteur envers des risques individuels. On est donc bien dans l'esprit de la sécurité sociale ou de la protection sociale.

Evidemment, si le patient "victime" est bien au cœur des missions et de cette couverture, le FAM n'est cependant pas un bureau de défense des patients mais plutôt un arbitre impartial d'une plainte et d'un problème soulevé dans le cadre d'une prestation de santé.

Dans le passé, l'image du FAM fut ternie par un arriéré important et le fait d'avoir été présenté quasi exclusivement comme **un organisme offrant une indemnisation** à des patients ayant subis un dommage suite à une prestation de soins. Le rôle principal du FAM n'est pourtant pas d'indemniser, mais de **rendre un avis**. L'arriéré qu'il a rencontré au début de ses activités est quant à lui aujourd'hui quasi apuré.

Le FAM permet aux patients qui s'estiment victimes d'un dommage suite à la réalisation d'une prestation médicale d'obtenir gratuitement, dans un délai raisonnable et en dehors d'un climat conflictuel – comme pourrait l'être une procédure judiciaire - **un avis sur l'origine et l'importance de son dommage**.

De **nombreux défis** se présentent au FAM dans le cadre de cette importante **mission d'avis** :

- Assurer la qualité des expertises externes, alors qu'une pénurie d'experts s'est installée en Belgique de manière générale et alors qu'il est tenu au respect des marchés publics.
- Rester vigilant quant au respect des délais de traitement des demandes tant en interne qu'en externe afin de ne pas réalimenter un arriéré ou de dépasser un délai raisonnable
- Valoriser son expertise interne pour limiter le recours à l'expertise externe aux problématiques qui requièrent cette expertise spécifique aiguë.
- Améliorer la transparence et l'information relatives :
  - aux critères de prise en charge (de manière générale et particulière)
  - à la gestion des dossiers individuels (par rapport aux demandeurs)
- Proposer des changements législatifs éventuels pour que la loi réponde encore mieux à la réalité de ce service mis à la disposition des patients.
- Développer sa **mission de médiateur**.

A côté de sa **mission d'avis**, le FAM est **chargé de l'indemnisation des accidents médicaux** reconnus indemnisables selon sa réglementation. Il appartient au FAM d'améliorer **la qualité de ses évaluations** relatives aux dommages encourus. Il appartient également d'analyser les évolutions souhaitables de la législation quant à ce droit d'indemnisation qui peut apparaître comme assez limité actuellement par rapport aux nombres de dossiers ne rencontrant pas les critères d'accès mais pour lesquels un accident médical est pourtant reconnu.

La troisième mission du FAM porte sur la prévention des accidents médicaux sur base des constats tirés de la gestion des plaintes et des avis. Cette mission est actuellement limitée à la production de données sur les prestations ou les prestataires qui donnent lieu aux plaintes, avis et indemnisations. Mais elle devra encore être développée et pourra l'être notamment via l'amélioration de ses systèmes de collecte et traitement de données et surtout par une collaboration et un dialogue avec d'autres services responsables de la gestion du système de santé y compris au niveau INAMI mais aussi avec des associations de prestataires de soins, de patients, des services de médiation hospitalières, organismes assureurs, ... pour mieux comprendre les raisons de la fréquence plus importante de certaines prestations dans les plaintes et les mesures éventuelles qui peuvent être proposées pour les limiter.

5e Balise Transversale :Réduction des inégalités, un combat permanent essentiel !

La (re)connaissance, la prise en compte et la réduction, voire la suppression, des inégalités fait partie intégrante des missions de la sécurité sociale. C'est un objectif essentiel tant au sein de nos systèmes et secteurs de la sécurité sociale qu'en tant que déterminants externes impactant ces systèmes et les réponses qu'ils entendent apporter.

Dans l'ensemble de nos trois secteurs, il y a lieu d'accorder une priorité à ce combat permanent essentiel de réduction des inégalités, à la fois, pour les diminuer à la source, et pour en diminuer les effets dans la couverture offerte par nos systèmes de sécurité sociale, de santé et de soins de santé.

La majorité des inégalités entrainent des impacts tant à l'accès qu'à l'exécution d'une couverture formelle, effective, adéquate et transparente des différents secteurs de la sécurité sociale et de la santé.

L'INAMI doit, avec ses partenaires de gestion et ses partenaires de "services et prestations", mettre au centre de ses préoccupations et actions l'assuré social avec une attention particulière pour les plus vulnérables d'entre eux.

Les inégalités socio-économiques en matière de recours aux soins de santé peuvent avoir diverses causes. Outre l'état de santé des individus et les besoins en soins qui en découlent, d'autres facteurs interviennent également, comme le statut socio-économique (niveau d'éducation, revenus, statut d'activité), la disponibilité des services, le mode de vie, la couverture par une assurance de santé (obligatoire ou complémentaire), etc.

Pour notre système de santé, outre la prévention, la réduction des inégalités passe par **le renforcement de l'accessibilité aux soins !**

L'accessibilité aux soins peut être définie comme étant la facilité avec laquelle les services de santé sont accessibles par la population en terme physiques, financiers, en rapidité (la problématique des files d'attente), en disponibilité de personnel qualifié mais aussi d'un point de vue culturel ou linguistique.

Il faut le reconnaitre, des efforts considérables ont été réalisés ces dernières années : le maximum à facturer, le statut BIM, l'automatisation plus poussée des droits, l'interdiction des suppléments à tous les patients (biologie clinique ou imagerie médicale) ou aux patients BIM, l'affichage des tarifs, la création d'un fonds pour inciter les personnes qualifiées à revenir dans le secteur de la santé, la mise à disposition des médiateurs interculturels non seulement dans les hôpitaux mais aussi en première ligne, les experts du vécu qui font entendre la voix des plus « inaccessibles » au sein de notre système, etc.

Mais parallèlement, il faut aussi reconnaitre que les résultats ne sont pas toujours à la hauteur des attentes comme en témoigne le récent rapport performance du KCE : en 2021, les paiements des patients après toutes les interventions du système ou des assurances complémentaires (« **out-of-pocket** ») représentent +- 18% des dépenses totales de santé en Belgique contre moins de 10% au Luxembourg, en France et aux Pays-Bas et 12% en Allemagne. Dans certains secteurs des soins de santé la situation est plus dramatique encore : les dépenses des patients représentent 65% des dépenses pour les soins dentaires et 34% pour les médicaments en ambulatoires.

Les challenges sont nombreux et ici aussi l'innovation et l'audace seront nécessaires si nous voulons augmenter l'accessibilité :

- Une analyse devrait permettre de mieux détailler ces montants et pourcentages **à charge du patient**, entre les montants des dépenses prises en charge par l'INAMI ou d'autres institutions fédérales, les Tickets modérateurs AMI, les suppléments d'honoraires ou les prestations non remboursées dans le cadre AMI, les dépenses à charge des entités fédérées et la part du patient, les interventions des assurances,… afin de voir pour chaque catégorie de dépenses restant à charge du patient, quelles propositions d'actions peuvent ou doivent être faites.

- Une réflexion profonde doit être menée sur **le rôle et la pertinence des tickets modérateurs et de leur niveau actuel**. Des études internationales ou belges indiquent que les montants à charges des utilisateurs ne sont peut-être pas le meilleur instrument pour orienter les personnes à utiliser les ressources de manière efficace (éviter la surconsommation) mais peuvent, au contraire, avoir un effet pervers sur l'équité, l'efficience et l'accessibilité.

- Il faut aussi oser parler de **l'accessibilité des publics très en marge (les « niches »)** de la société (migrants, sans papiers, etc.). Pour des raisons économiques, de santé publique et de respect des conventions internationales, ces publics doivent pouvoir accéder à tous les soins de santé disponibles sur le territoire ;

- Nous devons analyser comment **le modèle de conventionnement**, qui dans certains secteurs n'aboutit pas à un niveau de conventionnement attendu, peut être réformé afin de garantir une plus grande sécurité tarifaire pour les patients tout en offrant un cadre flexible et attractif pour les prestataires de soins ;

- **Combattre le « non-take-up »** nécessitera notamment de mobiliser correctement de nouveaux canaux de communication, tant vis-à-vis des prestataires de soins que vis-à-vis des patients. En effet, améliorer l'accessibilité aux soins de santé passe par une communication juste, claire et étendue sur les droits des assurés sociaux et sur l'offre accessible soins de santé pour limiter les différents freins (économiques, administratifs, psychologiques, etc). Cette transparence participera à la réhabilitation de la sécurité sociale en matière de santé auprès du grand public. Nous devons en effet, veiller à investir durablement dans une culture de solidarité à l'égard de toutes les catégories d'âge et de tous les groupes de la population. En outre, lutter contre le non take-up permet aussi d'agir sur la prévention primaire et de prévenir certaines incapacités de travail.

  L'évolution future de l'e-government, par ex. **dans le cadre du programme e-Gov 3.0.**, devra permettre, sur la base d'une organisation encore meilleure des données et de leur utilisation, de détecter et d'accorder des droits de façon plus automatique. Ces avancées donneront lieu à une meilleure accessibilité, mais aussi à une plus grande efficacité pour les acteurs de la sécurité sociale.

  La communication est un outil important d'information et de sensibilisation. Les acteurs de l'écosystème, tels que les mutuelles, les fédérations professionnelles, les associations de patients et les partenaires sociaux, chacun dans le cadre de ses rôles et compétences spécifiques envers ses membres et la société, rassemblent des informations de qualité, fiables et utiles à une bonne gestion de nos trois secteurs et les mettent à la disposition des membres et des citoyens, en accordant une attention particulière à l'accessibilité de ces informations pour les groupes cibles vulnérables.

L'INAMI souhaite voir comment, dans le cadre de la stratégie de communication de chacun ou des trois secteurs, il peut contribuer et coopérer pour renforcer l'impact de ces différents canaux et contenus de communication des différents acteurs autour de messages cohérents et concertés et par le choix des canaux les plus adaptés selon l'objectif de la communication.

- Enfin, il faut poursuivre les analyses afin d'améliorer notre compréhension des phénomènes existants. Ainsi il est nécessaire de coupler les banques de données de consommation avec la banque de données des assurés qui nous permettront des analyses plus pointues sur les problèmes d'accès.

- Des études ont démontré que ce n'est pas le ticket modérateur mais **les suppléments** qui sont responsables de la majeure partie des coûts à charge du patient. La déclaration obligatoire de tous les frais facturés aux patients (cf. Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026) nous donnera une meilleure idée de tous les montants supplémentaires payés, ainsi que des groupes et des soins les plus concernés.

- Nous devons également être attentifs à de **nouvelles inégalités** émergentes, songeons p. ex. à l'apparition de zones ou de quartiers où les dispensateurs de soins (de première ligne) sont trop peu nombreux voire absents, où il existe des refus de patients, ou encore où des soins dans la langue du patient, par exemple dans le cadre de l'aide urgente, mais aussi dans la première ligne, ne sont pas accessibles.

La perte d'un revenu professionnel en raison d'un risque lié à l'incapacité de travail peut également faire naître des situations de haute vulnérabilité et fragilité socio-économiques à défaut de (déjà) pouvoir accéder à un droit à l'assurance indemnités (l'ouverture de ce droit étant liée à des conditions notamment d'une période minimum de durée de travail et de cotisations suffisantes à la sécurité sociale) alors même que la personne est atteinte d'une incapacité de travail.

Par ailleurs, et bien que des actions concrètes aient été prises au cours des dernières années (notamment dans le cadre de l'enveloppe Bien-être et d'initiatives prises au niveau politique) **en vue de garantir et renforcer, notamment, des montants minima d'indemnités d'incapacité de travail**, il est nécessaire de poursuivre ces réflexions au regard de l'objectif d'une protection sociale efficace. Il importe également de pouvoir réfléchir à une meilleure harmonisation des montants alloués par l'assurance indemnités et de poser les bases d'une réflexion quant à la place pouvant être accordée à l'assuré social en tant que tel, dans son indemnisation comme individu victime d'une incapacité de travail. Cette même réflexion doit pouvoir également être étendue à l'ensemble des congés indemnisés par l'assurance indemnités (comme le repos de maternité ou de naissance où par exemple, un montant minimum n'est pas garanti).

Finalement, le FAM aussi s'engage à réduire les inégalités en permettant à des patients victimes d'un accident médical engendrant un dommage estimé grave d'obtenir une indemnisation, même en dehors de toute responsabilité. De même en intervenant en première ligne en cas d'engagement de la responsabilité civile du prestataire de soins le FAM combat l'inégalité que représenterait pour le patient lourdement atteint un refus de prise en charge de l'assureur RC ou une couverture insuffisante de celui-ci.

! Lorsque le FAM est amené à indemniser un dommage il le fait in concreto (de manière intégrale) et non pas de manière forfaitaire, comme d'autres pays peuvent le faire, ce qui est également une garantie de protection contre l'inégalité.

6e Balise Transversale : La concertation paritaire et médicosociale, notre marque de fabrique !

L'INAMI, en tant qu'institution de sécurité sociale, **s'inscrit dans un modèle de concertation sociale paritaire**. Dans le cadre de la gestion paritaire, le rôle joué par les organisations représentant les employeurs, les travailleurs indépendants et les travailleurs salariés et par les organismes assureurs au sein des comités de gestion de l'assurance soins de santé, incapacité de travail et du secteur des accidents médicaux n'est pas seulement garant d'une implication et d'une prise de responsabilité des principaux financeurs et gestionnaires de la sécurité sociale, mais aussi de l'apport d'expertise et, par leur validation après analyse critique, d'un soutien/d'une adhésion pour les politiques menées. A cet effet, les partenaires sociaux et les organismes assureurs des mutualités ont joué un rôle important dans les grandes réformes qui ont eu lieu ces dernières années dans les secteurs de la santé et de l'assurance indemnités.

Cette expertise et cette création d'adhésion sont également essentielles **dans le cadre du modèle de concertation médicosociale**, où les représentants des dispensateurs de soins, d'une part, et les mutualités, d'autre part, participent à la définition de lignes politiques majeures en matière de financement et d'organisation des soins, et en assurent la bonne exécution.

Également dans le domaine des incapacités de travail, les dispensateurs de soins doivent de plus en plus être concertés et impliqués dans les réflexions et actions possibles pour favoriser, sur base du rôle et expertise de chacun, une prise en charge globale des personnes durant leur incapacité pour raison de santé et en vue de développer avec eux des opportunités de retour à l'activité compatibles avec l'évolution de leur situation de santé et sociale et de leurs capacités professionnelles. La concertation et la collaboration multidisciplinaires doivent devenir un nouveau levier pour minimiser les risques et la durée des incapacités et augmenter les chances de retour à l'activité en offrant un accompagnement global adéquat aux personnes concernées.

Dans le secteur des accidents médicaux, des représentants des dispensateurs et institutions de soins participent au comité de gestion au côté des mutualités et des organisations de patients. Cette gestion permet d'appréhender les missions du FAM en confrontant constructivement les expertises et les réalités de ces différents partenaires.

Le fonctionnement de ce modèle de concertation sociale et son interaction avec les lignes politiques développées par le ministre fédéral des Affaires sociales dans le cadre de la politique gouvernementale font partie de l'ADN du fonctionnement de l'INAMI.

! L'INAMI a pour mission de soutenir le mieux possible le modèle de concertation et son interaction avec les grands axes politiques, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel.

Dans son principe, le modèle de concertation paritaire est l'un des fondamentaux du modèle belge et doit donc le rester, mais, particulièrement dans le secteur de l'assurance soins de santé, il doit pouvoir évoluer dans sa forme et dans son organisation. Au fil des ans, de nouveaux acteurs ont été inclus dans le modèle (p. ex. les associations de patients, de nouvelles professions de santé), et de nouveaux instruments ont été développés (p. ex. la prospection budgétaire ou l'utilisation d'objectifs de soins de santé), chaque fois pour rester en phase avec les évolutions dans la société, au sein du système de soins de santé, sous l'impulsion d'acteurs impliqués dans le modèle de concertation ou de la part d'acteurs politiques.

L'INAMI s'est engagé à continuer d'assumer le rôle important qu'il joue dans le fonctionnement du modèle de concertation et dans son interaction avec le ministre et le gouvernement, et à l'améliorer si nécessaire. Dans ce contexte, plusieurs tendances ont leur importance pour les années à venir.

- **Premièrement, le fonctionnement du modèle de concertation peut être optimalisé davantage en travaillant sur la base de priorités et d'objectifs précis.**

  Dans l'assurance maladie, le travail sur la base d'objectifs de soins de santé deviendra la norme, soutenu notamment par la création de la nouvelle commission Objectifs de soins de santé. Cette Commission pourra contribuer, par son expertise et ses avis, à l'élaboration d'une approche pluriannuelle fondée sur des données probantes dans le secteur des soins de santé, le Conseil général restant compétent pour fixer les orientations de politique générale. Lors de l'élaboration et de la fixation d'objectifs de soins de santé, une attention sera portée à l'alignement d'objectifs de santé généraux, qui seront convenus non seulement au niveau fédéral, mais aussi avec les entités fédérées au sein de la Conférence interministérielle Santé publique. Les autres branches des assurances sociales en matière d'incapacité de travail et d'accidents médicaux pourraient également organiser davantage leurs activités autour d'objectifs. Cela semble une évidence, mais dans la multitude des missions permanentes, d'initiatives politiques et de défis opérationnels, le processus de planification politique et de priorisation stratégique constitue un défi fondamental. L'alignement des objectifs du modèle de concertation – depuis les comités de gestion jusqu'aux comités plus techniques et opérationnels, en passant par les commissions de négociation – sur ceux de la stratégie politique est crucial dans le contexte d'un agenda de réformes de grande ampleur. Le Contrat d'administration, en tant qu'instrument par excellence défini par le législateur, doit redevenir un cadre de priorités conjoint entre le gouvernement, d'une part, et les cogestionnaires et la direction de l'INAMI, d'autre part.

  Le travail sur la base d'objectifs de soins de santé brisera également le cloisonnement encore (trop) marqué de la concertation, tant au sein de l'assurance maladie avec ses nombreux organes orientés par profession, qu'entre les différentes branches de la sécurité sociale au sein de l'INAMI. Une transversalité accrue dans la politique doit aussi se traduire dans le modèle de concertation harmonisé.

  L'alignement sur la base d'objectifs doit également accorder une attention suffisante à la faisabilité de ceux-ci et leur monitoring. Cette faisabilité est influencée par les moyens au niveau de l'INAMI lui-même, mais aussi au niveau des partenaires d'exécution (p. ex. les mutualités et les autres administrations) et des acteurs de terrain.

  Dans le cadre de la faisabilité, il faut également améliorer la communication professionnelle de la politique envers les assurés sociaux, les dispensateurs de soins, les employeurs, les travailleurs indépendants et salariés. Cette avancée est uniquement possible au sein d'un réseau des acteurs de la communication de l'INAMI, des mutualités, des organisations professionnelles, partenaires sociaux, etc., chaque acteur étant reconnu dans son domaine de compétence et d'expertise. Plusieurs étapes préliminaires ont été franchies, mais il reste clairement une marge de progression.

- **Un deuxième défi vient s'y ajouter. Un grand nombre de politiques sont définies et exécutées dans le cadre du modèle de concertation.**

  Il faut accorder une attention accrue à une meilleure intégration de données probantes dans la préparation de la politique, et dans ce cadre déterminer immédiatement comment, quand et par qui la politique sera évaluée. Dans ce contexte, l'INAMI peut faire appel aux instituts d'expertise dont il est le cogestionnaire, comme le KCE, Sciensano, l'Agence intermutualiste. L'évaluation peut également être effectuée par d'autres acteurs, comme les mutualités, les universités, des bureaux d'études, des associations scientifiques, etc.

- **Un troisième défi pour le modèle de concertation concerne la transparence de celui-ci. La transparence englobe plusieurs facettes.**

  Le modèle de concertation doit être facile à comprendre, pour les acteurs qui y sont actifs, comme pour ceux qui se retrouvent impactés par les décisions de celui-ci. Le rôle de chaque organe, et les relations entre les organes, doivent être clarifiés au sein d'un ensemble harmonisé.

  Le modèle de concertation doit également être transparent sur le plan de ses règles internes. L'inventaire de tous les organes, leur composition, la répartition des voix (voix délibérative et/ou consultative), l'identification des intérêts, leur agenda et leurs décisions, sont actuellement insuffisamment rendus accessibles et/ou faciles à trouver.

- **Un quatrième défi concerne le fossé qui existe parfois aujourd'hui entre les décisions au sein du modèle de concertation, d'une part, et les acteurs de terrain, d'autre part, en particulier du côté des dispensateurs de soins.**

  Ce défi comprend plusieurs aspects. Nous constatons aujourd'hui que, malgré le modèle de concertation, les acteurs de terrain ne sont pas toujours informés correctement et/ou suffisamment et/ou en temps opportun des décisions prises au sein du modèle de concertation. Ceci a une incidence sur le soutien en faveur des décisions, sur l'exécution de celles-ci et donc sur les soins aux patients, mais aussi sur la légitimité du modèle de concertation lui-même. Une communication encore plus proactive et améliorée, via l'INAMI, les associations professionnelles, les mutualités, les organisations d'employeurs, de travailleurs salariés et indépendants, etc., dans le cadre d'une approche concertée, peut apporter une contribution positive. Simultanément, il nous faut chercher plus activement des moyens de renforcer le rôle et le pouvoir de représentation des représentants des professions et de leurs organisations, ainsi que leur capacité de participer activement au modèle de concertation. Ceci requiert également une évaluation et une amélioration du soutien que l'INAMI accorde déjà aujourd'hui à certaines de ces organisations. Ceci s'applique aussi aux accords sur la manière de communiquer vers la base, tant avant la prise de décision pour relayer p. ex. un feed-back de bas en haut vers les organes de concertation, qu'après la prise de décision. Le modèle de concertation suppose une responsabilité partagée quant aux décisions prises. Il faut également développer des processus innovants d'information, de consultation et de concertation avec les acteurs de terrain, non pour remplacer, mais pour compléter, soutenir et renforcer le modèle de concertation existant, comme cela s'est fait par exemple ces dernières années dans le cadre de la médecine générale.

- **Un cinquième défi pour le modèle de concertation concerne la modernité et l'efficacité de son fonctionnement.**

  La pandémie de COVID-19 a entraîné l'introduction accélérée de la concertation par voie numérique et/ou hybride. Cette évolution sera pérennisée, avec toutefois aussi la nécessité de maintenir une concertation physique, lorsque celle-ci est plus appropriée. À cet effet, il faut également améliorer l'infrastructure du bâtiment Galilée. De même, les méthodes de concertation peuvent être améliorées, notamment sur le plan des compétences des collaborateurs de l'INAMI pour soutenir et diriger la concertation.

- **Un sixième défi concerne la concertation médicosociale au sein de l'assurance soins de santé et l'équilibre à trouver entre des niveaux transversaux, multidisciplinaires thématiques ou globaux et les niveaux des commissions par catégorie de dispensateurs.**

- **Un défi spécifique concerne le rôle des organismes assureurs dans le modèle de gestion et de concertation de l'INAMI.**

  Leur rôle comporte de multiples facettes, tant comme cogestionnaire de l'institution, comme partenaire médico-social dans le modèle de concertation des secteurs, où ils représentent leurs membres et défendent donc les intérêts des assurés sociaux, comme exécutant de l'assurance, parfois comme dispensateur de soins ou gestionnaire d'une organisation qui dispense des soins, que comme primo-contrôleur de l'application correcte des règles de l'assurance par les dispensateurs de soins, et finalement comme entité contrôlée par l'INAMI. Cette multiplicité est liée à l'évolution historique de l'assurance maladie-invalidité, et exprime le fait qu'en plus d'être un acteur dans le cadre de la sécurité sociale, ils sont également un mouvement social. Ces différents rôles et le fait que les mutualités sont également actives au niveau des entités fédérées, leur confèrent une vision large et approfondie des dynamiques présentes au sein de l'assurance soins de santé et indemnités. L'INAMI considère les organismes assureurs comme un partenaire essentiel et souhaite poursuivre le développement d'un partenariat stratégique et opérationnel. C'est indispensable, compte tenu des nombreux défis qui se présentent dans les missions sociétales de l'INAMI.

Enfin, nous soulignons également que compte tenu de la répartition actuelle des compétences et des évolutions éventuelles en ce domaine, le modèle de concertation au sein de l'INAMI évolue lui aussi. Aujourd'hui déjà, les entités fédérées sont associées à certains organes, songeons p. ex. à ce qui concerne les soins transversaux et intégrés, ou à la Commission Objectifs de soins de santé ou au rôle consultatif au sein du Conseil Général des soins de santé. L'INAMI souhaite ouvrir son modèle de concertation (avec sa plus-value démontrée sur le plan d'une interaction étroite avec les gestionnaires, les mutualités et les dispensateurs de soins), à une implication des entités fédérées, ou de partenaires se situant dans le domaine plus large du bien-être, en respectant toutefois les compétences et en veillant à préserver le dynamisme et l'efficience du modèle de concertation. Ce dernier élément est de portée plus générale : les évolutions précitées améliorent et renforcent la concertation, mais en même temps il faut éviter que celles-ci n'entraînent une complexité accrue ou une perte de dynamisme et d'efficience. Cet équilibre est un point d'attention permanent, également du point de vue de l'INAMI qui doit soutenir le modèle de concertation.

7e Balise Transversale : Responsabilité des acteurs dans l'utilisation optimale des moyens

Un principe important du modèle de concertation est **la responsabilité des acteurs**. La responsabilité implique un droit de regard et un impact sur l'orientation des assurances soins de santé, incapacité de travail et accidents médicaux. La responsabilité consiste également à veiller à une affectation optimale des moyens, au respect de la législation et des principes de bonne administration, à réaliser les objectifs stratégiques fixés de commun accord ou exécuter les accords et conventions négociés conjointement de manière aussi efficace et efficiente que possible. Enfin, la responsabilité consiste aussi à rendre compte à la société sur la mise en œuvre des moyens et sur les résultats obtenus.

Cette responsabilité se situe avant tout au niveau de chaque acteur individuel au sein de l'assurance. Toute prestation dans le cadre de l'assurance soins de santé, incapacité de travail ou accidents médicaux est dans une très large mesure financée par des deniers publics, soit via les cotisations sociales, soit via les impôts.

La société doit pouvoir compter sur chaque acteur, et certainement sur les représentants au sein du modèle de concertation, pour veiller avec l'INAMI à une utilisation efficace et efficiente de ceux-ci.

La société attend également dans une mesure croissante une justification à ce sujet, ce qui vient appuyer la nécessité déjà évoquée d'une transparence accrue et d'une évaluation de la politique. Chaque acteur dans les branches d'assurances sociales de l'INAMI, qu'il s'agisse d'un établissement de soins, d'un dispensateur de soins salarié, d'un dispensateur de soins indépendant dans le cadre d'une profession libérale, d'une mutualité, d'une entreprise dont les produits sont remboursés, etc., doit être empreint de cette réalité et de la responsabilité qui y est liée.

Le point de départ de tout débat sur l'application et le contrôle doit être le souci d'examiner d'un œil critique le système de règles et de procédures. Pour prévenir les erreurs et abus, les règles doivent être cohérentes, claires et transparentes. Dès l'élaboration de politiques, par ex. via l'introduction de nouveaux droits, financements, etc., il convient de se poser la question de savoir si les critères de cohérence, de clarté et de transparence ont été respectés. Cela exige une certaine discipline, dans la mesure où, l'élaboration des politiques via la recherche de compromis peut parfois entraîner une complexité supplémentaire qui impacte l'implémentation ultérieure. De nombreux partenaires du modèle de concertation en sont conscients et il s'agit de réaliser une évaluation ex ante plus systématique en termes de contrôle. Le feed-back des résultats des contrôles effectués par l'INAMI, mais aussi par des partenaires tels que les mutualités, est également crucial pour améliorer les règles.

L'INAMI lui-même exerce un contrôle via ses services de politique et de contrôle, et continuera de suivre cette orientation stratégique, adoptée depuis quelque temps déjà, vers un contrôle davantage basé sur le risque, avec un lien indissociable entre des règles cohérentes, une information et une communication correctes à ce sujet, un retour d'information et des mécanismes de justification, et, en dernier ressort, une possibilité de sanction.

Nous concevons le contrôle des soins de santé comme un concept large englobant toutes les actions visant à garantir que les dispensateurs de soins[1], les assurés et les organismes assureurs respectent la réglementation en matière de soins de santé et d'incapacité de travail. Le contrôle des soins de santé va donc au-delà de la détection des infractions, qui donne lieu à une action telle que la sensibilisation, l'avertissement, le PV de constatation ou la sanction administrative.

L'adoption d'une interprétation large du contrôle vise à sensibiliser toutes les parties prenantes - à savoir les dispensateurs de soins, les assurés, l'INAMI, le SPF SP, les OA, le CIN et l'AIM - à l'importance de leurs propres actions pour **promouvoir l'intégrité et l'application de la réglementation** dans le cadre d'une utilisation optimale des moyens disponibles.

1. « Dispensateur de soins » est utilisé dans le présent document dans le sens défini à l'article 2n de la loi SSI.

Le contrôle des soins de santé comprend donc non seulement le **hard control** (réglementation, contrôle, constatations) mais également des actions menées dans le cadre du **soft control** (culture dans le secteur de la santé et comportement). Il s'agit concrètement notamment du rôle d'exemple des maîtres de stage, de l'implication des dispensateurs de soins et des organismes assureurs dans l'élaboration de nouvelles réglementations et de la capacité à remettre en question les ambiguïtés présentes dans la réglementation.

Le contrôle des règles en matière d'incapacité de travail est bien évidemment tout aussi important, de même que la possibilité de s'appuyer sur **la responsabilité de chaque acteur du système**, de l'employeur au médecin-conseil, au médecin traitant et au médecin du travail en passant par le travailleur. Des initiatives ont été prises ces dernières années pour développer cette responsabilité.

- **En ce qui concerne l'implication et la responsabilisation des assurés :**

  Lorsqu'ils ont une vue sur ce qui est facturé en leur nom, les assurés comprennent mieux le coût de certaines prestations et sont capables de réagir (auprès de leur OA ou du SECM par exemple) s'ils constatent que certaines prestations ont été facturées indûment. Cela augmente **l'implication des assurés** (cf. accord de gouvernement actuel, Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026).

  Outre cela, une politique cohérente en matière de **lutte contre la fraude sociale** dans les soins de santé et l'incapacité de travail est indispensable. Traitement des signaux de fraude, sélection proactive de cas présumés d'abus, y compris le rappel aux assurés de leurs droits et obligations, récupération des montants perçus indûment et sanction si nécessaire.

  Comme déjà signalé plus haut, des mesures ont aussi été prises ces dernières années dans le domaine de l'incapacité de travail pour s'adresser aux assurés sociaux, par ex. dans le cadre des questionnaires utilisés en vue d'un éventuel retour au travail. Ces mesures sont importantes, car il a été démontré scientifiquement que la réinsertion sur le marché du travail, lorsqu'elle est médicalement justifiée et qu'elle bénéficie d'un soutien adéquat, est positive à la fois pour l'assuré social et pour la société.

- **En ce qui concerne l'implication et la responsabilisation des dispensateurs de soins :**

  L'utilisation efficace des moyens est encouragée lorsque les dispensateurs de soins prennent conscience qu'ils dévient éventuellement d'une norme. Si les dispensateurs de soins obtiennent une vue sur leur comportement de facturation comparé à celui de leur groupe avec une patientèle comparable, ils peuvent être responsabilisés.

  Qualité des soins. Ces dernières années, l'INAMI a inclus de manière croissante des facteurs de qualité dans le cadre du financement des soins. L'information disponible à ce sujet émanant de l'INAMI n'est toujours pas rendue accessible au monde extérieur de façon systématique et structurée, mais constitue une priorité pour l'avenir.

  Le partage d'informations et la transparence sont une étape importante pour arriver à une utilisation plus optimale des moyens. Ainsi, un projet est en cours au sein de l'INAMI visant à mettre les profils de facturation à la disposition de tous les dispensateurs de soins de façon dynamique via leur compte dans ProSanté. De même, de meilleures possibilités d'accès aux données de ce genre, lorsque c'est pertinent, pour les assurés sociaux et les patients, ont leur importance.

  Dans le secteur de l'incapacité de travail, les médecins traitants jouent avant tout un rôle au niveau du diagnostic et du traitement. La maladie donne lieu également à une incapacité de travail. Des études supplémentaires pourront être réalisées sur la façon d'associer les médecins traitants à la définition d'options et de modalités de réinsertion sur le marché du travail, en se basant sur la philosophie des capacités restantes. La matière est complexe et nécessite une analyse et une concertation approfondies avec tous les acteurs concernés.

- **En ce qui concerne l'implication et la responsabilisation des organismes assureurs :**

  Un vaste système de responsabilisation des mutualités a vu le jour au fil des années. Les organismes assureurs sont responsabilisés à la fois **via le système de responsabilité financière globale et via les frais d'administration.** Ces systèmes ont évolué au fil des ans pour inciter les mutualités à une gestion responsable, ciblée et efficiente tant en ce qui concerne les dépenses de l'assurance maladie qu'en ce qui concerne les frais d'administration et la performance de leur fonctionnement et de leurs actions dans les trois secteurs gérés par l'INAMI. Ces systèmes ont contribué à une meilleure gestion, mais doivent également être évalués en termes d'efficacité et d'efficience.

  S'inscrivent également dans cette responsabilisation des organismes assureurs les recommandations qui leur sont adressées, suite aux missions d'audit et de conseil des services d'inspection, pour l'amélioration et l'harmonisation de leurs pratiques de travail dans le cadre de la gestion de l'assurance Soins de Santé et Indemnités afin d'assurer une application uniforme de la réglementation et un traitement équitable des assurés sociaux.

8e Balise

Transversale : Travail en réseau et écosystème : plus que jamais un pilier indispensable

L'INAMI n'est pas une île. Il se positionne comme évoqué ci-dessus dans un modèle de concertation impliquant de nombreux acteurs.

L'INAMI est en outre un **acteur au sein de plusieurs réseaux administratifs** : compte tenu de ses missions, l'INAMI dispose de réseaux avec d'autres institutions dans le domaine de la santé, avec des institutions d'assurances sociales, avec d'autres services de contrôle, etc. Au sein de ces réseaux, des informations et connaissances sont échangées, des stratégies communes développées et des initiatives conjointes lancées, des dépendances mutuelles existent, etc. Ces réseaux constituent à la fois une force et une dépendance, étant donné que pour beaucoup de ses missions l'INAMI doit effectivement pouvoir compter sur la collaboration et le soutien d'autres acteurs, comme c'est également le cas en sens inverse. L'INAMI entend contribuer de façon ciblée et constructive au développement de ces réseaux.

En ce qui concerne **la politique de santé**, et le rôle de l'INAMI dans celle-ci, le réseau incluant le SPF Santé publique, l'Agence des médicaments (AFMPS) ainsi que les instituts d'expertise KCE et Sciensano est essentiel, complété par la plateforme eHealth pour ce qui est de la numérisation des soins de santé. Le regroupement du SPF, de l'AFMPS et de l'INAMI sur un lieu de travail commun dans le bâtiment Galilée offre des opportunités accrues d'une meilleure collaboration, que l'INAMI entend exploiter. Sur le plan du contrôle des mutualités, la relation avec l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM) est capitale.

En ce qui concerne **l'incapacité de travail**, outre les relations au sein du réseau des acteurs de la santé, des relations essentielles existent également avec les services fédéraux et des entités fédérées en matière de bien-être au travail et d'emploi.

En pratique, le réseau de l'INAMI ne cesse de s'étendre sous l'effet de l'évolution des concepts et des visions stratégiques en matière de santé et d'incapacité de travail.

Nous insistons en effet sur le besoin de continuer à renforcer le principe selon lequel la Santé devrait être présente dans toutes les politiques publiques (**approche intersectorielle**). La réduction des inégalités socio-économiques de santé, renvoyant également à des déterminants sociaux de la santé (comme par exemple, les questions d'ordre structurel liées à l'accès aux offres de soins de santé, les questions liées à un environnement plus favorable et au climat, à un revenu suffisant, l'accès à un enseignement de qualité, les facteurs impactant le bien-être et la santé des jeunes, …) doit ainsi pouvoir nous amener à renforcer cette approche intersectorielle des politiques publiques, par la prise en compte des conséquences sanitaires dans les décisions politiques qui sont prises. L'élaboration d'instruments efficaces, mais aussi réalisables et efficients pour une approche intersectorielle, constitue un défi pour l'INAMI et ses partenaires de santé.

En ce qui concerne le secteur de l'assurance indemnités "incapacité de travail", il importe de pouvoir continuer à renforcer les collaborations intersectorielles en matière de prévention tant pour ce qui concerne les risques psychosociaux (et la problématique plus globale liée à la santé mentale) que les risques liés à des lésions musculo–squelettiques. Il est en effet déterminant de pouvoir agir en amont, avant que la maladie ne survienne dans une approche intégrée et coordonnée, avec tous les acteurs concernés, en vue de pouvoir améliorer l'organisation du travail, les modalités du travail et les relations interpersonnelles.

Le Réseau fédéral santé mentale@Travail constitue ainsi un exemple concret de ces synergies avec les différentes institutions publiques concernées, dans une approche globale et intégrée, sur les troubles psychosociaux liés au travail, tant sous l'angle de la prévention, que de la détection mais aussi sous l'angle du rétablissement et de la réintégration socioprofessionnelle.

> **De nouvelles conventions tripartites entre l'INAMI, les Régions et les organismes assureurs des mutualités** ont par ailleurs également été signées au cours de ces deux dernières années en vue d'améliorer l'accompagnement de qualité des personnes disposant de capacités restantes suffisantes en vue de leur permettre, dans une démarche volontaire, de pouvoir retrouver une valorisation professionnelle et sociale de leurs compétences mais également, une autonomie financière.

Cette nécessité d'intégrer dans d'autres secteurs l'expertise de l'INAMI en matière de santé, d'incapacité de travail et d'accidents médicaux nécessite une participation active de l'INAMI en tant qu'administration, mais aussi de ses gestionnaires et partenaires, à d'autres forums. Prenons l'exemple des discussions au sein du Conseil national du travail qui sont importantes pour la prévention et le bien-être au travail. Songeons aussi aux débats en cours sur le changement climatique et son impact sur la santé publique et, par conséquent, sur le système de soins de santé.

Les réformes de l'État successives ont effectivement agrandi substantiellement le réseau de l'INAMI avec d'autres institutions publiques. Les variations dans le contenu des compétences acquises par les Communautés et les Régions entraînent de nouveaux besoins de coordination que le fédéral via le SPF Santé ou l'INAMI doivent assurer. À cet égard, la Conférence **interministérielle Santé publique** assure la coordination politique, mais a également participé à la création de nombreux contacts informels et formels au niveau administratif qu'il y a lieu de développer davantage, indépendamment de l'éventualité de nouvelles étapes dans le transfert de compétences dans ce sens ou pas.

Même si les compétences en matière de sécurité sociale et de politique de santé sont encore en grande partie du ressort des États membres, il existe malgré tout un **impact des compétences européennes** dans le domaine des soins transfrontaliers, de l'autorisation de médicaments et de technologies médicales, etc. En outre, ces dernières années, l'UE a entrepris de nombreuses initiatives de coordination, souvent à la demande des États membres, p. ex. sur la politique en matière de cancer, la gestion de crises sanitaires, etc. L'INAMI est traditionnellement très actif au sein des plateformes européennes en ce domaine, sous la coordination du SPF Santé publique et du SPF Sécurité sociale qui sont compétents pour la politique européenne et internationale dans nos secteurs. L'ambition de participer et de contribuer activement à une politique sociale et sanitaire plus forte au niveau européen, ainsi que dans d'autres institutions internationales comme l'OMS et l'OCDE, nous incitera dans les années à venir à renforcer encore notre capacité interne en la matière. De même, d'autres réseaux tels qu'ESIP et ISSA, ou des plateformes plus thématiques comme p. ex. EHFCN, BeNeLuxA, etc. peuvent compter sur la participation active de l'INAMI.

9e Balise Transversale : Approfondir nos connaissances au sein de nos secteurs !

En tant qu'acteur-clé dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités et le régime d'indemnisation des accidents médicaux, il est important pour nous de continuer à approfondir nos connaissances afin de pouvoir mener à bien nos missions.

Renforcer le développement de nos connaissances de manière continue, dans **une approche holistique et intersectorielle**, constitue en effet un défi majeur permanent qui doit nous amener, d'une part, à pouvoir garantir la bonne performance et gouvernance de notre assurance soins de santé et indemnités, et, d'autre part, à pouvoir en améliorer les conditions d'accès et d'octroi en faveur des usagers du secteur.

La récolte et l'exploitation des données de santé, soins de santé, indemnités et accidents médicaux, doit devenir un levier pour nous permettre d'améliorer davantage le système d'assurance maladie invalidité. Plus concrètement, l'analyse approfondie des données, les techniques d'intelligence artificielle contribuent à renforcer la connaissance et donc à supporter la prise de décision (**fact based decisions**) en vue d'améliorer l'accessibilité, la prévention et la qualité des soins ainsi que le contrôle et la performance de l'assurance maladie invalidité.

Par ailleurs, l'INAMI souhaite **renforcer la démocratie des données** par un partage plus large et plus transparent des données avec nos partenaires extérieurs, avec les acteurs de la sécurité sociale et aussi avec le citoyen (open data). La participation au programme eGov 3.0., à la nouvelle Agence des Données Santé (ADS) et le renforcement des échanges d'informations avec les Organismes Assureurs dans le cadre de la mise en place d'une plateforme de données commune vont dans ce sens. Ces évolutions se font en partenariat, dans le respect des compétences et du rôle de chaque acteur. À cet égard, certains débats sont toujours en cours, débats auxquels l'INAMI participe avec un esprit ouvert et orienté résultat en vue d'aboutir à une vision partagée et supportée avec nos partenaires.

> La création d'un **Centre de connaissances en matière d'incapacité de travail** organisé au sein de l'INAMI s'inscrit pleinement dans cette voie. Il est évident que la collaboration avec les mutualités et l'AIM est importante, mais la collaboration avec par ex. les offices de l'emploi et les services de médecine du travail permet elle aussi de collecter des données et de mieux cerner les enjeux.

La création de cet organe permet ainsi de pouvoir conjuguer les forces de notre institution avec nos partenaires privilégiés que sont les organismes assureurs des mutualités et nos partenaires sociaux ainsi que les groupes d'experts des institutions universitaires. Ces connaissances sont ensuite rapportées et relayées au niveau de nos comités de gestion de l'assurance indemnités salariés et indépendants ainsi qu'à nos ministres de tutelle (Affaires sociales et indépendants) afin que des mesures concrètes puissent aboutir.

L'importance de pouvoir renforcer la bonne compréhension des causes liées à l'évolution de l'incapacité de travail (dues notamment à l'évolution démographique de notre société, à l'évolution des conditions de travail, aux défis sanitaires, aux ajustements des politiques et réglementations d'autres branches de la sécurité sociale) constitue un enjeu important pour notre secteur en vue de pouvoir continuer à formuler des recommandations et propositions adéquates et pérennes. Ces connaissances doivent nous permettre de pouvoir apporter un soutien approprié aux personnes reconnues en incapacité de travail mais aussi de capter les signaux susceptibles de mener à une incapacité de travail, d'aider à prévenir l'incapacité et de favoriser le retour vers une activité professionnelle appropriée et de qualité.

> **Au sein du FAM**, la récolte et l'étude des données collectées, l'adaptation des points d'attention en fonction des besoins, l'actualisation de ses connaissances, le respect de la transparence et de l'objectivité, son accessibilité et le maintien de contacts de qualité avec les différents intervenants, le contrôle de ses délais de traitement, sont autant de leviers qui permettront au FAM de se développer et d'améliorer son service aux patients à l'épreuve du temps.

L'INAMI souhaite être, grâce à un accès et au traitement continus des données relatives à l'assurance maladie et plus largement aux soins de santé, à l'invalidité et aux accidents médicaux :

- Un **initiateur** de l'innovation dans le système, basée sur des preuves actuelles et démontrables (data ready for decisions) et supporté par les outils modernes de BI et d'intelligence artificielle ;
- Un **intégrateur** de données offrant des analyses approfondies sur les données des organisations et des partenaires (OA, IMA, ADS, entités fédérées, prestataires de soins, citoyens, etc.) ;
- Un **fournisseur** de données, récentes, transparentes et uniformes (single version of the thruth) à tous les partenaires et utilisateurs (data democracy) à travers des solutions analytiques en « libre service » ;
- Un **gardien** de la qualité et de l'accessibilité des services (data you trust) ;
- Un **enabler** d'une organisation efficace, agile et orientée objectifs (work together on data) ;
- Un **garant** d'une gouvernance de données solide et conforme aux principes du FAIR data (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable).

Le fonctionnement encore plus transparent et fondé sur les données fait de l'INAMI un des pivots du système de gestion des soins de santé, de l'invalidité et des accidents médicaux.

10e Balise
L'INAMI, un institut proactif, créatif, agile et porteur de changement

En tant qu'INAMI, nous faisons partie d'une société dans laquelle les changements permanents et complexes sont devenus des constantes. Ceci exige un modèle organisationnel qui nous rend flexibles et nous permet à tout moment de nous adapter avec souplesse à notre contexte, mais dans lequel le **respect des valeurs que nous portons en tant qu'organisation** est étroitement imbriqué.

Dans le cadre de cette ambition, **les défis pour l'organisation interne de l'INAMI** dans les prochaines années se situent au niveau de la mise en place et du développement des structures, des systèmes, des compétences et de la culture organisationnelle nécessaires permettant de soutenir l'évolution vers des formes de collaboration toujours plus complexes. La concertation et la cogestion sont inscrites dans l'ADN de l'INAMI. Outre une expertise dans les différents domaines, ceci nécessite le développement de compétences pour faciliter la concertation et les négociations avec et entre nos diverses parties prenantes (organismes assureurs, dispensateurs de soins, patients...), les rendre compréhensibles et transparentes et accompagner tous les acteurs dans leur rôle. En outre, le modèle de concertation lui-même doit être modernisé. Ceci exige des collaborateurs de l'INAMI le développement de nouvelles techniques et de nouveaux processus d'échange d'informations, ainsi que de nouvelles formes de concertation.

L'INAMI joue également de plus en plus un rôle de **partenaire au sein d'une organisation en réseau avec d'autres administrations de la santé et de la sécurité sociale** où les approches holistiques et intégrées sont importantes. Dans ce cadre, nous avons besoin de collaborateurs capables de déceler des opportunités de coopération, de les exploiter et de les coordonner, indépendamment des thèmes politiques, des services et des organisations. Le développement de profils et de connaissances pouvant être mis en œuvre dans un large contexte sera crucial en ce domaine. Ceci va de pair avec une réflexion sur l'évolution de nos plateformes et instruments de gestion (communs/numériques), comme les contrats d'administration, les protocoles de coopération, etc.

Par ailleurs, nous devons continuer à répondre de façon proactive à la demande croissante de **transparence et de responsabilisation** en matière de gestion des moyens de l'assurance maladie et indemnités et d'efficience du système de gestion. Les **principes pour une gestion efficace et efficiente** doivent donc s'étendre à notre propre fonctionnement. Ceci exige des systèmes de gestion innovants et performants permettant le traitement et la mise à disposition de données de qualité de façon sécurisée, tant en interne qu'en externe. En particulier - sur le plan de la gestion financière -, un investissement important sera réalisé dans les prochaines années en vue d'évoluer vers un rôle plus stratégique. Plus encore qu'aujourd'hui, l'approche « end-to-end » des processus financiers et l'introduction de mécanismes de contrôle interne plus étendus contribueront à des informations et à des rapports plus stratégiques permettant d'étayer la politique et la concertation.

À un niveau plus sociétal, nous souhaitons intégrer **l'efficience, l'efficacité et la durabilité** en évaluant l'impact de nos décisions et activités sur la société et sur l'environnement et en agissant dans un souci d'éthique et de transparence. Il est crucial que ces éléments soient également pris en compte dans **l'évaluation et le suivi permanents de nos activités**. Pour y parvenir, nous continuerons à investir dans l'automatisation de nos processus internes et dans des solutions et outils de fonctionnement numériques modernes. Outre l'intégration systématique de données probantes et d'informations stratégiques dans notre fonctionnement interne, nous souhaitons investir également dans de nouvelles méthodes de travail axées sur le travail itératif, des délais de livraison plus courts, l'évaluation, l'adaptation et donc l'apprentissage permanent y occupent une place centrale.

Une attention particulière doit être accordée dans la période à venir à l'élaboration d'un **« business continuity plan »** totalement finalisé assurant à la fois la gouvernance et l'apport d'expertise nécessaires pour rapidement mettre en place une gestion de crise et continuer à garantir notre prestation de services lors d'un incident ou d'une crise, et les processus indispensables pour un redémarrage fluide par la suite. Sur ce point aussi, la réflexion « end-to-end » et la collaboration avec nos partenaires de réseau seront d'une importance capitale.

Dans les soins de santé actuels et plus spécifiquement pour l'exercice des compétences de l'INAMI, **l'intégration de la technologie et de l'informatique représente à la fois un défi et une opportunité.** D'un côté, les systèmes numériques et l'analyse de données offrent des possibilités inédites d'efficience, de soins personnalisés et de lutte contre la fraude. De l'autre, ils suscitent des problèmes complexes sur le plan de la protection de la vie privée, de la cybersécurité et de la fracture numérique.

L'assurance soins de santé est confrontée à la tâche de gérer des quantités énormes de données sensibles. Le recours à l'intelligence artificielle et au machine-learning pour le traitement et l'analyse de ces données peuvent permettre de mener une politique plus efficiente. Toutefois, ceci exige des mesures de sécurité avancées pour protéger les données des patients contre les cyberattaques et les fuites de données.

Pour les institutions publiques, les opportunités se situent principalement dans l'amélioration de la prestation de services et de l'accessibilité. Les plateformes numériques peuvent simplifier l'interaction entre l'administration et le citoyen, tandis que l'automatisation augmente l'efficience des processus internes. Toutefois, l'implémentation de ces technologies n'est pas sans embûches, comme la nécessité d'importants investissements initiaux et de surmonter la fracture numérique pour garantir l'inclusion.

La progression sur cette voie nécessite **un équilibre entre innovation et régulation**, où les progrès technologiques vont de pair avec la protection des droits individuels et la promotion de la justice sociale. Une coopération, facilitée par l'INAMI, entre les entreprises technologiques, les décideurs politiques et la société est essentielle pour réaliser les promesses de la technologie dans l'amélioration des soins de santé et du fonctionnement de notre organisation au bénéfice de tous.

Un autre aspect est la considération éthique sur l'utilisation de la technologie tant dans les assurances soins de santé que dans les services publics. La garantie d'une honnêteté, d'une transparence et d'une « accountability » dans la prise de décisions sur la base d'algorithmes est cruciale pour conserver la confiance.

Dans le cadre de notre **culture organisationnelle**, nous voulons y voir la transposition interne des valeurs contenues dans notre vision externe : **solidarité, équité, universalité, accessibilité, responsabilité, focus sur l'humain, santé, protection sociale, bien-être, intégrité, autonomie, inclusion, empowerment...**

Nous entendons le faire en misant sur **le renforcement de l'implication de nos collaborateurs**, en leur donnant **accès** aux informations sur la politique et les décisions et en les incluant dans les réflexions sur l'amélioration constante de notre organisation. Nos collaborateurs sont notre principale source d'innovation. Nous souhaitons que leurs idées et leurs connaissances pour améliorer nos processus et la politique menée puissent être prises en compte et qu'ils puissent assumer une part de responsabilité dans l'élaboration et l'exécution de ces initiatives. Ils acquièrent ainsi la **confiance** et se voient « **empowered** » pour contribuer eux-mêmes aux changements au sein de l'organisation. Une culture d'innovation de ce genre doit être encadrée par un leadership où la participation est mise en avant, où les collaborateurs sont mis au défi de progresser et où un feed-back permanent occupe une place centrale. Une organisation plus horizontale voit ainsi le jour, dans laquelle tout un chacun reçoit **l'autonomie** nécessaire en fonction de sa place dans l'organisation, mais assume également la **responsabilité** qui y est associée et où chaque personne adopte en permanence une **attitude intègre**. Nous pouvons ainsi tous ensemble accroître notre impact et créer de la valeur dans notre prestation de services envers les patients et nos partenaires.

Nous entendons par ailleurs continuer à investir dans un **milieu de travail inclusif** où l'on est attentif aux talents et possibilités de chacun, où chaque collaborateur se sent valorisé, avec une attention portée aux différences et à la manière dont celles-ci contribuent aux buts de l'organisation. Nous respectons cette diversité et veillons à l'égalité des chances en matière de recrutement, d'intégration, de mobilité, de rétention... Nous ne faisons aucune distinction au niveau du genre, de la sexualité, de la présence d'un handicap, de l'origine étrangère, de l'âge...

L'INAMI entend jouer un rôle d'exemple en étant un employeur **qui suit la situation de près en permanence pour ce qui est du bien-être mental et social et de la santé de son personnel, qui investit dans la prévention**, et qui prend les mesures structurelles nécessaires en ce domaine si nécessaire.

Nous examinerons la manière dont nous souhaitons nous **profiler en tant qu'employeur modèle** dans le cadre d'un « employer branding » stratégique basé sur une analyse permanente des tendances sur le marché. Sur le marché du travail, la **guerre des talents (« war for talent »)** s'intensifie sans cesse et l'offre d'expertise et de profils spécialisés nécessaires à l'INAMI se raréfie. Nous souhaitons continuer à garantir le recrutement de talents dans le futur, mais cela doit aller de pair avec **une politique de rétention proactive** : comment offrir un cadre de travail attractif où les gens restent employables tout au long de leur carrière, en tenant compte tenu des phases qu'ils traversent dans leur vie ? Un système flexible et une offre suffisamment vaste de **possibilités d'évolution internes et de mobilité professionnelle** au sein de notre propre organisation sera nécessaire en ce domaine. Nous voulons soutenir l'**apprentissage tout au long de la vie** et encourager nos collaborateurs à déployer leurs talents au sein de notre organisation. Une réflexion plus vaste à ce sujet, avec nos organisations partenaires, ouvre à cet égard des perspectives plus larges pour offrir à nos collaborateurs des opportunités au sein de nos secteurs et conserver leurs compétences. Dans le cadre de la politique en matière d'**employabilité et de travail soutenable**, une approche et un soutien spécifiques s'imposent pour nos collaborateurs qui sont restés longtemps en incapacité de travail. Sur ce plan, nous tenons absolument à montrer l'exemple et à refléter la politique externe que l'INAMI déploie avec des actions préventives et curatives dans le cadre de l'incapacité de travail. Nos **trajets de réintégration** après une maladie ou une absence seront caractérisés par un accompagnement de qualité et individualisé, s'appuyant sur une collaboration coordonnée entre les fonctions de soutien concernées (RH, contrôle de santé interne/externe) et sur l'entourage de la personne concernée (chef, collègues...).

Pour permettre à l'INAMI de continuer à progresser sur le plan de la proactivité, de l'innovation et de la flexibilité et d'être une organisation modèle, **un regard permanent sur le monde extérieur** est important. Quelles sont les tendances sur le marché et dans la société, quelles sont les pratiques intéressantes de nos collègues IPSS, d'autres services publics, d'entreprises privées et autres, etc. ? Par l'instauration d'une rétrospection régulière et d'analyses comparatives à tous les niveaux de l'organisation, dans lesquelles nous remettons en question notre fonctionnement et l'y projetons, nous pourrons assimiler les changements qui se produisent autour de nous et devenir nous-mêmes un initiateur de changement.

Mai 2024

Éditeur responsable : Benoît Collin, Avenue Galilée 5/1, 1210 Bruxelles

Coordination : Service Stratégie et Organisation

Réalisation & design graphique : Comité de direction de l'INAMI en collaboration avec la TeamComm

Photos : Canva Pro

Dépôt légal : D/2024/0401/01