



INAMI



INAMI

Rapport annuel 2010

INAMI

Rapport annuel
2010

Le rapport annuel 2010 a pu se réaliser grâce à la précieuse collaboration de

Viviane Aernouts, Francis Arickx, Daniël Bodart, Rudi Bockaert, Michel Breda, Isabella Bruzzese, Bernadette Bultynck, Danny Borreman, Francis Colla, Benoît Collin, la Cellule communication (Sandrine Bingen, Doris Cappoen, David Constant, Marie-Thérèse Crabbé, Sandra De Clercq, Bernard De Jaegher, Lawrence de Marneffe, Ludwig Moens, Fabrice Neufcoeur, Geneviève Speltincx, Linda Vandenberg), Daniel Crabbe, Michaël Daubie, Patrick De Clercq, Jo De Cock, Marc De Falleur, Jan Demey, Christian De Smet, André De Swaef, Hilde De Swaef, Marie de Ghellinck, Ri De Ridder, Frank Douchy, Godfried Drijvers, Pedro Facon, Florence Garet, Alain Ghilain, Laurent Gilson, Patricia Heidbreder, André Jansen, Olivier Labarre, Guy Lombaerts, Olivia Machiels, Dirk Marcellis, Cindy Meira De Oliveira, Pascal Meeus, Joris Merckx, Olivier Michiels, Pierre Paermenier, François Perl, Erlend Pulinx, Bernard Rauw, Frederik Remorie, Didier Renauld, Rodrigo Ruz Torres, Erik Rossignol, le Secrétariat du Service des soins de santé, le Secrétariat général des Services généraux de support, Chris Segaert, le Service de traduction et d'interprétariat, Marie-Jeanne Servotte, Alfred Smith, Michael Stiernon, An Taelemans, Eric Teunkens, Joos Tielemans, Johan Tistaert, Kris Van de Velde, Christian Van Ende, Pieter Van Meenen, Liesbeth Verbruggen, Tom Verdonck, Patrick Verliefde, Hilde Verreth, Geert Verscuren, Sylvie Willemsens, Bert Winnen, Pascale Wydouw.

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

Design et réalisation graphique : Ab initio Graphic Design, Bruxelles, www.abinitio.be

Impression : JCB Offset, juin 2011

Dépôt légal : D/2011/0401/12



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

Sommaire

Avant-propos	5
1 ^{re} Partie - L'INAMI : carte d'identité	7
I. Missions de l'INAMI	8
II. Organigramme de l'INAMI	8
III. Personnel de l'INAMI	9
IV. Frais d'administration de l'INAMI	10
V. Recettes et dépenses (assurance soins de santé et indemnités)	11
2 ^e Partie - Bonne gouvernance	15
3 ^e Partie - Evolution de l'assurance	21
I. Aspects institutionnels et administratifs	22
II. Assurance soins de santé	27
III. Assurance indemnités	47
IV. Evaluation et contrôle médicaux	50
V. Contrôle administratif	51
4 ^e Partie - Exposés thématiques	55
I. Bilan des actions de lutte contre la fraude sociale	56
II. L'assurance indemnités en chantier: 1 ^{er} bilan de la Task force "incapacité de travail"	62
III. La lutte contre Kafka	72
5 ^e Partie - Données statistiques	81
I. Statistiques des soins de santé	82
II. Statistiques des indemnités	106
III. Statistiques d'évaluation et de contrôle médicaux	117
IV. Statistiques du contrôle administratif	123
V. Statistiques des assurés sociaux	131
6 ^e Partie - L'INAMI en pratique	137
I. Adresses des bureaux de l'INAMI	138
II. Publications de l'INAMI et tarifs pour 2011	139
III. Études et recherches	143

Avant-propos

Même si un gouvernement tarde à se former, la dynamique se poursuit dans le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités. Vous vous en rendrez compte à la lecture de ce rapport qui vous permet de découvrir les principales évolutions récentes en la matière.

Ce rapport annuel se présente en fait comme un triptyque.

Le premier volet retrace les principales évolutions et initiatives dans les différents domaines.

Il explique en outre le fonctionnement de l'Institut, mettant plus particulièrement l'accent sur le nouveau contrat d'administration. Le rapport mentionne aussi d'importantes études et publications réalisées par les collaborateurs de l'INAMI.

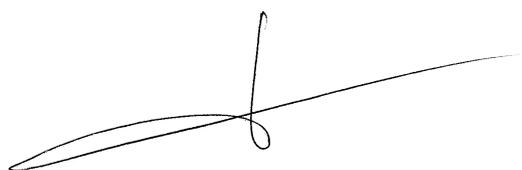
Le volet central se concentre sur certains thèmes d'actualité :

- la lutte contre la fraude sociale
- les conclusions de la Taskforce "incapacité de travail" qui veut insuffler une nouvelle dynamique au secteur
- le plan pluriannuel de simplification administrative qui prévoit de moderniser en profondeur certains processus.

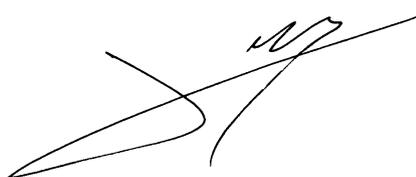
Les données statistiques figurent dans un dernier volet. Les chiffres reflètent bien l'importance de ce secteur de la sécurité sociale.

L'assurance soins de santé et indemnités est un chantier en pleine effervescence. Ensemble, les différents acteurs s'attellent en permanence à améliorer la protection sociale des citoyens. C'est pour eux qu'ils s'investissent. Le rapport sur la performance du système de soins de santé belge, rédigé par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé et coordonné par l'INAMI, montre clairement "qu'il y a encore du pain sur la planche"¹.

L'INAMI souhaite y apporter une contribution active.



Jo De Cock
Administrateur général



Benoît Collin
Administrateur général adjoint

¹ KCE, Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge, Rapport 128B, 2010



1^{re} Partie
L'INAMI : carte d'identité

I. Missions de l'INAMI

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

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

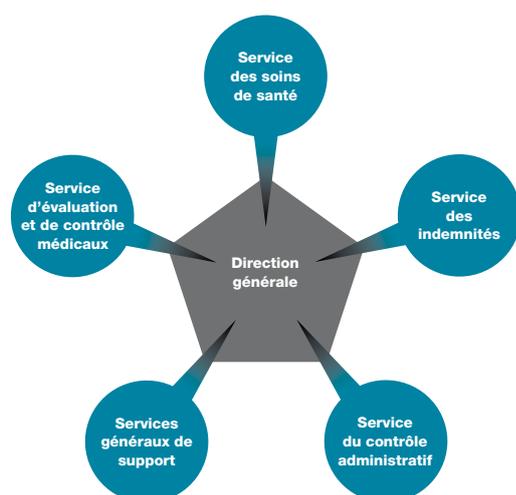
L'assurance SSI a une influence directe sur la vie quotidienne puisqu'elle prévoit le :

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

L'INAMI :

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

II. Organigramme de l'INAMI



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

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

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

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

III. Personnel de l'INAMI

Dans une institution comme l'INAMI, orientée sur l'administration et le support à la gestion dans le cadre de ses missions de service public, le personnel représente la principale ressource pour remplir les objectifs opérationnels. Il est donc important de dresser rapidement la situation et les évolutions en 2010.

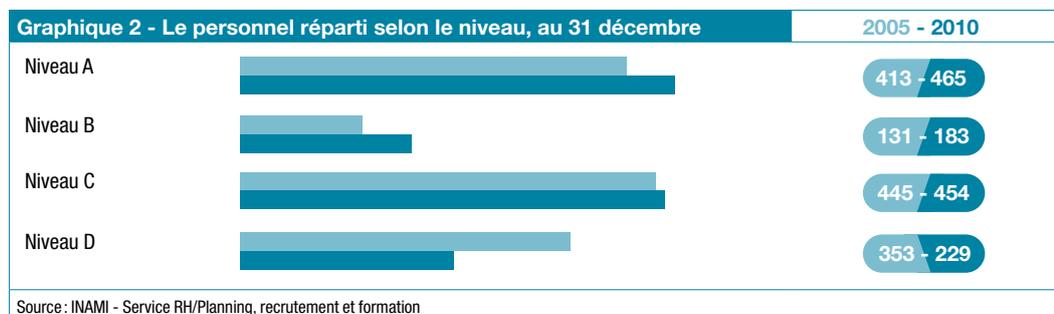
1. Le personnel selon le statut



On observe au cours de ces cinq dernières années une stabilité relative du personnel statutaire et une diminution des engagements contractuels (-8%).

Ces chiffres traduisent la tendance de la politique de l'administration fédérale en matière de recrutement. Recruter, par priorité, du personnel statutaire.

2. Le personnel selon le niveau



Le personnel est en forte augmentation dans les niveaux B (+39,7%) et A (+12,6%) et en légère augmentation dans le niveau C (+2%). Le personnel connaît une diminution importante dans le niveau D (-35%).

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

3. Le personnel selon le sexe



La représentation féminine reste majoritaire et la tendance s'est encore accrue depuis 2005. La population féminine représente 58,7% du personnel total en 2010.

IV. Frais d'administration de l'INAMI

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

Dépenses	Réalisations 2008	Réalisations 2009	Réalisations provisoires 2010
Frais de personnel	74.321.953	77.392.620	77.925.404
Informatique	14.892.104	15.290.326	17.904.494
Contentieux	15.085	17.194	3.573
Frais de location, d'entretien et d'énergie	9.484.401	8.881.333	9.380.753
Frais de bureau	4.029.213	4.066.737	4.093.884
Acquisition de biens patrimoniaux sauf matériel informatique (meubles, machines et livres)	316.976	372.343	307.805
Achat d'immeubles	3.505.127	0	0
Frais d'extension bâtiments	2.507.730	465.837	3.739
Autres frais de fonctionnement	3.400.775	2.783.098	3.383.546
Total dépenses	112.473.364	109.269.488	113.003.198
Recettes	399.005	175.300	144.517
Montant net frais d'administration	112.074.359	109.094.188	112.858.681

Source : INAMI - Service financier

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

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

1. Recettes en 2010

Tableau 2 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2010 - Recettes (en milliers d'euros)					
	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.	MINEURS	
Recettes gestion globale	23.154.267	5.109.887	315.053	3.321	28.582.528
Recettes §1bis - Salariés	19.173.685	5.109.887	-	3.321	24.286.893
Recettes §1bis - Indépendants	1.911.828	-	315.053	-	2.226.881
Financement alt. §1quater - Salariés	1.771.952	-	-	-	1.771.952
Financement alt. §1quater - Indépendants	176.683	-	-	-	176.683
Transfert salariés - Carrières mixtes	120.119	-	-	-	120.119
Etat-produits TVA + Accises tabac	2.468.365	0	0	0	2.468.365
Financement alternatif - Loi Hôpitaux	1.624.228	-	-	-	1.624.228
Financement alternatif - Divers	844.137	-	-	-	844.137
Cotisations	865.093	700	0	0	865.793
Cotisations personnelles	12.106	700	-	-	12.806
Cotisations pensionnés	852.987	-	-	-	852.987
Recettes affectées	993.106	116.610	17.116	0	1.126.832
Recettes rééducation fonctionnelle	476.973	-	-	-	476.973
Assurances autos	156.405	116.610	17.116	-	290.131
Cotisations assurance hospitalisation	100.107	-	-	-	100.107
Redevance conditionnement médicaments	3.972	-	-	-	3.972
Cotisation C.A. produits pharmaceutiques	255.649	-	-	-	255.649
Article 104quater	P.M.	-	-	-	P.M.
Transferts	0	0	0	81	81
ONP - Pensions de retraite ouvriers mineurs	-	-	-	81	81
Revenus de placements	4.130	250	10	0	4.390
Intérêts sur placements O.A.	698	250	10	-	958
Placement fonds des cotisations	3.428	-	-	-	3.428
Placement fonds des bonis	4	-	-	-	4
Divers	378.964	8.750	110	32	387.856
Renouvellement cartes SIS	733	-	-	-	733
Conventions internationales	359.507	1.550	60	-	361.117
Convention belgo-luxembourgeoise	-	-	-	-	0
Intérêts judiciaires	4.819	2.500	50	-	7.369
Récupérations article 157 (Prestat. de soins)	4.033	-	-	-	4.033
Récupérations SPF Justice (Détenus)	372	-	-	-	372
Récupération pensions inval. ouvriers mineurs	-	-	-	32	32
Montants de référence : versements hôpitaux	5.500	-	-	-	5.500
Transfert maladies chroniques	-	4.700	-	-	4.700
Prime syndicale caisse des dépôts	4.000	-	-	-	4.000
TOTAL RECETTES	27.863.925	5.236.197	332.289	3.434	33.435.845

Source : INAMI - Service financier

2. Dépenses en 2010

Tableau 3 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2010 - Dépenses (en milliers d'euros)					
	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.	MINEURS	
Prestations	24.249.164	5.016.894	319.572	2.643	29.588.273
Prestations de soins - Montant de base	23.604.975	-	-	-	23.604.975
Prestations de soins - Fonds d'avenir	294.189	-	-	-	294.189
Equilibre sécurité sociale	350.000	-	-	-	350.000
Incapacité primaire	-	1.299.810	67.436	-	1.367.246
Repos de maternité et paternité	-	586.921	17.406	-	604.327
Invalidité	-	3.123.529	234.730	-	3.358.259
Frais funéraires	-	6.634	-	-	6.634
Pensions d'invalidité ouvriers mineurs	-	-	-	2.387	2.387
Pécule de vacance	-	-	-	113	113
Allocation de chauffage	-	-	-	143	143
Frais d'administration O.A.	887.748	194.273	11.360	0	1.093.381
Forfait frais d'administration 5 O.A.	842.612	170.026	10.829	-	1.023.467
Forfait frais d'administration SNCB	17.368	-	-	-	17.368
Frais d'administration CAAMI	16.374	3.281	209	-	19.864
Supplément frais d'administration :					
◦ 20% sur intérêts placements	141	40	2	-	183
◦ % sur récupérations	10.520	20.926	320	-	31.766
Renouvellement cartes SIS	733	-	-	-	733
Charges INAMI	544.324	18.810	1.247	725	565.106
Frais d'administration INAMI :					
◦ frais de gestion	99.725	18.511	1.194	725	120.155
◦ frais de mission	261	49	3	-	313
Expertise	1.622	-	-	-	1.622
Statut social	167.837	-	-	-	167.837
Maîtres de stage	18.452	-	-	-	18.452
Article 56 - 22	86.242	-	-	-	86.242
Campagnes	2.000	-	-	-	2.000
Transfert centre de connaissance	6.995	250	50	-	7.295
Plan social kiné	100	-	-	-	100
Lutte tabagisme	2.000	-	-	-	2.000
Accord social	131.805	-	-	-	131.805
IMA - Échantillon	117	-	-	-	117
Donation (E-care, enregist. cancer, etc.)	6.775	-	-	-	6.775
Donation (eHealth)	10.958	-	-	-	10.958
Invalides de guerre	1.200	-	-	-	1.200
Associations de patients	216	-	-	-	216
Caisse des marins - Assurance automobile	5	-	-	-	5
Subsides SISD	2.014	-	-	-	2.014
Prime syndicale caisse des dépôts	4.000	-	-	-	4.000
Fonds de participation	2.000	-	-	-	2.000
Fonds accidents soins de santé	P.M.	-	-	-	P.M.
SPF Santé publique - Loi hôpitaux	1.624.228	0	0	0	1.624.228
Hôpitaux (22,77% prix de journée, MSP, habitations protégées, détenus, autres institutions & internés)	1.624.228	-	-	-	1.624.228

Tableau 3 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2010 - Dépenses (en milliers d'euros) (suite)					
	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS MINEURS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.		
Transferts	0	0	0	40	40
ONP - Pensions invalidité ouvriers mineurs	-	-	-	40	40
Divers	558.461	6.220	110	26	564.817
Conventions internationales	628.633	600	20	-	629.253
Conventions internationales - Espagne	14	-	-	-	14
Conventions internationales - Hôpitaux	-30.000	-	-	-	-30.000
Convention belgo-luxembourgeoise	-	-	-	-	0
Allocations complémentaires frontaliers	-	70	-	-	70
Intérêts judiciaires	78	350	50	-	478
Frais supplémentaire O.T.	4.202	-	-	-	4.202
Frais d'assignation	-	-	-	10	10
Prestations non recouvrables	-	-	-	16	16
Intérêts sur fonds des cotisations et bonis	3.431	-	-	-	3.431
Réduction cotisation chiffres d'affaires produits pharmaceutiques	36.500	-	-	-	36.500
Dépenses négatives	-40.167	-	-	-	-40.167
Provision de stabilité non-financement	-49.730	-	-	-	-49.730
Fonds d'avenir: montants de référence	5.500	-	-	-	5.500
Transfert réadaptation prof. indemnités	-	5.200	40	-	5.240
TOTAL DÉPENSES	27.863.925	5.236.197	332.289	3.434	33.435.845

Source : INAMI - Service financier



2^e Partie

Bonne gouvernance

I. Introduction : modernisation de l'INAMI

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

En tant que service de staff de l'administration générale de l'INAMI, la cellule modernisation joue un rôle central de coordination dans l'élaboration et la concrétisation d'une vision intégrée de la politique et de la gestion de l'Institut. Toutefois, la cellule modernisation ne porte pas à elle seule la modernisation de l'INAMI : dans les différents services, une cellule décentralisée fonctionne en partenariat avec la cellule modernisation. Le but est de développer, dans les années à venir, un partenariat solide entre la cellule modernisation, comme moteur de coordination, et les cellules décentralisées de tous les services opérationnels.

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

L'année 2010 est la 1^{re} année d'exécution du 3^e contrat d'administration de l'INAMI ; il porte sur la période 2010-2012. 41 projets y sont prévus. Chacun de ces projets comporte une série d'engagements se rapportant à un ou plusieurs axes prioritaires ou principes suivants :

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

Du point de vue de leur contenu, tous ces engagements s'insèrent en outre dans un des 10 domaines stratégiques externes formulés dans le 2^e plan stratégique de l'INAMI.

Quelques réalisations du 3^e contrat d'administration en 2010 :

- un rapport d'activités personnel pour chaque médecin généraliste accompagné d'un feedback sur sa pratique professionnelle en 2008
- un rapport de synthèse sur les évolutions statistiques en matière d'incapacité de travail primaire (données jusqu'à 2009 inclus)
- un plan d'approche portant sur les défis relatifs à l'incapacité de travail, dans le cadre de la "Taskforce incapacité de travail".



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



Le 2^e plan stratégique, qui porte sur la période 2010-2015, indique à l'INAMI la voie à suivre pour atteindre ses objectifs et fixe le cadre général dans lequel tous les services de l'INAMI doivent se situer. Le plan prévoit une charte définissant la mission ou les raisons d'être de l'Institut. Cette charte présente aussi la vision de l'INAMI aux niveaux externe et interne ainsi que les valeurs et normes que l'INAMI entend respecter. La mission se traduit en une série d'objectifs stratégiques et opérationnels.

- un rapport annuel intégré sur les activités et les résultats obtenus dans le cadre de la stratégie dite "ICE" (information, communication et évaluation) du Service d'évaluation et de contrôle médicaux
- une nouvelle note pour le Comité général de gestion présentant des données chiffrées pertinentes relatives aux effectifs en général (assurés sociaux) et aussi, en particulier, aux nombres d'assurés bénéficiaires de l'intervention majorée et du statut Omnio
- un formulaire standard de demande de données chiffrées sur les effectifs (disponible sur le site Internet)
- des élections électroniques pour les médecins
- un inventaire des flux de données possibles que l'INAMI peut mettre à la disposition de divers groupes cibles (entre autres, les pharmaciens, les dentistes, les praticiens de l'art infirmier et les médecins) par le biais de l'"eHealth Box"
- une consolidation du fichier de référence des laboratoires
- un nettoyage du fichier de référence des maisons de repos
- un nettoyage du fichier de référence des praticiens de l'art infirmier
- l'élaboration de dispositions réglementaires et l'information à ce sujet (par voie de circulaires et sur le site Internet de l'INAMI) pour tous les acteurs concernés dans le cadre de l'implémentation systématique de "MyCareNet parmi les différents groupes cibles de dispensateurs de soins (praticiens de l'art infirmier à domicile, laboratoires, offices de tarification, maisons de repos, etc.)



Grâce à [MyCareNet](#) accessible sur Internet, les dispensateurs de soins peuvent communiquer directement et en toute sécurité avec les O.A. MyCareNet est une initiative conjointe de l'INAMI, du CIN et de "eHealth", la plateforme santé des pouvoirs publics.

- l'extension de l'application Internet "E-care - Quality oriented electronic registration of medical implant devices" (Qermid) pour les pacemakers
- la mise à disposition, pour les médecins, d'une application permettant de suivre en ligne leur dossier d'accréditation et de contrôler leur présence aux activités de formation et dans les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM)
- la préparation des textes réglementaires sur la réforme de l'intervention majorée et une meilleure protection des malades chroniques
- une fiche de projet et l'analyse de processus concernant le lancement du projet "Étude de la qualité" dans le secteur de l'invalidité
- l'optimisation de la lisibilité des documents administratifs:
 - révision interne de deux formulaires existants pour les assurés, conformément aux principes de lisibilité
 - une check-list pour les services de l'INAMI, spécifiquement en ce qui concerne la rédaction de formulaires lisibles
 - avis en matière de lisibilité de tous les nouveaux formulaires destinés aux assurés
- des accords avec l'Institut scientifique de santé publique (ISP) et l'AIM concernant l'évaluation des trajets de soins
- la création d'un comité d'accompagnement pour l'évaluation permanente et la correction des trajets de soins
- pour 66 projets sélectionnés relatifs aux formes de soins alternatives et de soutien aux personnes âgées: la conclusion d'un accord avec le Comité de l'assurance, l'organisation de sessions d'information, le lancement d'un financement, l'établissement d'une série de modalités à remplir en matière de rapports et d'évaluation
- la préparation d'informations sur le nouveau système de rémunération des pharmaciens et transmission de ces informations aux pharmaciens, aux grossistes, aux O.A. et à l'industrie
- la mise à l'ordre du jour publique et la discussion au sein du Comité de l'assurance du premier Plan belge pour les maladies rares
- la formulation de points d'actions futures en vue de renforcer le contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation fonctionnelle
- l'exécution de divers projets d'évaluation médicale et de mesures d'impact

- le rapport sur les résultats d'analyse des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques
- le développement d'un système (Flowdos) visant à gérer plus efficacement les dossiers d'enquête relatifs aux dispensateurs de soins
- le rapport intégré sur les résultats en matière de lutte contre la fraude sociale
- le "datamatching" (croisement de banques de données) entre les données "Déclaration multifonctionnelle/Multifunctionele aangifte" (DMFA) et la banque de données des invalides, et l'analyse des cas pertinents au sein des mutualités
- l'analyse de qualité du feed-back des O.A. concernant les dossiers d'assujettissement fictif
- deux rapports relatifs à des contrôles thématiques: l'un, en matière de soins de santé et l'autre, en matière d'indemnités
- un 1^{er} rapport présentant une synthèse des négociations menées au cours des mois précédents en ce qui concerne le système actuel de responsabilisation des frais d'administration des O.A. et l'ébauche d'un futur système
- l'analyse et le rapport concernant le système de gestion des plaintes des O.A. et des mutualités, en collaboration avec le CIN
- les brochures "Infobox" (brochures informatives relatives à la réglementation) pour les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier
- la constitution de l'Observatoire de la mobilité des patients
- COOPAMI:
 - le développement d'un programme de formation et organisation de formations en anglais et en français
 - le lancement, en collaboration avec d'autres pays, d'un échange d'expertise par le biais d'un système de vidéoconférence.

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

III. Gestion de projets

La nécessité de réaliser des projets à l'INAMI et d'engranger des résultats implique une gestion de projets. Une gestion de projets sérieuse dont le planning, l'implémentation et le suivi constituent les principaux piliers, est en effet la clé du succès de ces projets.

Obtenir de bons résultats au niveau de ces projets est uniquement possible moyennant un bon suivi du "scope", de l'étendue, des délais, des moyens, de la qualité et de l'organisation des projets. Une méthodologie de gestion de projets permet le suivi professionnel de tous ces aspects.

Ces dernières années, l'INAMI a prévu l'organisation et les méthodes requises pour planifier, exécuter et suivre ses projets. L'élément central est la fiche de projet qui décrit le projet sous ses différents aspects. Des responsables et chefs de projets ont également été désignés.

L'INAMI a notamment lancé le projet intitulé "Project management culture" (PMC) qui vise à renforcer la professionnalisation de la méthodologie en matière de direction, de gestion et de coordination intégrées de projets. L'approche méthodologique de la gestion de projets est coordonnée par la plateforme "Soutien stratégique et de gestion" (SSG) où siègent tous les coordinateurs SSG décentralisés et dont la cellule modernisation assure la conduite.

Les éléments suivants figurent dans le projet PMC :

- En matière de documentation des projets, la plate-forme a conçu, en 2010, un nouveau modèle (template) de fiche de projet, accompagné d'un mode d'emploi. Elle a ensuite organisé des sessions d'information pour la majorité des chefs de projets de l'INAMI.
- Un groupe de travail a également été constitué. Il est chargé de définir les différentes phases d'un projet, le "cycle de vie" d'un projet (en fonction ou non du type de projet) : depuis l'initiative, en passant par la définition du "scope", jusqu'à l'exécution, l'évaluation et la clôture d'un projet.
- Le développement d'un système de suivi des projets s'est poursuivi, tant au sein des services (Business steering groups ou BSG) qu'au niveau de l'INAMI (Comité de direction). Les BSG sont aujourd'hui opérationnels dans la plupart des services, ce qui permet donc le suivi systématique des projets.
- Dans la foulée de ce suivi, une identification unique de projets et une liste de projets sont en préparation. Elles permettront de rédiger efficacement des rapports intégrés au niveau de l'INAMI.
- En 2011, l'INAMI poursuivra le développement d'un outil ICT qui servira à soutenir la gestion des projets. Il devra garantir la tenue à jour électronique de la documentation des projets de même qu'une consultation rapide de l'état d'avancement de l'exécution des projets.



3^e Partie Évolution de l'assurance

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Observatoire des maladies chroniques

La loi-programme du 22 décembre 2008 a créé un Observatoire des maladies chroniques, au sein du Conseil scientifique. L'arrêté royal du 11 février 2010 fixe les modalités d'exécution à partir du 8 mars 2010.

La loi a déterminé la façon de composer la section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques, ainsi que la façon dont il siègera.

Le "Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour maladies chroniques et pathologies spécifiques" devient la section scientifique de l'Observatoire. Sa composition est élargie aux représentants des soins de première ligne.

2. Spécialités pharmaceutiques

a. Baisses des prix

L'arrêté royal du 31 janvier 2010 modifie, depuis le 28 février 2010, l'article 56bis de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. La modification vise à intégrer la nouvelle réglementation applicable au Service public fédéral (SPF) Économie, PME, Classes moyennes et Énergie relative à la baisse des prix de certains médicaments remboursables.

La nouvelle réglementation prévoit, au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet, une baisse des prix et des bases de remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques. Il s'agit des spécialités inscrites aux chapitres I, II et IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

La diminution est de 14% pour les spécialités dont le principe actif figure, au cours du semestre précédent, dans une spécialité qui était remboursable pour la première fois plus de 12 années auparavant; la diminution est de 2,3% s'il s'agit d'une spécialité qui était remboursable pour la première fois plus de 15 ans auparavant.

b. Conditionnements

L'arrêté royal du 31 janvier 2010 charge explicitement la Commission de remboursement des médicaments, à partir du 28 février 2010:

- d'évaluer les demandes de modifications de la liste des spécialités remboursables
- de rendre adéquats et pertinents les conditionnements concernés.

Les objectifs de cette mesure sont les suivants :

- éviter le gaspillage dû aux conditionnements qui ne sont pas adaptés au traitement et qui font l'objet d'une demande d'inscription
- encourager les firmes à inscrire des conditionnements adéquats sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

c. Médication chronique

A partir du 28 février 2010 également, l'arrêté royal du 31 janvier 2010 introduit des simplifications administratives en matière de remboursement des médicaments utilisés pour le traitement des affections chroniques :

- un nouveau multiplicateur permet la délivrance d'un nombre variable de conditionnements d'une spécialité qui suffit à un traitement de trois mois. Il s'agit du traitement du parkinson, de l'épilepsie et de l'hypertension artérielle, de l'ADHD (attention-déficit hyperactivity disorder) et d'un nombre limité de groupes de spécialités (les médicaments hypolipémiants et les antidiabétiques oraux)
- simultanément, une nouvelle disposition permet :
 - de prescrire un traitement de trois mois s'il s'agit d'une prescription selon le principe actif
 - de rembourser tous les conditionnements nécessaires pendant la durée de ce traitement.

d. Conventions conclues entre l'INAMI et le demandeur

Grâce à l'arrêté royal du 21 décembre 2001, il est possible qu'une convention soit conclue entre l'INAMI et le demandeur pour des spécialités de classe 1, si :

- la base de remboursement n'est pas considérée comme proportionnelle à l'évaluation des critères figurant dans l'arrêté royal
- le ministre a notifié une décision négative en attendant les éléments pouvant justifier la base de remboursement proposée.

L'arrêté royal du 11 février 2010 détermine de nouvelles conditions précédant la conclusion éventuelle d'une convention :

- élargir et reformuler le champ d'application de la convention
- élargir les modalités de compensation par le demandeur
- préciser la procédure pouvant aboutir à la conclusion d'une convention entre l'INAMI et le demandeur pour le remboursement d'une spécialité pharmaceutique.

e. Anciens médicaments

 Les "anciens médicaments" sont les spécialités pharmaceutiques dont le principe actif est remboursé depuis plus de 12 ou 15 ans. Le prix et la base de remboursement de ces médicaments diminue de 15% au bout de 12 ans, et encore de 2,35%, trois ans plus tard.

À partir du 1^{er} janvier 2011, la loi du 29 décembre 2010 impose une baisse de prix supplémentaire pour les anciens médicaments. Cela entraîne concrètement une baisse de prix de respectivement 17% et 9,41%.

À partir du 1^{er} avril 2011, la loi prévoit toutefois deux exceptions à l'application d'une baisse de prix supplémentaire au bout de 15 ans de remboursement, pour les spécialités pharmaceutiques dont :

- le demandeur a démontré qu'au moment de l'application de la baisse de prix supplémentaire au bout de 15 ans de remboursement, le prix et la base de remboursement au niveau ex-usine sont inférieurs d'au moins 65% par rapport au prix lors de la première admission sur la liste
- le chiffre d'affaires annuel total du principe actif ou d'une combinaison de principes actifs s'élève à moins de 1,5 million d'euros.

f. Prescriptions moins onéreuses

Depuis 2006, les médecins et les praticiens de l'art dentaire doivent prescrire un certain taux de médicaments moins chers.

-  **Prescrire moins cher** signifie que les médecins et les praticiens de l'art dentaire choisissent, à raison d'un certain pourcentage et en fonction de leur spécialité, de prescrire :
- des médicaments de marque originaux dont le prix a diminué de sorte que le patient ne doit pas payer de ticket modérateur supplémentaire
 - des médicaments génériques
 - des médicaments en DCI (dénomination commune internationale), c'est-à-dire prescrits sous le nom de la molécule.

Cette mesure permet :

- de maîtriser les dépenses de l'assurance soins de santé
- d'améliorer l'accès aux soins de santé :
 - des innovations en matière de médicaments ou de nouvelles indications enregistrées peuvent être remboursées plus rapidement
 - les patients paient une intervention personnelle réduite.

La loi du 29 décembre 2010 augmente, à partir du 1^{er} janvier 2011, les taux de prescription de médicaments moins onéreux que les médecins et les praticiens de l'art dentaire doivent respecter en fonction de leur spécialisation. La période d'observation du profil de prescription du médecin ainsi que le nombre de conditionnements minimum que les médecins doivent prescrire pour entrer en ligne de compte, seront également adaptés.

3. Accords sociaux

Le budget 2010 de l'INAMI a prévu des moyens pour financer des accords sociaux conclus en 2005 et se rapportant aux secteurs de santé fédéraux. Il s'agit des mesures suivantes.

a. Mesure de parrainage dans les hôpitaux

Cette mesure de l'arrêté royal du 13 juin 2010 a pour but de compenser par de nouveaux recrutements les heures pendant lesquelles un travailleur plus âgé transmet son savoir aux jeunes ayant une formation de base moins élevée.

Coût pour l'année 2010 :

- hôpitaux privés : 4.553.855 EUR
- hôpitaux publics : 2.732.313 EUR.

b. Mesure de congé supplémentaire pour les membres du personnel âgés d'au moins 50 ans qui ne bénéficient pas des mesures dans le cadre de la fin de carrière

Le même arrêté royal du 13 juin 2010 octroie aux travailleurs ne pouvant bénéficier des mesures dans le cadre de la fin de carrière, l'avantage de jours de congé supplémentaires. Ces jours de congé doivent être compensés par la création de nouveaux emplois dont 262 sont mis à disposition.

Coût pour l'année 2010 :

- hôpitaux privés : 5.901.796 EUR
- hôpitaux et services publics : 3.643.084 EUR.

c. Soins à domicile, services de la Croix-Rouge et maisons médicales

Les accords sociaux prévoient diverses mesures pour le secteur des travailleurs dispensant des soins à domicile, des services de la Croix-Rouge et des maisons médicales. L'arrêté royal du 13 juin 2010 a déterminé la ventilation financière de l'accord social conclu pour l'année 2005, de la façon suivante :

- prime d'attractivité : 7.526.390 EUR
- embauche supplémentaire : 4.052.210 EUR
- le supplément pour la nuit du dimanche a été porté de 50% à 56% : 213.811 EUR
- complément de fonction pour le praticien de l'art infirmier en chef dans un service de soins à domicile : 211.303 EUR.

Il y a également des subdivisions selon qu'il s'agisse de services ou de centres publics ou privés.

Dans l'accord social de l'année 2000, pour le même secteur, l'arrêté royal du 15 juin 2010 prévoyait le financement suivant : au total 47.178.158 EUR, dont 46.249.583 EUR pour le secteur privé et 928.575 EUR pour le secteur public.

d. Rétribution des prestations irrégulières

L'arrêté royal du 13 juin 2010 finance la prime pour les prestations en soirée et de nuit, fournies par le personnel au chevet du patient à l'hôpital, dans une maison de repos, dans un établissement de soins psychiatriques, dans un service de soins à domicile et dans une maison médicale, de la façon suivante :

- pour les heures prestées entre 19h et 20h (et ce, au prorata des prestations réellement effectuées) :
 - pour le personnel payé selon le régime dit "à la prestation" : 20% du salaire barémique horaire quel que soit le jour de la semaine, le sursalaire des samedis, dimanches et jours fériés étant d'application s'il est supérieur à ces 20%
 - pour le personnel payé au forfait de 11% : le complément horaire de nuit octroyé pour les prestations de nuit, ajouté au barème de base de 111%, quel que soit le jour de la semaine, y compris les samedis, dimanches et jours fériés
 - les accords ou les usages qui offrent des conditions plus avantageuses restent applicables, également en ce qui concerne les autres catégories de personnel et les autres secteurs
- pour chaque tranche horaire entre 20h et 6h (et ce, au prorata des prestations réellement effectuées) et pour toute heure d'une prestation qui se termine après minuit, même si elle a commencé avant 20h ou se termine après 6h :
 - pour le personnel payé sous le régime dit "à la prestation" : le supplément au barème horaire qui est applicable au 31 décembre 2009 quel que soit le jour de la semaine, le supplément pour samedi, dimanche et jour férié étant applicable s'il est plus avantageux que ce supplément
 - pour le personnel actuellement payé au forfait de 11% : le supplément au salaire horaire de nuit est ajouté au barème de base de 111%, quel que soit le jour de la semaine, samedi, dimanche et jour férié compris
 - les accords ou les usages qui offrent des conditions plus avantageuses restent applicables, également en ce qui concerne les autres catégories de personnel et les autres secteurs.



Le **personnel travaillant au chevet du patient** comprend :

- les praticiens de l'art infirmier
- les aides-soignants
- les personnes exerçant la fonction d'éducateur / dispensateur de soins dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux et dans les équipes de soins des hôpitaux psychiatriques et des maisons de soins psychiatriques.

e. Financement des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), des maisons de repos et de soins (MRS) et des centres de soins de jour (CSJ)

L'arrêté royal du 30 juin 2010 relatif au financement des maisons de repos entre en vigueur le 1^{er} juillet 2010 :

- à partir du 1^{er} juillet 2010, la norme de personnel MRS est augmentée de 0,20 équivalent temps plein (ETP) pour le personnel soignant, sauf la norme spécifique aux patients comateux (catégorie Cc)
- il est possible de rémunérer les prestations irrégulières définies dans l'accord du 4 mars 2010 (point d ci-dessus) grâce à l'augmentation du financement des prestations irrégulières. Le financement passe de 12,75% à 13,74% du salaire mensuel brut
- des montants de rattrapage financent les montants qui découlent des coûts salariaux pour les établissements appliquant cette mesure depuis le 1^{er} janvier 2010
- ajout de deux grades supplémentaires dans l'échelle d'ancienneté des praticiens de l'art infirmier : ancienneté inférieure à quatre ans et ancienneté à partir de 16 ans.

4. Fonds des accidents médicaux

Le Moniteur belge du 2 avril 2010 a publié la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé.

Cette loi prévoit :

- d'instaurer un nouveau droit à l'indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux sans responsabilité (dommage résultant d'un traitement médical sans faute de la part du dispensateur)
- de créer un Fonds des accidents médicaux qui indemniserait la victime, le cas échéant. L'INAMI mettrait à disposition du Fonds, les services, le personnel, l'équipement et les installations nécessaires.

II. Assurance soins de santé

1. Assurés

a. Intervention majorée

La loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé publique a :

- étendu le droit à l'intervention majorée de l'assurance aux familles monoparentales
- abrogé la condition de l'âge pour les chômeurs de longue durée.

L'arrêté royal du 9 juillet 2010 exécute cette disposition à partir du 1^{er} juillet 2010, en insérant ces deux catégories de bénéficiaires dans le cadre de l'intervention majorée "classique". Celle-ci est accordée sur la base des revenus du ménage et de sa composition au moment où la demande d'intervention majorée est introduite.

Par ailleurs, il est prévu que la perte de la qualité qui est à la base de l'intervention majorée n'entraîne plus, en soi, la perte de l'intervention majorée.

b. Omnio

OUVERTURE DE DROIT

À partir du 1^{er} janvier 2010, chaque ménage a pu obtenir le statut OMNIO, le premier jour du trimestre au cours duquel il a introduit la déclaration sur l'honneur, en application de l'arrêté royal du 22 juillet 2010. Le droit n'est donc plus octroyé le premier jour du trimestre suivant l'introduction de la déclaration sur l'honneur, mais rétroactivement afin d'éviter que ce droit ne couvre plus le bénéficiaire pendant une courte période.

RETRAIT DU DROIT EN CAS DE MODIFICATION DE LA COMPOSITION DU MÉNAGE

Plus aucune distinction n'est faite en fonction du moment où la composition du ménage se modifie. Si la composition d'un ménage se modifie, le droit prend fin le 31 décembre de l'année au cours de laquelle cette modification est intervenue.

RETRAIT DU DROIT APRÈS UN CONTRÔLE DES REVENUS

Le retrait avec effet rétroactif est abrogé. Suite à l'arrêté royal du 9 juillet 2010, si le contrôle des revenus de l'année précédant la déclaration sur l'honneur révèle que le ménage n'avait pas droit au statut Omnio, ce droit est retiré au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ce contrôle a eu lieu.

c. Charte de l'assuré social

À partir du 1^{er} janvier 2010, l'arrêté ministériel du 13 janvier 2010 adapte le règlement du 22 mai 2006 du Comité de l'assurance de l'INAMI. Ce règlement porte exécution de l'article 22, § 2, a) de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social.

Il prévoit :

- d'exécuter des adaptations formelles suite à l'instauration du statut Omnio
- d'insérer la notion "cas digne d'intérêt" dans le cadre du statut Omnio. Dans tous les cas pour lesquels il y a eu révision de l'importance du montant des revenus imposables du ménage suite à une imposition rétroactive, il est renoncé à la récupération de l'indu
- d'adapter la procédure: l'organisme assureur (O.A.) envoie la demande de renonciation au Service du contrôle administratif. Celui-ci examine le dossier et le soumet pour avis au Groupe de travail assurabilité. Le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé prend une décision sur la base de cet avis
- d'insérer un seuil de 125 EUR, en dessous duquel il ne peut plus être renoncé à la récupération de l'indu.

d. Malades chroniques

MAXIMUM À FACTURER

Le maximum à facturer "malades chroniques" existe depuis le 1^{er} janvier 2009. La mesure consiste en une diminution du plafond de tickets modérateurs à atteindre par un ménage pour bénéficiaire du maximum à facturer. Cela concerne le ménage dont un même membre a atteint un montant de 450 EUR de tickets modérateurs durant chacune des deux années qui précèdent immédiatement l'année pour laquelle le droit au maximum à facturer est examiné. L'arrêté royal du 22 mars 2010 fixe le montant par lequel le plafond de tickets modérateurs est réduit à 100 EUR.

PANSEMENTS ACTIFS

À partir du 1^{er} septembre 2010, l'arrêté royal du 22 juillet 2010 modifie la liste des pansements actifs qui entrent en ligne de compte pour une intervention dans le cadre des mesures prises pour les bénéficiaires présentant des plaies chroniques.

Cette intervention consiste d'une part, en un remboursement forfaitaire de 20 EUR par mois pour le bénéficiaire et d'autre part, en un remboursement de 0,25 EUR par conditionnement délivré pour l'enregistrement par le pharmacien de ce pansement figurant sur la liste des produits admis. Les bénéficiaires de l'intervention sont des patients souffrant d'une plaie qui n'est toujours pas guérie après six semaines.

e. Frais de déplacement

À partir du 1^{er} novembre 2010, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans les frais de déplacement de bénéficiaires séjournant dans un CSJ. L'arrêté royal du 12 octobre 2010 fixe l'intervention à 0,30 EUR par kilomètre (montant indexé annuellement). Cette intervention est accordée pour une distance maximum de 15 kilomètres entre le lieu du domicile effectif et le CSJ.

f. Douleur aiguë chez l'enfant

La Société belge de pédiatrie et le Comité de l'assurance ont conclu une convention de trois ans pour financer des projets temporaires et expérimentaux sur la douleur aiguë chez l'enfant.

L'arrêté royal du 22 décembre 2010 prolonge cette convention d'un an: elle court jusqu'au 31 décembre 2010. La phase clinique du projet se prolonge donc en 2010, et l'intervention maximale s'élève à 500.000 EUR.

g. Lutte contre la tuberculose

L'Œuvre nationale belge de défense contre la tuberculose et les maladies respiratoires et le Comité de l'assurance ont conclu une convention de cinq ans pour financer des projets en matière de soins coordonnés dans le cadre du diagnostic et du traitement de la tuberculose.

À partir du 1^{er} février 2011, l'arrêté royal du 23 décembre 2010 adapte le financement afin de garantir la continuité du projet.

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

ÉLECTIONS MÉDICALES

Des élections médicales sont à nouveau organisées en 2010 fixant la représentation des organisations professionnelles et la répartition des mandats parmi les différents organes décisionnels, consultatifs, scientifiques et de contrôle au niveau des Services de l'INAMI.

L'instauration de la procédure de vote électronique a caractérisé ces élections. Dans cette nouvelle procédure, le vote sur papier et le vote électronique coexistent provisoirement.

La procédure vise à :

- moderniser la consultation des listes électorales
- instaurer un vote électronique éventuel
- utiliser la technique de la lecture optique des votes sur papier, ce qui facilite considérablement la comptabilisation des votes.

Supprimer l'obligation de renvoyer ces mêmes votes sur papier simplifie également les démarches des personnes convoquées pour le vote.

UTILISATION DE LA TÉLÉMATIQUE

L'arrêté royal du 6 février 2003 prévoit une intervention forfaitaire annuelle pour les médecins généralistes utilisant un logiciel labellisé.

La plate-forme eHealth doit vérifier si les logiciels de gestion des dossiers électroniques des patients répondent aux normes, standards et spécifications fonctionnels et techniques en matière d'ICT.

À partir du 1^{er} janvier 2011, l'arrêté royal du 5 juillet 2010 apporte les modifications suivantes à la procédure de labellisation :

- seuls les logiciels acceptés par la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM), après avoir reçu l'avis univoque de la plate-forme ehealth, entrent en ligne de compte pour une intervention pour le dossier médical électronique (DME)
- la CNMM doit approuver les critères de labellisation.

En outre, il est prévu que les données figurant sur les formulaires de demande papier puissent également être transmises à l'INAMI par voie électronique ou par un certificat généré par le logiciel.

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2011

Le 13 décembre 2010, la CNMM a conclu un nouvel accord pour 2011. Ci-dessous, un résumé des points principaux.

○ Mesures relatives aux médecins généralistes

Les honoraires et le forfait d'accréditation des médecins généralistes, tels que fixés au 31 décembre 2010, sont indexés de façon linéaire de 1,40%, à partir du 1^{er} janvier 2011.

La CNMM a formulé les propositions suivantes pour une politique intégrée des services et des postes de garde de médecins généralistes :

- adapter et simplifier la procédure pour conclure des conventions en matière de postes de garde de médecins généralistes
- ancrer le financement dans un cadre structurel plutôt que dans un contexte expérimental
- préciser les conditions de financement
- encourager l'application systématique du régime du tiers payant dans le cadre des postes de garde
- augmenter le budget afin d'augmenter le nombre de postes de garde de médecins généralistes et de financer un certain nombre de solutions similaires, via des conventions avec le Comité de l'assurance
- suivre et évaluer périodiquement les mesures concernées par un groupe de direction désigné par la CNMM.

La CNMM fera une première évaluation, en 2011, de l'utilisation des trajets de soins. Si nécessaire, des moyens supplémentaires seront dégagés pour favoriser et soutenir le développement des trajets de soins.

Les médecins généralistes conventionnés s'engagent, en règle générale, à appliquer le régime du tiers payant pour toutes les prestations relatives aux consultations.

En cas de présomption d'abus, d'irrégularités dans le chef du patient ou si l'on présume que la situation réelle du patient ne correspond pas aux conditions, l'application du tiers payant peut toutefois être refusée. L'application de ce régime sera évaluée au bout d'un an sur la base de constats éventuels, tant chez les médecins que dans les O.A.

L'intervention annuelle en vue de soutenir les cabinets de médecins généralistes, octroyée à quelques médecins généralistes qui sont inscrits dans le service de garde, organisé par un cercle de médecins généralistes agréé, et qui atteignent un seuil d'activités d'au moins 1.250 consultations et/ou visites à domicile par an, s'élève à 1.500 EUR en 2011.

○ Mesures relatives aux médecins spécialistes

Les honoraires et le forfait d'accréditation des médecins spécialistes tels que fixés au 31 décembre 2010 sont indexés à raison de 1,40% au 1^{er} janvier 2011.

Cette indexation concerne :

- toutes les prestations de l'article 2 réservées aux médecins spécialistes
- toutes les prestations de l'article 3 réservées aux médecins spécialistes à l'exception de la biologie clinique
- toutes les prestations de gynécologie de l'article 9, b) et c), et de l'article 14, g)
- toutes les prestations de l'article 25.

Les honoraires supplémentaires pour les prestations effectuées entre 21h et 8h, ou le samedi, le dimanche ou un jour férié sont réinstaurés et revalorisés.

En ce qui concerne les prestations spéciales, la CNMM demande :

- des modifications à la lettre-clé, en attendant une modification technique de la nomenclature
- des modifications de la nomenclature des prestations de santé ou d'autres nouvelles mesures ayant un impact similaire pour les dispensateurs de soins concernés.

Lors de l'élaboration du budget, la CNMM a tenu compte d'une économie de 45 millions d'euros pour l'imagerie médicale pour l'année 2010, suite à la décision gouvernementale. Les prestations relatives à l'imagerie médicale en 2011 ne seront indexées de 1,40% qu'à partir du 1^{er} juillet 2011, au terme d'une évaluation par la CNMM.

Si l'effet escompté de la mesure s'avère être plus important que prévu, des moyens financiers seront dégagés pour soutenir des mesures visant à améliorer la qualité.

Les enveloppes "imagerie médicale" et "biologie clinique" sont fixées pour l'année 2011.

○ Mesures relatives aux assurés

L'application des tickets modérateurs lors d'une consultation d'un bénéficiaire chez le médecin généraliste sera simplifiée.

Les O.A. organiseront, en concertation avec les représentants des médecins, les campagnes d'information nécessaires en vue de renforcer le tiers payant social. Ils prendront par ailleurs des initiatives en vue d'informatiser les procédures administratives.

Les honoraires supplémentaires pour les consultations du médecin généraliste pendant la nuit, le week-end et les jours fériés seront entièrement remboursés.

L'intervention dans la gestion du dossier médical global pour le médecin généraliste et les patients sera simplifiée à partir de l'année de prolongation 2011, en attendant l'instauration de MyCarenet.

• **Autres initiatives**

Le taux de conventionnement dans certains arrondissements et pour certaines spécialités aboutit à des informations peu transparentes concernant les montants dus par les patients hospitalisés et ambulatoires. La CNMM entame une concertation et prépare les mesures qui conviennent en matière de transparence.

Afin d'éviter le financement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) par l'industrie pharmaceutique, la CNMM décide d'attribuer un montant de 1.360.000 EUR au financement public des GLEM.

• **Financement des postes de garde de médecins généralistes**

Depuis 2003, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde des interventions dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux en rapport avec les services de garde organisés par des médecins généralistes dans certaines régions.

L'arrêté royal du 4 octobre 2010 prévoit de :

- prolonger ces initiatives en 2010
- fixer le montant maximum pouvant être accordé, par an, à 3.450.000 EUR.

• **Groupement de médecins généralistes**

À partir du 1^{er} janvier 2011, suite au règlement du 11 octobre 2010, deux formulaires permettent de s'enregistrer comme pratique de groupe, et de communiquer toute modification des données enregistrées.

• **Statut social**

Le montant des avantages sociaux pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national s'élève à 4.141,16 EUR, pour 2010. Pour les médecins qui n'ont que partiellement adhéré à l'accord, le montant s'élève à 2.036,77 EUR.

Déroger aux montants des honoraires n'est autorisé qu'aux :

- médecins généralistes : uniquement pour les consultations, les rendez-vous et les prestations effectuées au cabinet, maximum trois fois par semaine, par bloc de quatre heures successives maximum. Le reste de la pratique représente au moins les 3/4 de la pratique totale
- médecins spécialistes : uniquement pour les prestations au bénéfice des patients ambulatoires (patients non hospitalisés et patients non admis en hôpital de jour ou forfait), maximum quatre fois par semaine, par bloc de quatre heures successives maximum. La moitié de toutes les prestations pour les patients ambulatoires doivent être effectuées aux tarifs d'honoraires fixés.

L'arrêté royal du 15 décembre 2010 fixe le montant de la pension de retraite, pour 2010, à 5.081,85 EUR et le montant de la pension de survie à 4.234,99 EUR.

En vue de renforcer l'attrait d'une adhésion à l'accord médico-mutualiste, le montant du statut social pour 2011 serait fixé à :

- 4.199,14 EUR pour les médecins qui sont censés, de plein droit, avoir adhéré à l'accord pour l'ensemble de leur activité professionnelle
- 2.065,28 EUR pour les médecins qui n'ont que partiellement adhéré à l'accord.

b. Praticiens de l'art dentaire

ACCORD NATIONAL DENTO-MUTUALISTE 2011-2012

Le 8 décembre 2010, la Commission nationale dento-mutualiste a conclu un nouvel accord pour 2011-2012. Ci-dessous, un résumé des points principaux.

○ Honoraires

Tous les honoraires tels que fixés au 31 décembre 2010 sont indexés de façon linéaire de 1,40%, à partir du 1^{er} janvier 2011.

○ Nomenclature

Propositions pour 2011 :

- étendre la limite d'âge pour l'examen buccal annuel
- modifier la limite d'âge pour l'examen buccal parodontique approfondi jusqu'au 50^e anniversaire
- limiter le ticket modérateur pour l'examen buccal parodontique jusqu'au 50^e anniversaire
- technique d'apexification
- étendre la limite d'âge pour le détartrage subgingival jusqu'au 50^e anniversaire
- honoraires supplémentaires pendant un service de garde organisé pour maximum quatre jours de pont par an
- nettoyage prophylactique sous anesthésie générale chez des handicapés physiques ou mentaux.

○ Fonds d'impulsion 2012

Créer un Fonds d'impulsion qui accorderait une prime d'emploi aux praticiens de l'art dentaire qui ont, ou qui embauchent un(e) assistant(e) qualifié(e) pourrait partiellement résoudre le problème lié à la nécessité de maintenir le nombre de praticiens de l'art dentaire. Une proposition sera développée en ce sens avec date d'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, si les ressources disponibles le permettent. Des propositions seront en outre formulées en vue de garder les praticiens de l'art dentaire qui approchent l'âge de la pension plus longtemps au travail. Le soutien à l'installation de praticiens de l'art dentaire dans les zones à faible densité de praticiens de l'art dentaire sera, en outre, examiné.

○ Autres initiatives (sélection à partir de la liste des neufs projets)

Un groupe de travail Conseil technique dentaire et Conseil technique médical examine la problématique de l'ostéite et de l'anesthésie générale dans le secteur des praticiens de l'art dentaire.

L'impact des dispositions du nouveau protocole d'hygiène est évalué. Sur la base de cette évaluation, il y a lieu de mettre en œuvre ces nouvelles dispositions, en plusieurs phases, à partir de 2012, dans la limite des ressources disponibles.

La Commission nationale dento-mutualiste entamera les préparations en vue d'instaurer My-Carenet dans le secteur des praticiens de l'art dentaire, au plus tard dans le courant de 2013.

La Commission prendra, par ailleurs, des initiatives pour formuler des recommandations concernant les radiographies panoramiques.

Elle contribuera également à :

- élaborer le profil du patient à risque
- instaurer des mesures visant à décrire, pour certains groupes à risque (notamment pour les patients ayant un bas niveau socio-économique et un risque élevé de caries), un trajet de soins préventif individuel adapté ou un plan de traitement.

STATUT SOCIAL

L'arrêté royal du 15 décembre 2010 fixe la cotisation annuelle pour instituer un régime d'avantages sociaux pour les praticiens de l'art dentaire à 2.058,08 EUR pour 2010.

La Commission nationale dento-mutualiste propose de fixer le montant, pour 2011, à 2.086,89 EUR et d'envisager une augmentation de ce montant pour 2012.

c. Kinésithérapeutes

CONCOURS DE SÉLECTION

Le 30 octobre 2010, un concours de sélection est, à nouveau, organisé pour déterminer quels sont les kinésithérapeutes récemment diplômés qui peuvent attester des prestations dans un cabinet ou au domicile du patient.

STATUT SOCIAL

L'arrêté royal du 15 décembre 2010 fixe le montant annuel pour l'année 2009 à 1.390,49 EUR. Le Service des soins de santé de l'INAMI verse ce montant dans le cadre du régime des avantages sociaux pour les kinésithérapeutes ; il verse ce montant à chaque kinésithérapeute qui remplit les conditions.

d. Pharmaciens

RÉFORME DE LA RÉTRIBUTION DES PHARMACIENS

La rétribution des pharmaciens travaillant en officine publique a été revue à partir du 1^{er} avril 2010.

La situation antérieure liait directement la marge de délivrance des pharmaciens au prix de vente au public d'un médicament. La révision consiste à répartir la rétribution des pharmaciens en :

- une marge économique qui reste liée au prix ex-usine des médicaments et qui doit couvrir les charges inhérentes à l'activité économique du pharmacien
- des honoraires qui constituent la rétribution des soins pharmaceutiques de base et spécifiques (montants fixes).

La révision a pour but de :

- mettre fin à la marge de distribution antérieure, en raison de l'évolution économique
- revaloriser le rôle du pharmacien vis-à-vis du patient, en liaison avec une reconnaissance accrue d'un suivi pharmaceutique de qualité effectué par les pharmaciens (utilisation correcte des médicaments, compliance thérapeutique). En effet, le pharmacien accompagne de plus en plus souvent les patients pour une utilisation optimale de leurs médicaments.

Les honoraires du pharmacien se composent de trois piliers :

- **Premier pilier**

Il s'agit de la marge économique liée au prix ex-usine, qui couvre les frais liés à l'activité économique du pharmacien. Cette marge économique est comprise dans le prix de vente du médicament.

L'arrêté ministériel du 18 mars 2010 a modifié cette marge, à partir du 1^{er} avril 2010.

- **Deuxième pilier**

L'arrêté royal du 16 mars 2010 fixe l'honoraire de base par délivrance à 3,88 EUR par conditionnement. Ces honoraires de base constituent la rémunération pour des prestations de base et sont compris dans le prix de vente du médicament.

- **Troisième pilier**

L'arrêté royal du 16 mars 2010 fixe les honoraires pour des soins pharmaceutiques spécifiques :

- des honoraires pour "l'accompagnement de la première délivrance" : il s'agit d'un forfait annuel de 500 EUR par pharmacie pour un nombre limité de classes thérapeutiques de médicaments (antibiotiques, antiplaquettaires, anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticoïdes d'inhalation, antidiabétiques oraux). Le pharmacien fournit systématiquement au patient ou à son mandataire une information standardisée lors de la première délivrance d'un médicament remboursable. Il fournit également cette information lorsque cette spécialité pharmaceutique ou une autre spécialité avec le même principe actif, le même dosage et la même forme d'administration, a été délivrée pour la première fois il y a six mois ou plus
- des honoraires pour "l'exécution d'une prescription sous dénomination commune" d'un médicament repris dans le système de remboursement de référence (honoraires de 1,19 EUR par délivrance)
- des honoraires "chapitre IV" pour l'exécution d'une délivrance d'un médicament inscrit au chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et donnant lieu à l'application du tiers payant (honoraires de 1,19 EUR par délivrance).

L'assurance soins de santé prend intégralement en charge les honoraires spécifiques. Ils ne font pas partie du prix de vente du médicament.



Le **prix de vente au public** d'un médicament est composé

- du prix ex-usine
- de la marge du grossiste
- de la marge économique du pharmacien
- de l'honoraire de base
- de la TVA (6%).

Afin de garantir au patient la neutralité financière de la réforme, l'intervention personnelle du bénéficiaire est calculée sur le prix ex-usine des médicaments.

STATUT SOCIAL

L'arrêté royal du 9 décembre 2010 fixe la cotisation annuelle versée par le Service des soins de santé de l'INAMI dans le cadre du régime des avantages sociaux pour les pharmaciens, pour 2009, à 2.575,84 EUR par pharmacien qui remplit les conditions. Le montant de ces cotisations est ramené à :

- 1.931,88 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 28 heures par semaine sur base annuelle, mais moins de 38 heures par semaine sur base annuelle
- 1.287,91 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 19 heures par semaine sur base annuelle, mais moins de 28 heures par semaine sur base annuelle.

e. Financement des organisations professionnelles représentatives

Les arrêtés royaux des 20 et 30 juillet 2010 introduisent, à partir du 1^{er} septembre 2010, pour les logopèdes et pour les pharmaciens, de nouvelles dispositions relatives au financement de leurs organisations professionnelles représentatives.

La prime accordée annuellement se compose :

- d'un montant de base, par organisation professionnelle représentative
- d'un montant complémentaire en fonction du nombre de membres de l'organisation et du pourcentage des dispensateurs conventionnés dans le secteur concerné.

Le montant annuel est financé à charge des frais d'administration de l'INAMI.

Le paiement se fait en deux tranches :

- 75% du montant avant le 31 mars de l'année concernée et en ce qui concerne l'année 2009, en août 2010 (= le mois de la publication de l'arrêté royal au Moniteur belge)
- 25% dans les trois mois après que les comptes annuels pour l'année concernée, approuvée par l'assemblée générale, ont été transmis à l'INAMI.

Le Conseil général peut décider de ne pas verser la dernière tranche si le montant n'a pas été affecté intégralement aux fins visées.

Le montant est composé d'une part d'un montant de base de 80.000 EUR par organisation et d'autre part, d'un montant variable de 25 EUR multiplié par le nombre de membres et par le pourcentage des dispensateurs conventionnés.

f. MRPA ET MRS

L'arrêté royal du 4 mai 2010 modifie le financement des maisons de repos pour personnes âgées et des maisons de repos et de soins à partir du 1^{er} juillet 2010. Les modifications suivantes sont prévues :

- financer le traitement de la démence pour une personne de référence
- exclure du financement les personnes déjà financées en vertu de l'article 22 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI)
- inciter les institutions à élargir à l'ensemble du personnel la formation et la sensibilisation en matière de soins palliatifs et de démence
- fournir des explications sur la formation que les praticiens de l'art infirmier en chef, les paramédicaux en chef et les coordinateurs infirmiers doivent suivre
- prolonger le financement supplémentaire pour le traitement des patients déments de la catégorie A.

3. Prestations

a. Médecins

TISSUS HUMAINS

La loi du 23 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé publique avait déjà prévu l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de délivrance de matériel corporel humain.

L'arrêté royal du 2 juin 2010 définit les modalités de ce remboursement à dater du 1^{er} décembre 2009.

Seul le matériel corporel humain figurant dans la liste annexée à l'arrêté royal du 2 juin 2010 peut donner lieu à une intervention. Cette liste comprend, pour chaque matériel corporel humain :

- les numéros des pseudo-codes de nomenclature utilisés pour la facturation
- la dénomination
- le montant de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'intervention de l'assurance est uniquement octroyée si toutes les formalités requises ont été remplies et si le document de notification a été rédigé et transmis à l'hôpital et à l'O.A.

SANG

L'arrêté royal du 20 avril 2010 modifie les modalités de remboursement du coût du sang humain total et de certains produits sanguins labiles à partir du 24 juillet 2009.

Les produits suivants sont ajoutés à la liste des dérivés sanguins labiles d'origine humaine :

- concentré érythrocytaire déleucocyté – unité autologue
- concentré érythrocytaire déleucocyté irradié
- concentré plaquettaire déleucocyté
- concentré plaquettaire déleucocyté irradié
- concentré plaquettaire déleucocyté pathogènes-réduits.

L'arrêté royal décrit les modalités de l'intervention de l'assurance pour les concentrés érythrocytaires déleucocytés.

Les versions papier des attestations et des attestations récapitulatives sont supprimées; un flux de données numériques les remplace.

NOMENCLATURE

- **Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations**

Médecins spécialistes

Depuis le 1^{er} novembre 2010, l'arrêté royal du 26 août 2010 plafonne la quote-part personnelle des bénéficiaires (sans régime préférentiel) pour toutes les consultations des médecins spécialistes. Le ticket modérateur représente donc actuellement 40% des honoraires non accrédités à concurrence d'un plafond de 15,5 EUR (non indexé).

Spécialiste en médecine interne

Depuis le 1^{er} octobre 2010, l'arrêté royal du 18 août 2010 introduit une nouvelle prestation réservée aux spécialistes en médecine interne et aux spécialistes en médecine interne accrédités pour une consultation "seconde opinion". Cette prestation n'est attestable qu'en cas de renvoi circonstancié motivé par écrit par le médecin spécialiste traitant ou le médecin généraliste traitant.

Médecins généralistes

Les arrêtés royaux du 26 août 2010 entrent en vigueur à partir du 1^{er} novembre 2010. Ils visent à simplifier les prestations des médecins généralistes. Cette simplification implique d'utiliser un même numéro de nomenclature pour les week-ends et les jours fériés, peu importe le lieu où la prestation a été dispensée (au domicile ou dans une institution) et la situation du patient (palliatif ou non) avec ou sans dossier médical global (DMG).

En résumé:

- maintien d'un seul numéro de nomenclature pour les visites pendant le week-end et les jours fériés
- maintien d'un seul numéro pour les visites à un seul bénéficiaire dans une institution
- maintien d'un seul numéro pour les visites à deux ou à plusieurs bénéficiaires
- suppression des numéros spéciaux pour les patients palliatifs.

Il y a lieu toutefois de conserver un numéro spécifique pour les visites effectuées au domicile d'un seul patient parce qu'historiquement, il y a une petite différence en ce qui concerne le ticket modérateur par rapport à celui des visites dans une institution.

○ Prestations générales spéciales

L'arrêté royal du 22 octobre 2011 augmente, à partir du 1^{er} janvier 2011, les recharges d'une pompe anti-douleur de quatre fois par an à six fois par an, mais à un tarif réduit:

- la plupart des recharges utilisées ont une stabilité de moins de 90 jours
- des concentrations plus faibles sont à recommander mais la fréquence doit alors être augmentée
- la population de patients chroniques devant faire appel à cette prestation vit, dans la plupart des cas, d'un revenu de remplacement. Ces patients ne doivent donc pas supporter eux-mêmes les frais d'un certain nombre de recharges.

○ Chirurgie

L'arrêté royal du 4 mars 2010 prévoit une nouvelle prestation dans la nomenclature: le remboursement de la prestation de la fluoroangiographie à partir du 1^{er} mai 2010. Celle-ci permet d'examiner la rétine pour détecter les affections vasculaires, inflammatoires, dégénératives, dystrophiques et malignes. Un grand nombre de ces examens a lieu dans le cadre du diabète.

L'arrêté royal du 31 janvier 2010 insère une nouvelle prestation dans la section "chirurgie du thorax". Elle permet d'attester également, à partir du 1^{er} avril 2010, l'évidement ganglionnaire de l'aisselle d'une autre tumeur que la tumeur du sein.

L'arrêté royal du 21 décembre 2009 insère, à partir du 1^{er} avril 2010, l'HIPEC (Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy - chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique), méthode de traitement d'une carcinomatose péritonéale, dans la section "chirurgie abdominale" de la nomenclature.

L'arrêté royal du 17 décembre 2009 insère au 1^{er} mars 2010, des nouvelles prestations permettant le remboursement du placement et de l'enlèvement de l'équipement nécessaire pour installer une ECMO (extracorporeale membrane oxygenation - oxygénation extracorporelle de membrane).

 L'ECMO est une technique spécifique apportant une assistance tant pulmonaire que cardiaque au patient souffrant d'une insuffisance respiratoire et/ou cardiaque sévère.

L'arrêté royal du 22 octobre 2010 insère dans la nomenclature, depuis le 1^{er} janvier 2011, une nouvelle prestation pour la pose d'un stent dans les voies lacrymales.

○ **Traitement de l'obésité**

L'arrêté royal du 13 juin 2010 élargit les conditions de remboursement de la chirurgie bariatrique à partir du 1^{er} septembre 2010. Dans la réglementation actuelle, les patients doivent avoir un indice de masse corporelle (IMC) de ≥ 40 ou pour les diabétiques, un IMC de ≥ 35 . La limite inférieure de l'IMC ≥ 35 est étendue aux patients qui présentent une des caractéristiques suivantes :

- hypertension résistant à une thérapie
- syndrome d'apnées du sommeil
- ayant déjà subi une intervention bariatrique et ne désirant pas, en raison de complications ou de résultats insuffisants, subir une nouvelle intervention bariatrique.

Cette mesure de l'IMC a lieu au moment de la détermination des indications en concertation multidisciplinaire.

○ **Gynécologie**

L'arrêté royal du 6 avril 2010 ajoute, à partir du 1^{er} juin 2010, une prestation complémentaire d'échographie complète réservée aux gynécologues, pour des échographies en dehors de la surveillance de la grossesse.

○ **Imagerie médicale**

L'arrêté royal du 2 juin 2010 modifie les articles 17 et 17ter de la nomenclature à dater du 1^{er} août 2010. Une prestation "densitométrie osseuse" est ajoutée dans ces deux articles. Cet examen peut être répété tous les cinq ans. Le remboursement des médicaments pour lutter contre l'ostéoporose est subordonné aux résultats de cette densitométrie osseuse.

L'arrêté royal du 17 décembre 2009 insère une nouvelle prestation à l'article 17quater de la nomenclature, à partir du 1^{er} mars 2010, par laquelle les gastroentérologues, internistes généralistes, gériatres et pédiatres peuvent attester "des échographies pour l'examen abdominal total".

○ **Médecine interne**

À partir du 1^{er} mars 2010, l'arrêté royal du 17 décembre 2009 insère une nouvelle prestation dans la nomenclature ; elle se rapporte au remboursement de la plasmaphérèse ou de la cyta-phérèse au moyen d'un séparateur de cellules.

L'article 20 de la nomenclature est restructuré à la suite de la modification des règles de connexité. L'objectif sous-jacent est de répartir les différentes prestations entre différentes catégories :

- les prestations que tous les médecins spécialistes peuvent attester (regroupées dans l'article 11 de la nomenclature)
- les prestations que différentes catégories de médecins spécialistes peuvent attester
- les prestations que, vu leur degré de complexité élevé, seule une catégorie spécifique de médecins spécialistes peut attester.

○ **Transplantation hématologique**

Les modifications de l'arrêté royal du 18 août 2010 concernent la transplantation de cellules souches hématopoïétiques et le registre national des candidats donneurs de moelle osseuse. Elles entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2010 et prévoient :

- d'instaurer un nouveau forfait de coordination pour des donneurs non apparentés, dont les frais d'enregistrement et de sélection de ces donneurs sont ajoutés aux honoraires
- d'ajouter un montant forfaitaire supplémentaire au forfait de coordination pour les tests complémentaires et le typage confirmatif.

○ **Gériatrie**

Dans le prolongement de l'agrément du médecin spécialiste en gériatrie, l'arrêté royal du 17 décembre 2010 apporte, depuis le 1^{er} mars 2010, une série de modifications aux articles 20 et 25 de la nomenclature, de sorte que le médecin spécialiste en gériatrie bénéficie également du remboursement d'une série de prestations.

L'arrêté royal du 22 octobre 2010 supprime la limitation à une fois par an de la prestation "évaluation gériatrique pluridisciplinaire avec rapport par le médecin spécialiste en gériatrie", à partir du 1^{er} février 2011.

○ **Oncologie**

L'arrêté royal du 18 décembre 2010 adapte la nomenclature, à partir du 7 février 2010, pour revaloriser les oncologues, hématologues et endocrinologues médicaux :

- six nouvelles prestations sont insérées pour les consultations spécifiques du médecin spécialiste en oncologie médicale, du médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en hématologie et du médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en hématologie pédiatrique et en oncologie
- les honoraires pour la consultation du médecin accrédité spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie sont augmentés
- les honoraires de coordination sont insérés, à porter en compte par le médecin oncologue pour les patients séjournant en hôpital de jour pour y recevoir un traitement médicamenteux anti-tumoral
- deux honoraires supplémentaires sont insérés dans le cadre de la consultation oncologique multidisciplinaire.

L'arrêté royal du 18 août 2010 apporte plusieurs modifications à la nomenclature ; elles entrent en vigueur à partir du 1^{er} novembre 2010. Elles concernent les médecins spécialistes, les généralistes agréés et les médecins ayant des droits acquis et prévoient :

- de modifier les libellés et les règles d'application concernant la consultation oncologique multidisciplinaire (COM)
- d'insérer une nouvelle prestation : une consultation de suivi et une éventuelle consultation supplémentaire dans un autre hôpital
- d'insérer une nouvelle prestation : explication au patient du diagnostic et de la proposition d'examens complémentaires, d'un suivi et d'un plan de traitement selon le rapport de la consultation oncologique multidisciplinaire précédente pendant une concertation séparée avec le patient.

◦ **Dermato-vénérologie**

L'arrêté royal du 17 décembre 2009 insère, à partir du 1^{er} mars 2010, une nouvelle prestation pour le traitement par les dermatologues de lésions cutanées (pré)néoplastiques au moyen d'une source lumineuse et d'un photosensibilisateur.

L'arrêté royal du 31 janvier 2010 accorde dans la section d'allergologie, un remboursement majoré pour les prestations relatives au dépistage des allergènes (les "patch tests"), à partir du 1^{er} avril 2010.

◦ **Biologie clinique**

L'arrêté royal du 17 décembre 2009 insère, à partir du 1^{er} mars 2010, un test de dépistage des antigènes *Helicobacter pylori* dans les matières fécales pour le diagnostic et le suivi des affections du système digestif dans la nomenclature.

En matière de biologie clinique, des mesures d'économie ont entraîné, à partir du 1^{er} novembre 2010, les modifications suivantes de l'arrêté royal du 26 août 2010 :

- abrogation des prestations obsolètes
- diminution de la valeur de la lettre-clé B de certaines prestations qui sont moins onéreuses surtout grâce à l'automatisation croissante
- instauration des règles de cumul strictes pour différentes analyses afin de pouvoir contrôler et limiter les conséquences des prescriptions non justifiables en vertu des directives
- instauration des règles diagnostiques claires afin de limiter certaines prestations.

À partir du 1^{er} février 2011, l'arrêté royal du 22 octobre 2010 insère dans la nomenclature deux nouvelles prestations remboursables pour le suivi thérapeutique du cancer de la prostate :

- une prestation pour le screening classique des hommes à partir de 50 ans
- une prestation pour le screening des hommes qui ont des antécédents familiaux de cancer de la prostate et qui ont été diagnostiqués avant l'âge de 65 ans, ce screening pouvant être effectué à partir de 40 ans.

◦ **Tests de biologie moléculaire sur du matériel génétique humain**

Comme le libellé des règles diagnostiques donnait lieu à différentes interprétations, l'arrêté royal du 4 mai 2010 revoit le texte de l'article 33bis de la nomenclature ; il entre en vigueur le 1^{er} août 2010.

En outre, le 1^{er} août 2010, l'arrêté royal du 2 juin 2010 ajoute une nouvelle prestation à l'article 33bis de la nomenclature. Il s'agit du test JAK2 de dépistage du syndrome myéloprolifératif.

o Radiologie

L'arrêté royal du 14 juillet 2010 apporte des modifications au CT-scan; elles entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2010.

Trois codes de nomenclature séparés ont été créés pour la prestation CT de la zone cou-gorge, du thorax et de l'abdomen. Auparavant, il n'y avait qu'un seul numéro de nomenclature pour toutes ces zones. Par ailleurs, les honoraires diminuent de 175% si deux ou trois de ces prestations doivent être effectuées simultanément sur le même patient.

L'arrêté royal du 22 octobre 2010 modifie les prestations relatives à l'examen duplex couleur des vaisseaux sanguins dans les membres inférieurs, à partir du 1^{er} février 2011.

b. Praticiens de l'art dentaire

NOMENCLATURE

À partir du 1^{er} juin 2010, l'arrêté royal du 18 avril 2010 apporte les modifications suivantes aux articles 5 et 6 de la nomenclature :

- o la détermination de l'index parodontal (DPSI) ne peut être cumulée qu'avec un examen semestriel, les radiographies et la consultation, et non avec les scellements de fissures et de puits
- o l'adaptation de ce qu'il convient de noter dans le cadre de l'examen buccal annuel
- o pour chaque obturation de cavités et la restauration de la rubrique "soins conservateurs", le matériel d'obturation doit être placé directement et durcir principalement dans la bouche (méthode directe).

Le 1^{er} juin 2010, l'arrêté royal du 18 avril 2010 modifie l'article 5, § 2, de la nomenclature :

- o augmentation de la limite d'âge de 5 ans - jusqu'au 45^e anniversaire de l'intéressé - pour le détartrage sous gingival. Les praticiens de l'art dentaire peuvent désormais attester cette prestation du 18^e au 45^e anniversaire du bénéficiaire
- o les limites d'âge pour les extractions et les sutures de plaies y afférentes sont abaissées de 5 ans. Il est désormais possible d'attester des extractions et les honoraires supplémentaires pour suture de plaie à partir du 55^e anniversaire des bénéficiaires.

c. Kinésithérapeutes

ARTICLE 7 DE LA NOMENCLATURE

L'arrêté royal du 22 juillet 2010 modifie l'article 7 de la nomenclature à partir du 1^{er} septembre 2010. Outre des adaptations techniques qui précisent les règles d'application et les rendent plus cohérentes, les prestations remboursables suivantes sont introduites :

- o nouvelles prestations dans la "liste Fb" pour 20 séances après les 60 premières séances de l'année civile, avec un niveau de remboursement spécifique
- o nouvelles prestations de 45 minutes dans des situations subaiguës après le séjour du bénéficiaire en hôpital ou en centre de réhabilitation pour certaines pathologies de la "liste-E"
- o nouvelles prestations qui atteignent une durée de 60 minutes minimum et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement au même jour dans les situations de surinfection broncho-pulmonaire pour certaines pathologies de la "liste-E".

DIMINUTION DE L'INTERVENTION PERSONNELLE

L'arrêté royal du 18 avril 2010 diminue, à partir du 1^{er} janvier 2010, les tickets modérateurs pour les prestations dont les honoraires ont augmenté au 1^{er} janvier 2009. Cela signifie que, dans presque tous les cas, cette augmentation n'entraîne plus de surcoût pour le patient. Il s'agit entre autres des grandes séances individuelles de kinésithérapie ayant une durée globale de 20, 30, 60 et 120 minutes, pour les affections courantes "des listes F" et de la "liste E".

d. Accoucheuses

L'arrêté royal du 19 mai 2010 modifie l'article 9, a), de la nomenclature comme suit, à dater du 1^{er} juillet 2010 :

- prestation "Surveillance et exécution de l'accouchement par une accoucheuse à une patiente hospitalisée" : une distinction est établie entre "jour ouvrable" et "week end ou jour férié", en ajoutant la prestation "Surveillance et exécution de l'accouchement par une accoucheuse durant le week-end ou un jour férié" (revalorisation de l'honoraire de 50% par rapport à la prestation effectuée un jour ouvrable)
- extension des consultations relatives à l'allaitement à tous les "settings" ambulatoires si bien qu'elles ne se limitent plus aux prestations effectuées au domicile de la patiente.

e. Bandagistes

Le système de location de voiturettes dans les MRPA et les MRS est d'application depuis le 1^{er} septembre 2007.

À partir du 1^{er} janvier 2011, l'arrêté royal du 26 septembre 2010 modifie la réglementation comme suit :

- conserver le numéro de série pour les voiturettes délivrées selon les règles de la nomenclature classique
- élargir le nombre de données conservées par le bandagiste pour les voiturettes délivrées dans le cadre du système de location
- créer une banque de données pour le suivi des voiturettes louées et évaluer le système de location.

f. Implants

NOTIFICATION

L'arrêté royal du 1^{er} mars 2009 définit la procédure de notification des implants et des dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme. Cette notification se déroule en plusieurs phases. Lors de la première phase, les firmes pouvaient notifier leurs produits via une application en ligne. Elles disposaient pour ce faire d'un délai d'un an, soit jusqu'au 30 avril 2010.

Depuis le 1^{er} août 2010, les coûts d'implants non notifiés n'entrent plus en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire et ne peuvent pas non plus être portés en charge aux bénéficiaires. La date avait initialement été fixée au 1^{er} mai 2010 ; l'arrêté royal du 26 avril 2010 a prolongé le délai de trois mois pour permettre aux hôpitaux d'adapter leurs systèmes informatiques et les instructions correspondantes sur la facturation en fonction de ces notifications.

NOMENCLATURE

• Orthopédie et traumatologie

Au 1^{er} mars 2010, l'arrêté royal du 9 décembre 2009 apporte trois modifications au chapitre des "prothèses articulaires", et plus particulièrement en ce qui concerne :

- le matériel de cerclage
- la nomenclature des prothèses du genou
- le ciment utilisé pour la mise en place de prothèses de la cheville.

L'arrêté royal du 26 janvier 2010 déplace les prestations se rapportant à la masse osseuse de la face de l'article 28 à l'article 35 de la nomenclature, à partir du 1^{er} mai 2010. En outre, l'arrêté royal ajoute de nouvelles prestations.

L'arrêté royal du 3 septembre 2010 transfère les prestations se rapportant à la nomenclature des implants utilisés en traumatologie de l'article 28 à l'article 35, à partir du 1^{er} novembre 2010.

L'arrêté royal du 15 novembre 2010 modifie la nomenclature des implants pour la colonne vertébrale à partir du 1^{er} février 2011 :

- transfert des prestations de l'article 28 vers l'article 35 de la nomenclature
- ajout de nouvelles prestations dans l'article 35.

○ **Ophthalmologie**

L'arrêté royal du 9 décembre 2009 inscrit les lentilles toriques à l'article 35 de la nomenclature, à partir du 1^{er} mars 2010.

○ **Neurochirurgie**

L'arrêté royal du 9 décembre 2010 insère les prestations se rapportant au remboursement d'électrodes pour la localisation de l'épilepsie réfractaire à la date du 1^{er} mars 2010.

L'arrêté royal du 13 juin 2010 apporte, à partir du 1^{er} août 2010, des adaptations à l'article 35 de la nomenclature concernant les pompes implantables. En outre, il ajoute des prestations pour les pompes de remplacement et les accessoires.

○ **Otorhinolaryngologie**

L'arrêté royal du 19 janvier 2010 transfère les prestations relatives aux filtres et valves pour les patients laryngectomisés dans une autre catégorie, depuis le 1^{er} mai 2010. Le remboursement de ces prestations sera forfaitaire sans liste.

○ **Chirurgie abdominale et pathologie du système digestif**

L'arrêté royal du 19 janvier 2010 insère une nouvelle prestation depuis le 1^{er} avril 2010 à l'article 35bis, se rapportant au matériel pour l'HIPEC.

○ **Chirurgie du thorax et cardiologie**

L'arrêté royal du 3 septembre 2010 modifie le libellé des cathéters à thermodilution à partir du 1^{er} novembre 2010 et ajoute tous les accessoires pour les mesures. Auparavant, ces accessoires risquaient d'être attestés séparément.

À partir du 1^{er} décembre 2010, l'arrêté royal du 3 septembre 2010 modifie la nomenclature des stimulateurs cardiaques comme suit :

- Le responsable du programme de soins P est coresponsable de la fixation des indications et doit cosigner le formulaire d'enregistrement standardisé concernant les stimulateurs cardiaques.
- Une garantie de six ans est prévue pour les dispositifs figurant dans la liste limitative : une garantie totale de quatre ans, et pour les deux années suivantes, une garantie au prorata. La firme qui a fourni le dispositif original doit respecter les conditions de garantie, peu importe si cette firme a ou non délivré le stimulateur cardiaque de remplacement.

- La raison du remplacement d'un stimulateur cardiaque au bout de six ans doit être mentionnée. Les données concernant le statut des batteries doivent également figurer dans le dossier.
 - Le dossier du patient doit contenir une copie de l'électrocardiogramme (ECG) justifiant l'indication pour le premier implant.
- **Gynécologie, chirurgie plastique et reconstructive**

L'arrêté royal du 22 avril 2010 étend, à la date du 1^{er} juillet 2010, les conditions à remplir pour bénéficier d'un remboursement de l'anse pour l'ablation endoscopique de tissu obstructif et de tumeurs du tractus urogénital

Intervention personnelle

L'arrêté royal du 22 avril 2010 fixe l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le prix de certaines prestations de l'article 35bis de la nomenclature à la date du 1^{er} juillet 2010.

g. Orthopédistes

La règle interprétative du 14 décembre 2009 de l'article 29 de la nomenclature précise, à partir du 12 janvier 2010, la situation relative au dispositif "computer controlled motion" (CCM). Elle permet d'éviter que ce dispositif soit porté en compte à l'assurance soins de santé.

 Le CCM est un dispositif utilisé pendant les sessions de rééducation en combinaison avec une orthèse.

h. Opticiens

Le règlement du 21 décembre 2009 adapte, au 1^{er} mars 2010, le formulaire de délivrance destiné aux opticiens.

Il ajoute :

- une colonne "supplément pour le patient"
- des dispositions par lesquelles le bénéficiaire doit certifier avoir été clairement informé par l'opticien
 - qu'il doit payer un montant total, entièrement à sa charge
 - qu'il peut recevoir des verres de bonne qualité optique au tarif du remboursement.

i. Prestations de rééducation fonctionnelle

TRAJETS DE SOINS

L'arrêté royal du 22 octobre 2010 prévoit des mesures accompagnatrices en vue de l'application des trajets de soins. Elles sont applicables à partir du 1^{er} juin 2009 :

- Les patients avec un trajet de soins auront accès aux prestations de diététique et de podologie.
- Les prestations d'éducation en matière de diabète seront également accessibles aux patients avec un trajet de soins.
- Les éducateurs en diabétologie peuvent se faire agréer. Les diététiciens, les podologues et les kinésithérapeutes entrent en ligne de compte pour un agrément.

 Une procédure distincte est prévue pour l'agrément des praticiens de l'art infirmier, en dehors du cadre de la nomenclature de rééducation fonctionnelle.



Une procédure distincte est prévue pour les pharmaciens, en dehors du cadre de la nomenclature de rééducation fonctionnelle.

- Des fournisseurs qui ne sont pas pharmaciens peuvent également fournir et porter en compte le matériel d'autogestion tel que le matériel de contrôle de la glycémie et le tensiomètre.
- Les patients diabétiques qui n'ont pas conclu un trajet de soins peuvent parfois aussi recevoir un remboursement pour le matériel de contrôle de la glycémie.
- Les fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmaciens (par exemple, des associations de patients diabétiques, des boutiques de soins à domicile ou des médiathèques) ne peuvent être agréés que s'ils remplissent les conditions de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.
- Les indications pour les prestations de podologie sont élargies. Ces prestations jouent un rôle important dans la prévention de complications médicales onéreuses, d'amputations et de perte d'autonomie.

L'arrêté royal du 31 janvier 2010 rend possible l'intervention dans les frais d'éducation de patients diabétiques et de matériel d'autogestion via le régime du tiers payant. Cette adaptation se fera également de manière rétroactive à partir du 1^{er} juin 2009, en même temps que l'entrée en vigueur de la réglementation des trajets de soins.

ERGOTHÉRAPIE APRES UNE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE LOCOMOTRICE

À partir du 25 décembre 2010, l'arrêté royal du 19 novembre 2010 introduit, dans la nomenclature de rééducation fonctionnelle, un remboursement des prestations d'ergothérapie effectuées par des ergothérapeutes.

○ Prestations d'ergothérapie

Les prestations d'ergothérapie peuvent être effectuées pour des bénéficiaires ayant achevé un programme de rééducation fonctionnelle, locomotrice ou neurologique, dans un centre conventionné. Pour ces patients, l'ergothérapie peut consolider les acquis de la rééducation fonctionnelle et favoriser leur insertion.

Les prestations doivent être effectuées dans le cadre de vie du patient. Le médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle du centre où le bénéficiaire a suivi un programme complet de rééducation fonctionnelle doit prescrire les prestations. Celles-ci doivent être effectuées dans les six mois suivant la fin du programme complet de rééducation fonctionnelle.

Une notification au médecin-conseil et un bilan fonctionnel final sont prévus.

○ Ergothérapeutes

Le Service des soins de santé de l'INAMI délivre l'agrément des ergothérapeutes, jusqu'à ce que le SPF Santé publique reconnaisse la profession d'ergothérapeute. L'ergothérapeute introduit sa demande d'agrément auprès du Fonctionnaire dirigeant du Service.

La demande d'agrément comprend :

- une copie du diplôme d'ergothérapeute
- l'engagement d'attester les prestations telles que fixées dans la nomenclature
- l'engagement d'appliquer les honoraires de la nomenclature.

○ Régime du tiers payant

L'arrêté royal du 15 novembre 2010 prévoit que les prestations d'ergothérapie effectuées pour les patients ayant achevé un programme de rééducation fonctionnelle, locomotrice ou neurologique, dans un centre conventionné, sont remboursables via le régime du tiers payant.

j. Secteur pharmaceutique

CONDITIONNEMENTS PUBLICS

L'arrêté royal du 19 mai 2010 supprime l'obligation de mentionner l'intervention personnelle sur le conditionnement public. Les patients ne sont pas moins bien informés pour autant : grâce au ticket de caisse, notamment, ils disposent d'informations claires, complètes et correctes sur le prix de vente au public et la quote part personnelle pour les médicaments délivrés.

CONDITIONNEMENT

À partir du 17 juillet 2010, les conditionnements publics des spécialités pharmaceutiques ne doivent plus mentionner l'intervention personnelle des bénéficiaires (arrêté royal du 22 juin 2010). De fréquents changements des remboursements nécessitaient à chaque fois une réimpression des conditionnements. Mais supprimer cette obligation ne dispense pas d'informer le patient.

RECOMMANDATIONS POUR LES INHIBITEURS DE POMPES A PROTONS

La Commission de remboursement des médicaments (CRM) a revu, à partir du 1^{er} septembre 2010, les recommandations en cas d'utilisation et de prescription d'inhibiteurs de pompes à proton (IPP).

La CRM recommande les prescriptions suivantes :

- En cas de reflux gastro-œsophagien et d'œsophagite, la CRM recommande de prescrire un IPP lorsque la situation clinique l'exige, à la place d'un traitement continu
- En cas de reflux gastro-œsophagien, une endoscopie ne doit plus être effectuée dans un délai déterminé. Les recommandations mentionnent toutefois quelques exemples typiques où une endoscopie est encore nécessaire.

Les éléments que le médecin doit conserver dans le dossier médical sont simplifiés.

RECOMMANDATIONS POUR LES STATINES

La CRM a également revu, à partir du 1^{er} septembre 2010, les recommandations en cas d'utilisation et de prescription de statines.

La CRM recommande de prescrire comme premier traitement, soit la simvastatine, soit la pravastatine :

- toujours en prévention primaire
- la plupart du temps en prévention secondaire
- la plupart du temps en cas de diabète.

Les éléments que le médecin doit conserver dans le dossier médical sont simplifiés.

k. Soins à domicile - Trajets de soins

Un septième avenant à la convention nationale entre les praticiens de l'art infirmier et les O.A. apporte, à partir du 1^{er} janvier 2011, quelques modifications relatives aux prestations de praticiens de l'art infirmier dans le cadre de trajets de soins pour les patients souffrant du diabète sucré de type 2. Ces modifications permettent un accès plus rapide à l'éducation de suivi ou à l'éducation en cas de problème. Ils apportent aussi une clarification sur le terrain par une harmonisation d'autres réglementations concernant les trajets de soins.

III. Assurance indemnités

1. Modifications sur le plan de la charge de famille

Dans l'assurance indemnités, jusqu'au 1^{er} janvier 2010, deux seuils de revenus (montants mensuels) déterminaient si un titulaire en incapacité de travail pouvait être indemnisé au même titre

- qu'un titulaire ayant charge de famille
- qu'un titulaire isolé ou un titulaire cohabitant.

Ces montants sont indexés et s'élèvent au 1^{er} janvier 2010, respectivement à 805,06 EUR et à 1.387,49 EUR.

Si le partenaire d'un titulaire en incapacité de travail perçoit un revenu mensuel inférieur ou égal au 1^{er} seuil, l'intéressé peut prétendre à une indemnité avec charge de famille. Pour le revenu de ce seuil, tant le revenu professionnel que le revenu de remplacement est pris en compte.

Si le partenaire d'un titulaire en incapacité de travail perçoit un revenu mensuel se situant entre le 1^{er} et le 2^e seuil, le bénéficiaire peut prétendre à une indemnité comme isolé. Pour le revenu de ce seuil, il n'est tenu compte que d'un revenu professionnel ou d'un revenu de remplacement perçu en même temps qu'un revenu de remplacement.

Il en résulte qu'un titulaire en incapacité de travail cohabitant avec un partenaire ne percevant qu'un revenu de remplacement supérieur au seuil le plus bas (805,06 EUR), tombe immédiatement d'une indemnité avec charge de famille à une indemnité comme cohabitant(e), ce qui entraîne une perte de revenus importante pour l'intéressé.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, l'arrêté royal du 22 février 2010 a prévu d'insérer dans l'assurance indemnités, une solution pour un troisième seuil. Il s'agit également d'un montant mensuel indexé et qui s'élevait à 930 EUR au 1^{er} janvier 2010. Grâce à l'insertion du nouveau seuil de revenus, le titulaire en incapacité de travail cohabitant avec un partenaire percevant un revenu de remplacement se situant entre le 1^{er} seuil de 805,06 EUR et le nouveau seuil de 930 EUR, peut prétendre à une indemnité comme isolé.

En outre, l'arrêté royal du 31 janvier 2010 fixe le cas suivant: si le revenu perçu par la personne cohabitante venait à dépasser le montant du seuil applicable, uniquement suite à une mesure de revalorisation dans le cadre de la loi relative au pacte de solidarité entre les générations, il n'en serait pas tenu compte pour déterminer la catégorie d'indemnités. En d'autres mots, le titulaire maintient sa qualité antérieure, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation. Cette disposition a pris effet au 1^{er} janvier 2009.

2. Travailleur salarié avec personne à charge

L'arrêté royal du 13 juin 2010 prolonge la mesure transitoire de l'article 225, § 5, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 jusqu'au 31 décembre 2010. En vertu de cette mesure, le titulaire en incapacité de travail conserve la qualité de titulaire avec personne à charge à partir du 1^{er} janvier 2006, si les revenus de la personne à charge dépassent le plafond lui permettant d'être encore considéré comme personne à charge uniquement à la suite de l'augmentation du montant des indemnités d'invalidité en vertu de l'arrêté royal du 23 décembre 2005. Le titulaire en incapacité de travail doit cependant toujours remplir la condition de se trouver encore dans la même situation.

3. Reconnaissance de l'incapacité de travail

Suite à la réglementation européenne, le règlement du 17 novembre 2010 insère deux ajouts importants concernant la reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil dans le Règlement du 16 avril 1997. Ces ajouts s'appliquent aux personnes relevant du champ d'application des Règlements (C.E.) n° 883/2004 du 29 avril 2004, et n° 987/2009 du 16 septembre 2009.

a. Décisions médicales en cas de début ou de prolongation de l'incapacité de travail

Si au moment de son entrée en incapacité de travail, le titulaire séjourne ou habite dans un État membre de l'Union européenne autre que la Belgique, et qu'il a déclaré son incapacité de travail, le médecin-conseil communique sa décision à l'aide d'un formulaire conforme aux nouveaux modèles. Il utilise ce nouveau formulaire en cas de décision reconnaissant l'incapacité de travail ou ne reconnaissant pas l'incapacité de travail.

b. Fin de l'incapacité

Si au moment de son entrée en incapacité de travail, le titulaire séjourne ou habite dans un État membre de l'Union européenne autre que la Belgique, le médecin-conseil peut, sans procéder à un examen médical préalable, mettre fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail.

Le médecin conseil peut le faire à partir de la date de fin de l'incapacité mentionnée sur l'attestation d'incapacité de travail établie par le médecin traitant de l'État du lieu de séjour ou de résidence, ou par l'organe compétent du lieu de séjour ou de résidence.

4. Régularisation suite à une reprise d'activité non autorisée

L'article 101 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI) prévoit une procédure de régularisation de la situation du titulaire reconnu en incapacité de travail qui a repris une activité sans l'autorisation préalable du médecin-conseil, ou qui n'a pas respecté les conditions liées à l'autorisation.

L'arrêté royal du 12 décembre 2010 modifie les modalités de régularisation à partir du 31 décembre 2010.

À partir de cette date, la possibilité de régulariser, sur le plan médical, la situation passée sera supprimée. Le titulaire reconnu en incapacité de travail qui a exercé une activité sans autorisation préalable du médecin-conseil doit toutefois encore subir un examen médical, mais cet examen porte uniquement sur l'évaluation de l'incapacité au moment de l'examen, et après cet examen.

Le délai dans lequel cet examen médical doit avoir lieu est fixé à 30 jours ouvrables. Ce délai court à partir de la date à laquelle l'organisme assureur (O.A.) a constaté l'activité non autorisée ou à partir de la date à laquelle la constatation a été communiquée à l'O.A.

La décision de fin de la reconnaissance doit être notifiée dans les mêmes délais que ceux actuellement applicables pour les décisions de fin d'incapacité de travail (incapacité de travail primaire et invalidité) :

- en période d'incapacité de travail primaire, la décision de fin de reconnaissance de l'incapacité de travail est communiquée à l'assuré immédiatement après l'examen médical ou lui est notifiée, sans délai, par lettre recommandée (s'il refuse de signer l'accusé de réception)
- en période d'invalidité, la décision de fin d'incapacité de travail est notifiée dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de la décision.

5. Assurabilité : jours de congé pour soins d'accueil

L'arrêté royal du 15 octobre 2010 assimile, à partir du 23 novembre 2008, les jours de congé pour l'accueil d'un enfant aux jours de travail pris en considération pour le calcul du stage qu'il faut parcourir avant de pouvoir faire valoir le droit aux indemnités.

6. Prime de rattrapage

À partir du 1^{er} mai 2010, l'arrêté royal du 2 juin 2011 instaure une prime de rattrapage pour les invalides de longue durée. Elle est versée une fois par an, au mois de mai.

7. Écartement du travail des travailleuses enceintes

Le 1^{er} janvier 2010, la compétence en matière d'intervention financière en cas d'écartement du travail lié à un risque de maladie professionnelle a été transférée du Fonds des maladies professionnelles au secteur de l'assurance indemnités.

En cas d'écartement total du travail, la travailleuse enceinte reçoit de sa mutualité une indemnité équivalente à 78,237% du salaire journalier moyen (plafonné). Elle a droit à cette indemnité à partir du premier jour d'écartement jusqu'à la sixième semaine (ou la huitième semaine en cas de naissances multiples) précédant la date présumée de l'accouchement. Cette mesure s'applique à tous les cas d'écartement du travail qui prennent cours à partir du 1^{er} janvier 2010.

En cas d'écartement total après la période de repos de maternité, la travailleuse perçoit une indemnité correspondant à 60% du salaire journalier moyen (plafonné). Cette disposition de l'arrêté royal du 18 avril 2010 concerne les travailleuses qui ont accouché ou qui allaitent.

8. Travailleurs indépendants

a. Repos de maternité pour les travailleuses indépendantes

L'arrêté royal du 21 février 2010 a modifié l'arrêté royal du 20 juillet 1971 en matière de repos de maternité. Les nouvelles dispositions ont pris effet au 1^{er} janvier 2010 et peuvent se résumer comme suit :

- La titulaire peut demander de prolonger la période de repos de maternité lorsque l'enfant nouveau-né doit rester hospitalisé plus de sept jours à compter de sa naissance. Dans ce cas, la période de repos de maternité est prolongée d'une durée égale au nombre de semaines complètes d'hospitalisation de l'enfant qui excède ces sept premiers jours. La durée de cette prolongation ne peut toutefois dépasser 24 semaines
- Lorsque la titulaire prend son repos postnatal facultatif (de manière fractionnée ou non), il est possible qu'il y ait une indexation entre les périodes successives. Pour résoudre cela, le montant de l'allocation de maternité est adapté le premier jour de chaque semaine du repos de maternité
- L'allocation de maternité est payée désormais au plus tard un mois après la dernière semaine de chaque période (non interrompue) de repos prise
- En cas de décès de la mère, l'allocation est encore due pendant toute la semaine au cours de laquelle le décès a eu lieu. Ces semaines du repos de maternité non encore épuisées, peuvent être transférées au titulaire/à la titulaire travailleur (travailleuse) indépendant(e) qui accueille l'enfant dans son ménage après le décès de la mère.

b. Réadaptation professionnelle des travailleurs indépendants

L'arrêté royal du 10 janvier 2010 a modifié l'arrêté royal du 20 juillet 1971 en matière de réadaptation professionnelle afin qu'il corresponde aux dispositions de la loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle. Les nouvelles dispositions sont d'application depuis le 1^{er} juillet 2009 et peuvent se résumer comme suit :

- Pour l'évaluation de l'état d'incapacité de travail, il est tenu compte des compétences professionnelles acquises lors d'un programme de réadaptation professionnelle au terme d'une période de six mois prenant cours à l'expiration du mois pendant lequel ce programme a été achevé
- Les titulaires conservent le taux d'incapacité de travail requis pendant la période du programme de revalidation approuvé par le Collège des médecins-directeurs ou du programme de réadaptation professionnelle approuvé par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité. Il s'agit en l'occurrence d'une adaptation purement formelle
- La disposition selon laquelle les indemnités sont réduites de 10% aussi longtemps que le (la) titulaire refuse de suivre un programme de réadaptation professionnelle, est supprimée.

IV. Evaluation et contrôle médicaux

La loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses a inséré un article 77quater dans la loi SSI. Cette disposition oblige les pharmaciens d'encoder le code-barres unique à chaque fois qu'ils délivrent des médicaments remboursables et de le communiquer aux Offices de tarification (O.T.). Ils doivent, en outre, identifier les prescriptions rédigées sous la dénomination commune internationale (DCI).

La même loi modifie aussi l'article 150 de la loi SSI . Les personnes physiques ou morales qui possèdent des informations ou des documents dont les inspecteurs et les contrôleurs ont besoin pour remplir leur mission sont également tenues de collaborer. Les O.T. sont aussi ajoutés à la liste des personnes ou des organismes qui doivent communiquer à l'INAMI les données ou les documents auxquels le Service d'évaluation et contrôle médicaux (SECM) a accès.

Vu la réorganisation du Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI, les contrôleurs sociaux du SECM font désormais partie du SCA.

V. Contrôle administratif

Afin de lutter contre la fraude sociale, la loi du 19 mai 2010 prend certaines mesures pour optimiser le fonctionnement du Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI et actualiser les sanctions administratives.

1. Commission technique

Le comité du SCA n'existe plus. C'est maintenant le Comité général de gestion qui donne ses directives au Service du contrôle administratif. Une Commission technique a été créée. Ces réformes structurelles figurent dans les articles 160 et 161 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI).

La Commission technique se compose de représentants des organismes assureurs (O.A.) et du SCA. Le fonctionnaire dirigeant du SCA ou un fonctionnaire désigné par lui préside cette Commission technique.

Elle a notamment pour mission :

- de veiller à ce que la réglementation relative au contrôle administratif soit claire et efficace. Pour ce faire, elle formule des avis et éventuellement des propositions de modification de la législation
- d'analyser et d'émettre des avis et des propositions concernant les rapports sur les constatations faites par le SCA lors de ses différents contrôles
- de formuler des avis sur la gestion des flux de données, sur des preuves, sur le contrôle systématique de l'accessibilité financière et administrative à l'assurance, ainsi que sur l'archivage et la conservation des documents.

2. Sanctions



Les **sanctions administratives** servent à imposer le respect des lois, règlements et instructions.

Une attitude purement répressive n'est cependant pas toujours indiquée car elle n'est pas nécessairement le moyen le plus efficace pour rectifier une situation inadéquate.

Le cas échéant, il sera plus efficace de donner un avertissement ou d'accorder un délai pour rectifier la situation plutôt que d'infliger une amende à un O.A. pour l'inciter à régler une situation non réglementaire. Toutefois, si l'O.A. ne réagit pas, il est important de pouvoir sanctionner par la suite.

Des dispositions particulières ont également été instaurées concernant tant les O.A. que les assurés sociaux : elles permettent de tenir compte de circonstances atténuantes, de prononcer un report et de tenir compte de différents principes tels le *non bis in idem* ("pas deux fois pour la même chose") ou le principe d'égalité et de non discrimination.

a. Infractions commises par les O.A.

Le nombre de sanctions administratives a été réduit de 20 à 9.

Les deux premières sanctions administratives sont définies dans l'article 166 de la loi SSI. Elles concernent l'attitude générale de la mutualité ou un problème dans l'organisation ou la gestion du dossier. L'amende administrative a été augmentée : elle passe à 1.250 EUR, tandis qu'un avertissement et un délai de régularisation sont prévus. Les sept sanctions administratives suivantes concernent des infractions constatées lors de l'examen d'un dossier spécifique.

Les infractions suivantes sont réprimées administrativement dans les cas suivants :

- malgré un avertissement écrit, l'O.A. ne remplit pas, dans un délai d'un mois, l'obligation, de transmettre des documents et des informations aux services d'inspection de l'INAMI ou entrave le contrôle de ces services
- malgré un avertissement écrit, l'O.A. ne solutionne pas dans un délai de douze mois les manquements de la même nature à caractère répétitif constatés dans l'organisation ou dans la gestion du dossier
- l'O.A. n'a pas interrompu la prescription pour la récupération des paiements indus de 151 EUR ou plus. Cette disposition ne prévoit pas d'avertissement ou de délai de régularisation car il s'agit d'un manquement qui ne peut plus être corrigé. Les montants prescrits ne peuvent plus être récupérés. Si le montant prescrit dépasse 1.250 EUR, l'amende passe de 62,50 EUR à 125 EUR
- l'O.A. n'a pas inscrit le montant de l'indu constaté par lui-même ou par le SCA dans le compte spécial et ne l'a pas déduit des dépenses de l'assurance obligatoire
- l'O.A. a, par faute, erreur ou négligence, payé à un assuré ou à un dispensateur de soins des prestations indues, ou des prestations trop élevées, ou a perçu des cotisations insuffisantes ou des compléments de cotisations insuffisants
- l'O.A. n'a pas, dans un délai de un à six mois courant à dater de la notification d'un avertissement écrit, apporté la preuve que l'affiliation ou l'inscription d'un assuré dans une qualité erronée a été régularisée ou que l'intervention majorée ou le maximum à facturer lié au revenu a été supprimé. Cette procédure est nouvelle puisque, dorénavant, c'est l'O.A. qui doit fournir la preuve de la régularisation
- l'O.A. n'a pas, dans un délai de deux mois courant à dater de la notification d'un avertissement écrit, apporté la preuve que le montant de l'indu ou de l'amende a été mis à charge des frais d'administration. Cette procédure est nouvelle puisque, dorénavant, c'est l'O.A. qui doit fournir la preuve de la régularisation
- l'O.A. a inscrit, sur les listes des montants effectivement récupérés, un montant qui ne pouvait y figurer ou n'a pas régularisé un montant qui figurait à tort sur la liste d'une année précédente. L'amende varie en fonction du montant inscrit à tort.

b. Infractions commises par un assuré social

L'article 13 de la loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé a supprimé l'arrêté royal du 10 janvier 1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les sanctions administratives ont été actualisées. Elles figurent désormais à l'article 168quinquies et 168sexies de la loi SSI.

Le nombre d'infractions initialement prévues par l'arrêté royal du 10 janvier 1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a été réduit.

Seules restent les cinq principales :

- un faux document
- le fait de ne pas communiquer une modification de la feuille de renseignements
- l'exercice d'une activité sans autorisation préalable du médecin conseil pendant l'incapacité de travail
- le fait de ne pas informer l'O.A. de la reprise d'une activité
- le fait de ne pas déclarer les revenus à l'O.A.

La réglementation actuelle prévoit deux types de sanctions :

- une amende pour les soins de santé (de 50 à 500 EUR)
- une exclusion temporaire des prestations futures pour les indemnités (comme c'était également le cas auparavant).

Le fonctionnaire dirigeant de l'INAMI, éventuellement en collaboration avec le Service public fédéral (SPF) Finances inflige et perçoit l'amende administrative pour les soins de santé. Les O.A. chargés de la mise en œuvre concrète de l'assurance soins de santé procèdent à l'exclusion des indemnités dans l'assurance indemnités, c'est à dire actuellement, les indemnités d'incapacité de travail, le congé de maternité, de paternité et d'adoption.

Pour le "travail" non autorisé (visé aux art. 100 et 101 de la loi SSI), la durée de l'infraction, autrement dit le nombre de jours prestés, détermine l'ampleur de la sanction administrative. L'article 168quinquies, § 3, de la même loi en fixe le "tarif".

Une sanction administrative ne peut plus être infligée dès que trois ans se sont écoulés depuis l'infraction. La notification du procès-verbal constatant le manquement interrompt la prescription de l'infraction dans tous les cas. Une poursuite pénale éventuelle interrompt la prescription.

La sanction administrative prononcée est prescrite après trois ans. Ce délai est suspendu pour les périodes pendant lesquelles l'assurance indemnités n'intervient pas en raison de la perception d'allocations de chômage ou des règles de cumul visées à l'article 136, § 2, de la loi SSI. Un appel interjeté auprès du tribunal du travail par l'assuré social suspend également la prescription.

c. Dispositions communes en matière de sanctions administratives

L'article 168sexies de la loi SSI stipule que les sanctions administratives peuvent uniquement être prononcées si le ministère public estime qu'aucune poursuite pénale ne doit être entreprise. Cette disposition tend à respecter strictement le principe *non bis in idem*.

La nouvelle loi s'applique aux infractions commises après son entrée en vigueur. Si les faits ont eu lieu avant son entrée en vigueur et qu'à ce moment là, aucune sanction administrative n'était infligée, c'est la loi la plus favorable à l'assuré social ou à l'O.A. qui s'applique.

3. L'exercice des missions de contrôle

La loi du 19 mai 2010 a apporté des modifications aux articles 162, 150 et 162bis, de la loi SSI. Elles apportent des améliorations aux missions de contrôle :

- Les inspecteurs sociaux et les contrôleurs sociaux de l'INAMI sont compétents pour détecter et constater le concours illégal du bénéfice d'indemnités d'incapacité de travail et l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un travail frauduleux. Ils sont dorénavant aussi compétents pour intervenir à l'égard d'un employeur qui emploie un assuré en incapacité de travail sans déclaration DIMONA (Déclaration Immédiate/Onmiddellijke aangifte)
- Les personnes physiques ou morales qui possèdent des informations ou des documents dont les inspecteurs et les contrôleurs ont besoin pour remplir leur mission sont également tenues de collaborer.
- Le SCA, avec l'aide de son personnel administratif, établit, surveille, contrôle et gère les pièces et les données sur la base desquelles :
 - l'accès aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est octroyé, maintenu ou retiré aux assurés sociaux en vertu de la loi SSI
 - les mesures d'accessibilité financière dans le cadre de cette loi sont octroyées, maintenues ou retirées.

Vu la réorganisation du Service du contrôle administratif de l'INAMI, les contrôleurs sociaux du Service d'évaluation et de contrôle médicaux font désormais partie du SCA.

4. La force probante

La loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé publique modifie l'article 163/1 de la loi SSI. À cette occasion, le numéro d'ordre de l'article devient le numéro 163bis.

Les dispositions relatives à la force probante des données qui sont conservées ou enregistrées par les O.A. uniquement et mises à la disposition des services de contrôle de l'INAMI ont été modifiées à des fins de simplification administrative et d'optimisation des procédures.

À la suite de l'application des dispositions de la loi du 4 avril 1991 réglant l'utilisation des informations du Registre national des personnes physiques par des services ministériels et par les institutions de sécurité sociale relevant du Ministère de la Prévoyance sociale, force probante est accordée à ces données jusqu'à preuve du contraire.

5. Code pénal social

Le Moniteur belge du 1^{er} juillet 2010 (première édition) a publié la loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social. Le Code pénal social entre en vigueur à une date à fixer par le Roi et au plus tard un an après sa publication au Moniteur Belge.

Le Code pénal social comprend un grand nombre de dispositions abrogatoires et modificatives dans de nombreux domaines de la sécurité sociale, entre autre en matière d'assurance obligatoire soins de santé. Les articles 170 à 173 de la loi SSI sont abrogés. L'article 163 est modifié et l'article 169 est remplacé.

Le code pénal social vise à regrouper, dans un ensemble coordonné, les dispositions relatives aux griefs concernant les infractions au droit pénal social, les incriminations, les sanctions de droit pénal et les amendes administratives dans les lois sociales. En outre, les règles de procédure de droit pénal propre à la matière sont également codifiées.



4^e Partie
Exposés thématiques



La fraude sociale au niveau de l'assurance soins de santé et indemnités est une priorité du Service du contrôle administratif de l'INAMI.

Un plan d'action contre la fraude sociale a vu le jour il y a déjà trois ans. Cet exposé thématique dresse un bilan des actions prises en 2008 et 2009. Il présente les chiffres en fonction du type de fraude constaté :

- un cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec le revenu d'une activité déclarée à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) mais non autorisée, ou avec une indemnité pour rupture de contrat
- un cumul d'indemnités avec une activité non déclarée constatée par un contrôleur social
- un assujettissements frauduleux à la sécurité sociale, en matière de soins de santé ou d'indemnités.

I. Bilan des actions de lutte contre la fraude sociale

Depuis 2008, les actions de lutte contre la fraude sociale développées sont devenues un domaine d'investigation prioritaire du Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI. Ces opérations s'inscrivent dans le cadre du plan d'action contre la fraude sociale initié par le gouvernement fédéral qui met notamment l'accent sur la prévention et la répression de la fraude sociale dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités.

Le SCA cible plus particulièrement trois domaines d'investigations :

- le cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec le revenu d'une activité déclarée à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) mais non autorisée, ou avec une indemnité pour rupture de contrat
- le cumul d'indemnités avec une activité non déclarée constatée par un contrôleur social
- les assujettissements frauduleux à la sécurité sociale.

1. Cumul d'indemnités d'incapacité avec une activité déclarée à l'ONSS, mais non autorisée ou avec une indemnité pour rupture de contrat

a. Principe réglementaire

D'une part, la cessation de toute activité professionnelle est une condition indispensable à la reconnaissance de l'incapacité de travail¹. Toute reprise du travail qui n'est pas préalablement autorisée par le médecin-conseil met fin à l'incapacité de travail² et à l'indemnisation qui s'y attache. S'il ne signale pas à sa mutualité qu'il a repris le travail, le travailleur continue à percevoir indûment des indemnités d'incapacité de travail.

D'autre part, le travailleur ne peut prétendre aux indemnités d'incapacité de travail pour la période durant laquelle il a droit à une indemnité pour rupture du contrat de travail³. Les travailleurs qui ne signalent pas le bénéfice de cet avantage bénéficient indûment d'indemnités d'incapacité de travail pendant la période couverte par l'indemnité pour rupture de contrat.

b. Détection à partir du croisement de données

Le SCA réalise annuellement une confrontation (data-matching) des documents de dépenses en invalidité et des déclarations multifonctionnelle à l'ONSS (DMFA) afin de détecter les cas de cumul entre des indemnités d'invalidité et des activités non autorisées ou des indemnités pour rupture de contrat.

1 Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994 (loi SSI), art. 100, § 1^{er}.

2 Depuis le 31.12.2010, l'art. 101 de la loi SSI modifie cette condition : seules les activités non réduites mettent fin à l'incapacité de travail.

3 Loi SSI, art. 103, § 1^{er}, 3^o.

Via la déclaration multifonctionnelle à l'ONSS (Déclaration multifonctionnelle/ Multifunctionele aangifte - DMFA), l'employeur communique les données salariales et de temps de travail de ses travailleurs. Toutes les institutions de sécurité sociale peuvent utiliser cette déclaration.

Parmi les cas d'activités non autorisées, le SCA accorde la priorité aux cas d'importance significative, c'est-à-dire à ceux qui présentent plus de deux semaines de cumul présumé. Il informe les organismes assureurs (O.A.) des autres cas.

Chaque cas d'activité non autorisée de plus de deux semaines ou d'indemnité pour rupture de contrat fait l'objet d'une enquête spécifique en mutualité, pour autant que l'O.A. ne l'ait pas encore régularisé.

Les constatations d'indu sont notifiées aux O.A., qui procèdent alors aux récupérations. En cas d'activité non autorisée, un procès-verbal est rédigé à charge de l'intéressé qui peut se voir exclu du droit aux indemnités pour un nombre variable d'indemnités journalières.

c. Constatations

Le tableau suivant reprend les constats de ces enquêtes.

Tableau 1 - Constats de cumul d'indemnités avec une activité déclarée à l'ONSS mais non autorisée, ou avec une indemnité pour rupture de contrat - Évolution 2008-2009			
	Type de cumul	2008	2009
Nombre de cas erronés	Avec activité déclarée non autorisée	391	170
	Avec indemnités pour rupture de contrat	81	74
	Total	472	244
Montant indu (en EUR)	Avec activité déclarée non autorisée	8.627.077,84	2.730.081,76
	Avec indemnités pour rupture de contrat	144.510,03	167.125,40
	Total	8.771.587,87	2.897.207,16
Sanction d'exclusion	Avec activité déclarée non autorisée	16.971 indemnités journalières	9.421 indemnités journalières
Source : INAMI - Service du contrôle administratif - Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale			

2. Cumul d'indemnités avec une activité non autorisée constatée par un contrôleur social

a. Principe réglementaire

Le même principe s'applique ici : la cessation de toute activité professionnelle est une condition indispensable à la reconnaissance de l'incapacité de travail⁴. Toute reprise du travail qui n'est pas préalablement autorisée par le médecin-conseil met fin à l'incapacité de travail⁵ et à l'indemnisation qui s'y attache. S'il ne signale pas à sa mutualité qu'il a repris le travail, le travailleur continue à percevoir indûment des indemnités d'incapacité de travail.

4 Loi SSI, art. 100, § 1er.

5 Depuis le 31.12.2010, l'art. 101 de la loi SSI modifie cette condition : seules les activités non réduites mettent fin à l'incapacité de travail.

b. Détection à partir de contrôles sur les lieux de travail

Les contrôleurs sociaux du SCA ont pour mission de détecter et de constater le cumul illégal du bénéfice d'indemnités d'incapacité de travail et de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un travail frauduleux. Pour ce faire, ils effectuent des contrôles inopinés sur les lieux de travail afin de constater si des bénéficiaires d'indemnités ont repris une activité professionnelle sans l'autorisation de leur médecin-conseil ou s'ils travaillent au noir.

Pour ces cas, les contrôleurs sociaux notifient les constatations d'indu aux O.A., qui procèdent alors aux récupérations. Sur base du procès-verbal rédigé à charge de l'intéressé, le fonctionnaire dirigeant du SCA peut l'exclure du droit aux indemnités pour un nombre variable d'indemnités journalières.

c. Constatations

Le nombre de constatations notifiées par le SCA dans ce domaine a augmenté.

	2008	2009
Nombre de cas erronés	191	216
Montant indu (en EUR)	1.405.810,66	1.849.698,31
Sanction d'exclusion	12.613 indemnités journalières	10.261 indemnités journalières

Source : INAMI - Service du contrôle administratif - Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

3. Assujettissements frauduleux à la sécurité sociale

a. Principe réglementaire

Seules peuvent bénéficier du droit aux prestations de santé et aux indemnités d'incapacité de travail, les personnes qui sont reconnues en qualité de titulaire et donc réellement assujetties à l'assurance obligatoire indemnités et soins de santé⁶.

b. Détection à partir des listes des sociétés frauduleuses identifiées par l'ONSS

Depuis l'année 2008, le SCA traite, en collaboration avec les autorités judiciaires, un vaste dossier de fraude à la sécurité sociale. L'enquête a confirmé l'existence d'un système tentaculaire utilisant divers procédés pour permettre aux clients de ce réseau mafieux de disposer de faux documents sociaux et de faire appel frauduleusement aux prestations de la sécurité sociale.

L'ONSS a démontré l'absence d'activité des sociétés impliquées durant les périodes litigieuses et l'absence de contrat de travail entre les personnes déclarées sous leur identification à l'ONSS et ces sociétés. L'ONSS a dès lors pris la décision de désassujettir tous ces travailleurs. À la date du 31 décembre 2009, l'ONSS a fait parvenir au SCA sa décision pour 131 sociétés.

⁶ Loi SSI, art. 32 et 86.

Le SCA transmet aux Unions nationales des mutualités la liste des personnes ayant utilisé de faux documents ainsi que toutes les données nécessaires pour établir les constatations. Sur base de ces données, les mutualités examinent chaque dossier individuel, pour le secteur des soins de santé que pour celui des indemnités.

c. Constatations

Le tableau suivant détaille les montants indus dans le cadre d'assujettissements frauduleux, révélés à la lumière :

- des constats des mutualités sur base des 1.949 dossiers reçus au 31 décembre 2009
- des constats des inspecteurs sociaux du SCA qui examinent certains dossiers.

Tableau 3 - Montants indus dans le cadre d'assujettissements frauduleux à la sécurité sociale (en EUR) - Évolution 2008-2009			
		2008	2009
En soins de santé	Constat des mutualités	236.697,09	803.834,43
	Constat du SCA	304.675,32	39.510,77
	Total soins de santé	541.372,41	843.345,20
En indemnités	Constat des mutualités	659.143,53	1.898.212,81
	Constat du SCA	1.356.190,15	260.500,52
	Total indemnités	2.015.333,68	2.158.713,33
Total soins de santé + indemnités		2.556.706,09	3.002.058,53

Source : INAMI - Service du contrôle administratif - Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Ce tableau présente les sanctions d'exclusion prononcées suite aux constats des inspecteurs sociaux du SCA.

Tableau 4 - Sanctions d'exclusion suite au constat d'assujettissements frauduleux à la sécurité sociale - Évolution 2008-2009		
	2008	2009
En soins de santé	870 mois	386 mois
En indemnités	10.222 indemnités journalières	9.137 indemnités journalières

Source : INAMI - Service du contrôle administratif - Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale



Le nombre de personnes qui sortent temporairement ou durablement du marché de l'emploi en raison d'une incapacité de travail est en constante augmentation.

La Belgique compte, en 2010, 411.000 cas d'incapacité primaire (moins d'un an d'incapacité de travail) et près de 6% de la population active bénéficie d'une indemnité d'invalidité.

Différents facteurs expliquent cette augmentation : les facteurs démographiques (vieillesse de la population et le relèvement de l'âge de la retraite des femmes), les facteurs médicaux (émergence de nouvelles pathologies) et les facteurs socio-économiques.

Cette situation a incité l'INAMI à créer une Taskforce "incapacité de travail" dont les objectifs sont :

- d'améliorer la compréhension des aspects administratifs et médicaux de l'incapacité de travail
- de définir des options stratégiques permettant de mieux appréhender l'incapacité de travail.

Le Comité de gestion des indemnités a approuvé, le 16 février 2011, le rapport élaboré par cette Taskforce.

Cet exposé thématique dresse une synthèse des recommandations émises par la Taskforce. Ces recommandations visent notamment à apporter des améliorations au système d'indemnisation de l'incapacité de travail.

II. L'assurance indemnités en chantier - Premier bilan de la Taskforce "incapacité de travail"

1. Introduction

L'augmentation constante du nombre de personnes qui sortent temporairement ou durablement du marché de l'emploi en raison d'une incapacité de travail est un des principaux défis pour les systèmes de protection sociale des pays industrialisés.

Comme le souligne l'Association internationale de la sécurité sociale¹ : *"Malgré l'amélioration significative de la santé de leur population, la plupart des états providence ont connu, durant ces deux dernières décennies, une hausse substantielle du nombre de personnes bénéficiant d'indemnités de maladies de longue durée ou d'allocations pour personnes handicapées. Ce paradoxe est devenu un des défis les plus complexes et les plus urgents que doivent affronter les systèmes de protection sociale".*

L'assurance indemnités suit, en Belgique, cette tendance.

Entre 2004 et 2010, l'assurance a indemnisé 50.239 invalides de plus, portant à plus de 272.000 le nombre d'invalides indemnisés en 2010. Cette tendance est la conséquence directe du phénomène observé au sein de l'incapacité primaire où le nombre de cas indemnisés annuellement dépasse, lui, les 411.000 unités alors qu'il avoisinait les 310.000 unités en 2004.

Au total, près de 6% de la population active bénéficie d'une indemnité d'invalidité en Belgique (ce chiffre ne tenant pas compte du nombre d'incapacité primaire).

a. Situation en Europe

Ce phénomène n'est pas propre à la Belgique. La part des dépenses publiques consacrées à l'indemnisation de l'incapacité de travail oscille, en Europe, entre 1,4% et 7,2% (chiffres 2007). En Belgique, la part du produit intérieur brut (PIB) consacrée aux prestations d'invalidité et d'incapacité de travail est de 2,1%, ce qui semble situer notre pays dans la moyenne inférieure des pays industrialisés. Cependant, ce chiffre doit être corrélé avec le niveau de l'indemnisation qui se situe également dans la moyenne inférieure des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques).

b. Coûts de l'incapacité de travail – Données à prendre en compte

En outre, ces données ne reflètent pas intégralement le coût socio-économique de l'incapacité de travail. En effet, pour prendre en considération l'ensemble de ce coût, il faudrait y ajouter les pertes de productivité liées à l'absence de ces travailleurs mais également celles liées à l'activité de travailleurs qui, malgré une maladie, se rendent sur leur lieu de travail.

À ce sujet, une récente étude menée par la société Accountemps mettait en lumière ce phénomène en constatant que 42% des travailleurs belges se rendaient au travail, malades. Enfin, et pour être complet, même si les causes de l'incapacité de travail sont différentes, il est intéressant, pour comprendre la problématique dans son ensemble, de prendre en considération les évolutions au sein des régimes des accidents de travail, des maladies professionnelles voire même de l'assurance chômage.

¹ Sick Societies, Trends in disability benefits in post industrial welfare states, ISSA, Genève 2006

c. Raisons de l'augmentation de l'invalidité/l'incapacité de travail

La direction Finances et statistiques du Service des indemnités de l'INAMI analyse depuis plusieurs années les raisons pouvant expliquer les hausses constatées depuis 2004 des titulaires d'indemnités d'invalidité et d'incapacité primaire.

Elle a identifié des facteurs pouvant expliquer, au moins partiellement, les augmentations constatées :

- les facteurs démographiques : le vieillissement de la population et le relèvement de l'âge de la retraite des femmes
- les facteurs médicaux : l'émergence de nouvelles pathologies ayant, en outre, tendance à allonger la durée de l'invalidité comme les troubles psychologiques et psychiatriques ou les maladies musculo-squelettiques
- les facteurs socio-économiques :
 - une certaine forme de précarisation de l'emploi et la détérioration des conditions de travail que l'on peut observer dans certains secteurs d'activité
 - les facteurs conjoncturels.

Cette tendance lourde ne semble pas prête de s'inverser. La persistance de ces différents facteurs et l'apparition de nouveaux phénomènes comme l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques prévue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'ici à 2030, peuvent laisser penser que les systèmes de protection sociale devront faire face à une augmentation constante du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité dans les prochaines années.

2. La Taskforce "incapacité de travail"

Cette évolution a incité l'INAMI à inscrire dans son contrat d'administration 2010-2012 la création d'une Taskforce "incapacité de travail".

L'objectif assigné à cette Taskforce est double :

- assurer une meilleure compréhension des aspects administratifs et médicaux de l'incapacité de travail
- définir des options stratégiques permettant de mieux appréhender l'incapacité de travail.

Créée en avril 2010, et composée de représentants des différents partenaires présents au sein du Comité de gestion des indemnités, cette Taskforce a défini une méthode de travail à deux niveaux :

- création de deux groupes de travail :
 - l'un consacré à la problématique de l'évaluation médicale
 - l'autre à celle de la réinsertion socioprofessionnelle.
- organisation d'un séminaire de réflexion associant plus de 60 acteurs impliqués quotidiennement dans le système. Une équipes d'universitaires de l'Université d'Anvers (UIA) anime et introduit ce séminaire.

Le Comité de gestion du Service des indemnités a approuvé le rapport en sa séance du 16 février 2011. Il contient des recommandations opérationnelles qui pourraient à terme apporter des améliorations significatives au système d'indemnisation de l'incapacité de travail.



Le Comité de gestion des travailleurs salariés du Service des indemnités se compose :

- de représentants des travailleurs salariés
- de représentants des employeurs
- de représentants des organismes assureurs
- de Commissaires du gouvernement (Affaires sociales, Emploi et Travail, Budget)
- d'un représentant de l'Office de contrôle des mutualités et unions nationales des mutualités.

3. Les recommandations

Une synthèse des recommandations émises est reprise ci-dessous.

a. Améliorer les critères d'évaluation de l'incapacité de travail

La Taskforce s'est penchée sur les critères d'évaluation de l'incapacité de travail. Elle a constaté que certaines améliorations pouvaient être apportées notamment dans la cohérence des décisions prises. À cette fin, l'INAMI devrait pouvoir développer, en termes éducatifs et scientifiques, des lignes directrices dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité et de ses conséquences et des limitations fonctionnelles causées par certaines affections.

Le recours à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) dans les dossiers, permettrait de mieux affiner leur traitement, notamment parce qu'elle permet d'envisager une action au niveau de l'individu et de son milieu de travail, mais aussi au niveau des dispositifs de reclassement professionnel.



La CIF est une classification élaborée par l'OMS, dans laquelle le handicap est considéré comme résultant de l'interaction entre un individu et son environnement.

La personne atteinte d'un handicap n'est plus évaluée en fonction de son degré de déficience, mais de son adaptation (physique, psychique et sociale) aux différents domaines de fonctionnement.

Cette classification permet de travailler de façon précise sur les incidences des facteurs environnementaux qui se présentent soit comme obstacles, soit comme facilitateurs.

b. Standardiser la déclaration d'incapacité de travail

La Taskforce souhaite voir initier une réflexion sur un standard de certificat médical d'incapacité de travail, mettant à la fois l'accent sur la pathologie diagnostiquée et les compétences restantes de l'assuré social. Cette standardisation doit impliquer les médecins traitants et les médecins du travail afin de créer de réelles synergies entre tous les partenaires impliqués dans le suivi de la personne reconnue en incapacité de travail, en améliorant leur communication, même si celle-ci existe déjà.

c. Améliorer la cohérence entre les systèmes d'allocations sociales

Les critères de l'évaluation médicale de l'incapacité utilisés dans les différents régimes d'allocations ne sont pas toujours cohérents (voir le régime des personnes handicapées, du chômage et du revenu d'intégration). À ce jour, il n'est pas évident d'affirmer que la bonne allocation est octroyée à l'assuré.

La Taskforce recommande d'analyser les glissements entre les régimes du chômage, de l'assurance soins de santé et indemnités et des allocations pour personnes handicapées. Cette analyse n'a pas pour objectif de viser tel ou tel régime, mais bien d'octroyer à l'assuré l'indemnisation qui correspond le mieux à sa situation.

En matière d'incapacité primaire et d'invalidité, la question du maintien de deux périodes distinctes aussi segmentées dans un contexte européen où la tendance à l'harmonisation de ces deux notions (incapacité primaire et invalidité) fait débat.

En tout état de cause, la possibilité de déclaration anticipée d'invalidité (donc avant le terme de l'incapacité primaire) devrait être étudiée pour les cas où l'évidence d'une invalidité prolongée s'impose et cela, sans porter atteinte au niveau d'indemnisation de l'assuré social.

d. Optimiser la réinsertion socioprofessionnelle

La réinsertion socioprofessionnelle des titulaires en incapacité de travail a fait l'objet de nombreux débats.

La Taskforce a émis les constatations suivantes :

- Le travail autorisé est un outil mal ou peu utilisé de réinsertion socioprofessionnelle.
- Introduire dans la réglementation une incapacité de travail partielle, permettant de conserver une activité professionnelle réduite, est une piste à étudier.

Deux points d'attention :

- d'une part, se coordonner avec les règles en vigueur dans l'assurance chômage et éviter les pièges à la reprise du travail
- d'autre part, ne pas porter atteinte aux droits actuels des assurés sociaux.

D'une manière plus générale, la Taskforce a constaté que la réinsertion socioprofessionnelle des personnes en incapacité de travail reste, en Belgique, un chantier "inachevé".

Contrairement à des pays connaissant un système de sécurité sociale comparable, il n'existe pas, dans notre pays, une stratégie coordonnée visant à favoriser le maintien ou le retour à l'emploi des bénéficiaires de l'assurance indemnités.

Depuis quelques années néanmoins, l'INAMI a exécuté le cadre légal existant (la loi du 13 juillet 2006 et son arrêté royal d'exécution du 30 mars 2009 définissent une procédure claire et pragmatique) et a pris une série d'initiatives stratégiques, comme la conclusion d'accords avec les organismes communautaires et régionaux en charge de l'emploi et de la formation.

La mise en œuvre d'une telle stratégie est donc un impératif.

Celle-ci doit s'appuyer sur :

- des objectifs quantitatifs basés sur une évaluation objective et correcte des états de santé. Il n'est pas question ici de fixer des objectifs purement quantitatifs sans aucune considération pour la situation réelle des assurés
- des objectifs qualitatifs, notamment en termes de "retour à l'emploi". Le processus de réinsertion socioprofessionnelle ne vise pas à "faire sortir" certains assurés de l'assurance indemnités vers le chômage mais doit concentrer ses efforts au retour sur le marché du travail.

La réussite de cette politique ne pourra se mesurer que sur des objectifs ambitieux et réalistes, mais elle doit rester basée sur la philosophie de la loi du 13 juillet 2006, à savoir que l'entrée dans un parcours d'insertion :

- reste une initiative commune du médecin-conseil et de l'assuré
- est guidée :
 - d'une part, par l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré par le médecin-conseil
 - d'autre part, par des considérations liées à son bien-être.

La réinsertion socioprofessionnelle ne doit pas être vue comme un outil de gestion des effectifs de l'assurance indemnités.

e. Développer une politique “d'intervention précoce”

Avant toute forme de réinsertion socioprofessionnelle, il est important de mener une politique basée sur **l'intervention précoce**.

Le système actuel se concentre essentiellement sur l'indemnisation des individus en incapacité de travail. Parallèlement à l'indemnisation, le système doit pouvoir offrir aux individus en incapacité de travail qui le souhaitent, la possibilité de se réinsérer rapidement sur le marché du travail.

Cette intervention précoce doit s'articuler autour d'une méthode de travail dynamique en plusieurs phases où la situation de l'intéressé serait davantage évaluée en fonction de la profession de référence :

- Dans un premier temps, une personne est temporairement inapte à reprendre l'activité initiale et il faut lui accorder le temps nécessaire pour se réinsérer dans ce travail. Ce retour à l'emploi doit en effet rester la priorité, notamment pour garantir les droits du travailleur (ancienneté, etc.). L'employeur a également un rôle important à jouer à ce niveau-là.
- Dans un deuxième temps, il peut être tenu compte des différentes professions de référence. Souvent, il n'est pas possible d'exercer immédiatement une profession de référence, mais l'objectif poursuivi peut être atteint moyennant une petite intervention (une familiarisation avec le poste de travail par exemple, ou une remise à niveau des connaissances dans une profession de référence).
- Dans un troisième temps, il se peut que le titulaire n'entre plus en ligne de compte pour l'exercice d'une profession de référence. Dans ce cas, un programme de réorientation professionnelle peut être une option.
- Enfin, dans un quatrième temps, plus aucune réadaptation professionnelle n'est envisageable et la réinsertion sociale constitue encore le seul objectif réalisable pour la personne concernée.

 Les **professions de référence** sont les professions que l'intéressé est en mesure d'exercer, compte tenu de son expérience professionnelle et de ses compétences.

f. Une attention particulière aux personnes présentant des problèmes psychiques et mentaux

La Taskforce estime également que les personnes présentant des problèmes psychiques et mentaux (PPM) doivent faire l'objet d'une attention particulière.

La sensibilisation des psychiatres à la réintégration sur le marché du travail, comme un aspect du traitement de leurs patients, doit être poursuivie.

Pour des titulaires qui ne reprendront plus une place, même partielle, sur le marché du travail ordinaire, des pistes complémentaires à l'indemnisation de l'incapacité de travail devraient aussi être développées dans l'optique du maintien d'une certaine intégration sociale et d'une valorisation individuelle et collective.

g. Promouvoir la prévention de l'incapacité de travail

Les membres de la Taskforce ont constaté que la prévention de l'incapacité de travail n'avait pas fait, à ce jour, l'objet d'une attention suffisante. Ce concept est très large et la protection générale de la santé joue bien entendu un rôle dans la protection contre l'incapacité de travail en particulier. Les conditions de travail sont un autre déterminant important de l'incapacité de travail. La détection et la prévention des risques doivent être intégrées dans la politique en matière de réinsertion.

h. Responsabiliser et sensibiliser les acteurs

La responsabilisation et la sensibilisation des acteurs est un axe de travail important, qui nécessite du temps et des moyens supplémentaires.

ASSURÉS SOCIAUX

Les assurés sociaux doivent pouvoir être correctement informés, tant du point de vue de leurs droits aux indemnités que des possibilités de réinsertion.

EMPLOYEURS

Les employeurs sont, bien entendu, un des autres groupes à sensibiliser notamment par la mise en place d'incitants mais également par un meilleur examen des possibilités au niveau de la réadaptation professionnelle au sein de l'entreprise. Ils doivent également examiner si l'entreprise est en mesure d'offrir un trajet individualisé.

Il faudrait, selon la Taskforce, améliorer l'application de la réglementation en matière de postes de travail adaptés. Cette sensibilisation nécessite un accompagnement ou, du moins, la fourniture d'outils méthodologiques dans la gestion de ce genre de situations.

MÉDECINS TRAITANTS

Le rôle des médecins traitants doit davantage être pris en considération. Actuellement, ils sont peu sensibilisés au processus d'évaluation de l'incapacité de travail et aux possibilités d'une réintégration éventuelle d'un patient sur le marché du travail. Il semble judicieux qu'ils soient associés au processus de réintégration et qu'ils reconnaissent l'importance d'un retour rapide sur le marché du travail. Ils devraient approfondir leurs connaissances du domaine de l'incapacité de travail et de son évaluation et être plus impliqués dans l'entièreté du processus d'évaluation.

Cette plus grande implication des médecins traitants peut, entre autres, se faire dans le cadre de la rédaction du certificat d'incapacité de travail. En effet, dans de nombreux pays européens, les médecins traitants doivent indiquer tant la date de début que la date de fin de l'incapacité tandis qu'en Belgique, seule la date de début est requise.

MÉDECINS DU TRAVAIL

Une plus grande sensibilisation des médecins du travail à l'importance de la collaboration avec les médecins-conseils est souhaitable. Ces derniers doivent pouvoir bénéficier d'un meilleur enregistrement et d'une meilleure appréciation du travail pouvant leur offrir un meilleur feedback, une meilleure vision sur leurs activités en matière de réinsertion socioprofessionnelle.

Ceci implique une réflexion sur la qualité de la gestion des dossiers de réinsertion.

MÉDECINS-CONSEILS

Les médecins-conseils ont bien entendu un rôle fondamental dans la gestion de l'incapacité de travail.

La Taskforce propose de consolider leur rôle en prenant les mesures suivantes :

- En tant que spécialistes de l'évaluation de l'incapacité de travail, les médecins-conseils doivent pouvoir jouer leur rôle de manière optimale dans le processus d'évaluation. Il est important qu'ils disposent de suffisamment de temps pour pouvoir effectuer correctement leur mission dans le domaine de la réinsertion socioprofessionnelle.

- Une équipe médico-sociale devrait entourer les médecins-conseils. Il faut passer d'un système vertical de gestion de dossiers à un véritable "case management" pluridisciplinaire. La formation de "Disability case managers", dont le rôle serait de supporter l'assuré dans ses démarches de réintégration, pourrait être examinée. De telles pratiques sont déjà menées à l'étranger ou dans d'autres secteurs. Ceci requiert bien évidemment des moyens financiers supplémentaires.



L'objectif du **disability management** est d'optimiser et de soutenir la réintégration et le maintien dans l'emploi des travailleurs souffrant de problèmes de santé ou de handicaps de longue durée.

Le Disability Management est une notion qui recouvre des actions systématiques au niveau de l'entreprise ou de l'institution de sécurité sociale et la coordination, par un seul acteur, du parcours individuel de réintégration et de maintien dans l'emploi du travailleur présentant un problème de santé ou un handicap.

Ce coordinateur est le **Disability case manager**, qui accompagne le parcours - tant en termes de contenu que de procédure - de toute personne souffrant de problèmes de santé ou de handicap de longue durée.

Les Disability case managers ont suivi une formation spécifique, portant sur la législation, l'analyse des fonctions, le job matching, la communication et la mise en place d'une politique de disability management.

- Il est nécessaire d'encourager la collaboration du médecin-conseil avec notamment le milieu professionnel (en ce y compris le médecin du travail) et le médecin traitant de l'intéressé.
- L'INAMI doit veiller à ce que les médecins-conseils agissent de manière responsable et à ce qu'ils appliquent la législation de manière cohérente.
- Le reporting vers l'INAMI de l'activité des médecins-conseils doit être développé dans le domaine de la réinsertion socioprofessionnelle.
- La proposition éventuelle d'envoyer un rapport d'assurance soins de santé au bout d'un an d'incapacité de travail mérite d'être analysée et pourra, d'après certains membres du groupe de travail, certainement être concrétisée à court terme.
- Le rôle et les missions du médecin-conseil et ceux du Conseil médical de l'invalidité (CMI) avec ses commissions compétentes (notamment la Commission supérieure et les Commissions régionales) doivent faire l'objet d'une définition précise.
- De même, le Conseil Technique médical de l'invalidité (CTMI) doit être activement soutenu administrativement pour lui permettre de fonctionner efficacement.



L'objectif du **CTMI** est de garantir au mieux un traitement équitable des assurés, d'améliorer la qualité des évaluations médico-sociales et de soutenir les médecins-conseils dans leurs activités.

- Pour une prise en charge la plus précoce possible, toutes les tâches à réaliser ne sont pas spécifiquement médicales. Une efficacité plus grande pourra être atteinte par l'engagement d'autres professionnels, sous la coordination du médecin-conseil (psychologues, infirmières, ergothérapeutes, assistants sociaux, spécialistes du marché du travail, etc.) avec une définition précise des rôles de chacun.

ORGANISMES ASSUREURS

La possibilité et les modalités de mise en place d'une responsabilité financière des organismes assureurs en matière de gestion de l'incapacité de travail devraient aussi pouvoir être étudiées.



Le Conseil médical de l'invalidité constate l'état d'invalidité et en fixe la durée, ou en constate la fin. Il examine les questions relatives à la période d'invalidité qui lui sont soumises pour avis par le Ministre, le Comité de gestion ou le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités, ainsi que par les organismes assureurs. Il fixe les directives et critères médicaux généraux en vue de mieux résoudre les problèmes d'évaluation concernant l'incapacité de travail.

CENTRE D'EXPERTISE

Enfin, la Taskforce conclut ses recommandations en insistant sur le développement de l'expertise technique en développant au sein du Service des indemnités de l'INAMI un centre d'expertise en matière d'incapacité de travail.

4. Conclusions

Comme d'autres branches de la sécurité sociale, l'assurance indemnités a été conçue et adaptée à une société essentiellement industrielle. Les transformations économiques des trente dernières années ont profondément modifié les conditions de bien-être au travail. D'autre part, les conditions de santé dans nos pays ont également connu des changements importants. Le développement de certaines pathologies chroniques, les progrès de la médecine mais également l'apparition de nouvelles "maladies de société" sont autant de phénomènes qui ont eu un impact non négligeable sur la nature même de l'incapacité de travail.

Il n'est dès lors pas étonnant de ressentir le besoin d'adapter l'assurance indemnités à ces différentes transformations tout en conservant sa philosophie de base : offrir un revenu de remplacement aux personnes qui ne peuvent envisager un retour vers l'emploi pour des raisons médicales.

Mais ces "réformes" ne sont pas les seules conditions de réussite de notre société. La stigmatisation des personnes souffrant de pathologies, et singulièrement de pathologies psychiques les empêchant de travailler, reste un frein important à la prise en charge adéquate des souffrances occasionnées par la maladie. De même la persistance de l'utilisation de la qualification d'invalides, dès lors que l'on parle d'assurés sociaux quittant le marché de l'emploi pour une durée supérieure à un an, véhicule une connotation péjorative qui ne fait que renforcer la stigmatisation.

L'important chantier qui s'ouvre après l'adoption du rapport de la Taskforce incapacité de travail doit donc également viser à briser ses barrières invisibles mais tenaces qui entravent la réintégration des assurés sociaux en incapacité de travail.



L'INAMI et ses partenaires clés sont sur la même longueur d'onde : collaborer à la modernisation, à la simplification et à l'informatisation de nos processus administratifs.

La simplification et l'informatisation ne sont pas une fin en soi, mais un moyen d'améliorer les services rendus aux clients – assurés sociaux, dispensateurs de soins, organismes assureurs (O.A., mutualités), entreprises, etc. Les avantages de cette modernisation et de cette informatisation sont nombreux. Quelques exemples :

- pour le patient : octroi automatique, plus rapide, correct et transparent de droits, disparition de la carte SIS à partir de 2013 sous certaines conditions
- pour le dispensateur de soins : suppression des formulaires papier, échange et traitement de données plus rapides
- pour les mutualités : suppression du circuit papier, allègement du travail d'encodage avec moins d'erreurs, facturation plus correcte, davantage de temps pour informer et accompagner le patient
- pour l'INAMI : application plus correcte de la réglementation, données et informations stratégiques disponibles plus rapidement, meilleur dialogue entre partenaires.

Par ailleurs, la simplification et l'informatisation ne sont pas des défis neufs pour l'INAMI et ses partenaires. Certains progrès sont déjà réalisés. Cet exposé thématique cite quelques exemples. Toutefois, bon nombre de projets de modernisation sont encore en cours de réalisation. Afin d'aborder les nombreux défis de manière structurée, l'INAMI, les O.A. et la plateforme eHealth ont développé en commun une vision, un planning et une liste de priorités. Voici d'ores et déjà une perspective d'avenir illustrée par quelques futurs projets importants.

III. La lutte contre Kafka : moderniser, simplifier et informatiser les procédures administratives de l'assurance SSI

1. Simplification administrative : pas un nouveau défi, mais un défi permanent

Depuis quelque temps, l'INAMI se préoccupe de la problématique des charges administratives dans les secteurs des soins de santé et des indemnités (SSI). La lutte contre Kafka n'en est plus à ses balbutiements !

Cette préoccupation se manifeste entre autres dans les projets et engagements des contrats d'administration que l'INAMI conclut périodiquement depuis 2002 avec l'État (voir également 2^e Partie : Bonne gouvernance). La simplification administrative constitue l'un des axes prioritaires du contrat d'administration, tout comme la maîtrise des dépenses, l'amélioration de la qualité des services, l'application uniforme de la réglementation et la lutte contre la fraude sociale (voir aussi 2^e Partie : Bonne gouvernance).

Le contrôle administratif est également abordé dans un certain nombre d'autres projets, dans le cadre :

- des plans stratégiques et opérationnels de l'INAMI
- des accords médico-mutualistes
- des décisions gouvernementales et ministérielles
- des initiatives de coopération avec le Service public fédéral (SPF) Santé publique, la plateforme eHealth, les institutions européennes, etc.

L'informatisation de processus et de services est étroitement liée à la simplification administrative. Les évolutions en matière d'ICT ont créé de nouvelles possibilités au cours des 10 dernières années, également dans le domaine des soins de santé.

Mais l'informatisation ne va pas automatiquement de pair avec une simplification. Mettre en question la réglementation, les processus, les procédures, les flux de données, etc. existants est une condition essentielle pour pouvoir procéder à une simplification. Ce n'est qu'après ces étapes qu'une informatisation peut éventuellement être envisagée.

Quoi qu'il en soit, la simplification administrative et l'informatisation ne sont pas une fin en soi. Elles se placent au service de la modernisation de l'assurance SSI parce qu'elles :

- rendent l'assurance plus accessible aux assurés sociaux pour qu'ils bénéficient au maximum de leurs droits
- améliorent la qualité de soins
- soutiennent les dispensateurs de soins individuels et les établissements de soins, les organismes assureurs (O.A.) et les instances publiques dans leurs missions, en particulier en limitant les charges administratives
- améliorent et facilitent la communication entre les acteurs du secteur des soins de santé
- augmentent la transparence
- renforcent la capacité de soutien stratégique à l'égard des décideurs politiques, entre autres en améliorant la gestion et la qualité des données.



Plus d'informations sur la plate-forme eHealth au point 4.a. de cet exposé : Participation de l'INAMI dans le développement et l'élaboration de la plate-forme eHealth.

Un projet de simplification administrative et/ou d'informatisation revêt donc bien davantage que de simples aspects techniques.

Les deux questions à poser, dans cet ordre, sont :

- Quel est le but du projet ?
P. ex. simplifier les prestations de services, les rendre plus rapides, plus accessibles ou en améliorer la qualité, réduire le nombre d'erreurs administratives.
- Quelles sont les réalisations techniques éventuellement nécessaires ?
Il faut définir clairement les conditions techniques, p. ex. au niveau de la rapidité, de l'exactitude, de la disponibilité et de la permanence.

En outre, chaque projet soulève des questions juridiques (p. ex. faut-il modifier le cadre réglementaire ? Quid de la force probante de flux de données informatisés ? Quid de l'archivage de données électroniques ?) et des questions quant à l'organisation et les processus (p. ex. quel est l'impact de la simplification et/ou de l'informatisation sur l'organisation interne et les méthodes de travail des acteurs concernés ?).

2. Modernisation, simplification et informatisation de procédures administratives : une question de collaboration

Réaliser la simplification administrative et l'informatisation des procédures exige une étroite collaboration et une bonne coordination entre les différents acteurs, chacun exerçant un rôle et accomplissant une mission qui lui sont propres. Ces acteurs sont :

- les citoyens comme assurés sociaux ou patients qui bénéficient des services rendus dans le cadre de l'assurance SSI
- les dispensateurs de soins individuels et les établissements de soins
- les O.A.
- les entreprises, telles que des firmes pharmaceutiques, des fabricants de dispositifs médicaux, des entreprises informatiques qui développent des logiciels pour dispensateurs de soins, etc.
- l'INAMI même et d'autres institutions publiques comme la plate-forme eHealth, la Banque Carrefour de la Sécurité sociale, le SPF Santé publique, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, le SPF Sécurité sociale, Bpost, l'Agence pour la simplification administrative (ASA), la Commission européenne, etc.

Pour pouvoir développer une collaboration, il faut des structures, des processus et des méthodes de travail adaptés. D'où l'idée de créer, en 2008, la "Plate-forme de concertation Simplification administrative et Informatisation" entre l'INAMI, les O.A., le Collège intermutualiste national (CIN) et eHealth, la plate-forme santé du gouvernement (voir 4.a. Participation de l'INAMI dans le développement et l'élaboration de la plate-forme eHealth).

L'objectif de la plate-forme de concertation est de piloter et de coordonner, à un niveau central, tous les projets en cours et futurs en matière de simplification administrative et d'informatisation entre les institutions concernées.

Les réunions de la plate-forme de concertation débutent par une actualisation du statut de chaque projet.



Pour structurer et faciliter les débats au sein de la plate-forme de concertation, un inventaire reprend un planning commun de tous les projets de simplification administrative qui associent l'INAMI, les O.A., le CIN et la plate-forme eHealth. Dans les années à venir, cet inventaire sera le cadre de référence des acteurs concernés. Il définit donc d'emblée une stratégie pluriannuelle (regroupant plus de 30 projets). Chaque acteur concerné traduit les priorités fixées en planning au sein de sa propre organisation et prévoit les moyens nécessaires à l'exécution des projets.

La plate-forme discute et évalue les points suivants :

- problèmes liés à l'exécution des projets ou au planning prévu
- adaptation des priorités
- modifications de la portée de certains projets
- nouveaux projets introduits.

Les priorités, le planning et l'échelonnement du portefeuille global de projets de simplification sont ainsi fixés de manière commune et harmonisée. Les critères pour fixer les priorités sont variés : planning dans le cadre de la plate-forme eHealth, engagements découlant du Contrat d'administration, priorités du gouvernement, demandes émanant du secteur, etc.

3. Réalisations

La modernisation, la simplification et l'informatisation de procédures administratives ne doivent pas se limiter à de belles paroles et à des projets mis en veilleuse. Au contraire, il faut que ce soit visible et tangible sur le terrain. Les rapports semestriels sur l'exécution des projets du contrat d'administration permettent de suivre de près l'évolution de bon nombre de projets.



Les rapports se trouvent sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Contrat d'administration.

L'ASA reçoit aussi un rapport périodique des progrès réalisés.

Il est impossible de donner ici un aperçu complet de toutes les avancées réalisées par l'INAMI et ses partenaires au cours des dernières années. Lors de la conférence de presse du 28 juin 2010, "Vers la modernisation et l'informatisation des procédures administratives dans le secteur des soins de santé", organisée par l'INAMI, en collaboration avec le CIN et la plateforme eHealth, trois projets ont entre autres été évoqués :

a. CareNet

Le réseau de télécommunication CareNet souhaite moderniser, mieux organiser et simplifier les relations financières et administratives et l'échange d'informations entre hôpitaux et O.A. Il comporte trois volets :

- Un premier volet comprend l'administration de l'hôpital, soit au moins trois messages échangés par patient entre l'hôpital et l'O.A. Grâce à CareNet, cet échange peut désormais se faire par voie électronique.
- Un deuxième volet concerne la facturation. L'hôpital envoie chaque mois sept messages à l'O.A. qui lui renvoie un fichier de décompte. Grâce à CareNet, cet échange de messages peut désormais se faire par voie électronique.
- Enfin, CareNet permet la suppression de la facture papier. Il ne faut plus envoyer de factures individuelles ou récapitulatives en format papier (exception : certaines annexes).

Techniquement parlant, la plate-forme CareNet est en production depuis 2002 et se développe progressivement au vu des exigences techniques et qualitatives. 192 hôpitaux y ont entre-temps adhéré. Ils ont tous souscrits au volet "administration de l'hôpital" et la plupart également au volet "facturation". Environ la moitié d'entre eux ont également supprimé la facture papier.



Dans la pratique, la plate-forme CareNet couvre environ 1,6 million d'hospitalisations, soit plus de 75 millions de transactions en 2009.

Les avantages de CareNet sont nombreux :

- attribution correcte et complète de droits au patient
- simplification de l'enregistrement du patient
- moins d'erreurs dans les fichiers de facturation et, par conséquent, moins de rejets par la suite
- échange de données plus rapide, avec comme conséquence, une vue plus rapide sur les modèles de dépenses
- économie de papier et de frais d'expédition : jusqu'à ce jour, CareNet a permis de réduire la quantité de factures papier de 40% pour les 192 hôpitaux affiliés. Cette diminution se poursuivra bien sûr au fur et à mesure que le nombre d'hôpitaux en production pour plusieurs volets CareNet augmentera
- possibilité d'archivage électronique, créant ainsi beaucoup d'espace.

 Plus d'informations sur CareNet sur le site www.carenet.be.

b. Médicaments du chapitre IV

Ces dernières années, les médicaments du "Chapitre IV" font aussi l'objet de simplifications.

 Les médicaments du "Chapitre IV" sont des médicaments pour lesquels une autorisation préalable du médecin-conseil de la mutualité est requise. Sans cette autorisation, le patient ne bénéficie pas du remboursement de ces médicaments.

La simplification porte entre autres sur :

- la durée de validité des autorisations
- la prolongation automatique d'autorisations dans certains cas
- le formulaire de demande à l'attention du médecin-conseil.

Tant les dispensateurs de soins individuels que les patients concernés ont accueilli positivement ces simplifications.

Il existe certainement encore des possibilités pour simplifier et informatiser davantage certaines procédures. L'informatisation de la procédure de demande, actuellement encore sur papier, est l'un des projets d'avenir dans le cadre de MyCareNet (voir 4. Perspectives).

c. Commande en ligne d'attestations par des dispensateurs de soins

Depuis 2006, les dispensateurs de soins ont la possibilité de commander en ligne leurs attestations de soins données et vignettes de concordance par le biais d'un site Internet sécurisé. Il s'agit actuellement d'un partenariat avec Speos/Bpost.

Ce projet est une simplification pour les dispensateurs de soins individuels et établissements de soins qui utilisent ces attestations.

Le but est d'étendre ce projet de commande en ligne aux prescriptions de médicaments et "attestations tiers payant". Dans une phase ultérieure, ces attestations papier disparaîtront, grâce à l'informatisation de l'échange d'informations et des prestations de services dans le cadre de MyCareNet (voir 4. Perspectives).



Une enquête de l'ASA et du Journal du Médecin, menée entre fin juin 2009 et début 2010 auprès d'un échantillon de médecins généralistes, a démontré qu'il s'agit effectivement d'une simplification importante.



L'enquête de l'ASA et du Journal du Médecin a démontré que ce projet novateur était fortement apprécié.

4. Perspectives

Dans les années à venir également, l'INAMI et ses partenaires continueront à investir dans la modernisation, la simplification et l'informatisation des procédures administratives de l'assurance SSI. La stratégie pluriannuelle de la Plate-forme de concertation "Simplification administrative et informatisation" et le planning intégré pour l'ensemble des acteurs concernés en témoignent (voir 2. Modernisation, simplification et informatisation de procédures administratives : une question de collaboration).

Il est impossible d'aborder ici toutes les initiatives. Néanmoins, voici quelques explications concernant trois projets qui auront leur importance dans les années à venir.

a. Participation de l'INAMI au développement et à l'élaboration de la plate-forme eHealth

La plate-forme eHealth vise à promouvoir et soutenir des prestations de services et des échanges d'informations électroniques bien organisés entre tous les professionnels de la santé. Pour ce faire, la plate-forme souhaite prévoir les garanties nécessaires au niveau de la sécurité de l'information, de la protection de la vie privée du patient et du dispensateur de soins et du respect du secret professionnel médical.

La collaboration pour poursuivre le développement de la plate-forme eHealth constitue pour l'INAMI un défi important des prochaines années.

La contribution de l'INAMI se situe à quatre niveaux au moins :

- contribuer au développement méthodologique de la plate-forme, entre autres au niveau de ses services de base, avec l'eHealthBox à titre d'exemple

 L'eHealthBox est une boîte aux lettres électronique sécurisée qui sera à la disposition de chaque professionnel de la santé et que l'INAMI utilisera, entre autres, pour envoyer des messages, formulaires et documents aux dispensateurs de soins. L'INAMI a d'ores et déjà dressé un inventaire des possibilités en la matière.

- développer des fichiers de référence qui peuvent faire office de source authentique validée
- développer des services à valeur ajoutée, mis à disposition par le biais de la plate-forme eHealth
- développer un climat de confiance entre les acteurs concernés lors de l'élaboration de la plate-forme eHealth et créer ainsi des flux et services électroniques.

 Plus d'informations sur les réalisations de la plate-forme eHealth sur le site www.ehealth.fgov.be.

b. Rôle crucial de l'INAMI dans le développement de MyCareNet

MyCareNet a pour ambition de moderniser, d'informatiser et de simplifier l'échange d'informations et de données entre les O.A. et les dispensateurs de soins. Le développement de certains nouveaux services aura une valeur ajoutée tant pour les dispensateurs de soins que pour les bénéficiaires. MyCareNet fait office de service à valeur ajoutée dans le cadre du développement de la plate-forme eHealth et utilisera également les services de base de cette plate-forme.

 Plus d'informations sur MyCareNet sur le site <http://www.carenet.be/fr/activities/>

Le CIN coordonne le développement technique de ces plates-formes.

Trois fonctions de base sont prévues :

- consultation électronique des données concernant l'assurabilité et les droits du patient, par le dispensateur de soins
- facturation électronique, par le dispensateur de soins auprès de l'O.A.
- demande et consultation électroniques des accords, par le dispensateur de soins auprès du médecin-conseil.

La contribution de l'INAMI est triple :

- créer un cadre réglementaire adapté
- développer des sources authentiques validées qui jouent un rôle important dans le cadre de la plate-forme eHealth
- informer les acteurs de soins concernés de la nouvelle réglementation et des nouvelles directives.

Les avantages de MyCareNet sont nombreux.

- Avantages pour l'assuré social :
 - octroi automatique, correct et transparent des droits sur la base d'un fichier de référence actualisé de l'assurabilité et des droits
 - octroi plus rapide de droits (p. ex. autorisation médicaments Chapitre IV, voir point 3.b. Médicaments Chapitre IV)
 - disparition de la carte SIS (à partir de 2013 éventuellement, si certaines conditions sont remplies).
- Avantages pour le dispensateur de soins :
 - informations actualisées sur l'assurabilité du patient
 - suppression du circuit papier, moins de tracasseries administratives et donc plus de temps à consacrer aux soins
 - échange et traitement plus rapides de données (p. ex. autorisation médicaments du Chapitre IV).
- Avantages pour l'O.A. :
 - suppression du circuit papier
 - allègement du travail d'encodage, et donc moins d'erreurs et plus de temps et de moyens pour accentuer le contrôle, pour conseiller et accompagner des assurés sociaux, p. ex. par le médecin-conseil au sein de l'O.A.
 - facturation plus correcte, et donc moins de rejets et de récupérations par la suite
 - suppression de la gestion logistique autour de la carte SIS.
- Avantages pour l'INAMI même et les administrations publiques en général :
 - application plus correcte de la réglementation et diminution des risques de fraude
 - dialogue meilleur et plus direct entre les partenaires au sein de la sécurité sociale.

Le déploiement de MyCareNet se fait en plusieurs phases, par secteur. En outre, ce déploiement prévoit :

- d'intégrer tout d'abord des établissements pilotes, et ensuite systématiquement l'ensemble du secteur
- d'étendre les fonctionnalités en plusieurs phases.



Depuis début 2009, MyCareNet est opérationnel dans le secteur des soins infirmiers à domicile. À la mi-janvier 2011, environ 55% des infirmières à domicile avaient adhéré à MyCareNet. Le déploiement se poursuit actuellement. Certains laboratoires médicaux utilisent déjà MyCareNet. Depuis le 1^{er} avril 2010, une vingtaine de projets ont démarré avec MyCareNet, soit environ 15% des laboratoires. Depuis décembre 2010, certains offices de tarification sont entrés en phase de production pilote.

Dans les années à venir, les différentes fonctionnalités de MyCareNet s'étendront systématiquement à d'autres groupes de dispensateurs de soins, comme les maisons de repos, les médecins, les pharmaciens, etc. Ce déploiement est intégré dans la stratégie pluriannuelle de la Plateforme de concertation "Simplification administrative et Information" (voir point 2. Modernisation, simplification et informatisation des procédures administratives : une question de collaboration).

c. Recip-e : la prescription électronique dans le secteur ambulatoire

Un 3^e projet est le développement de la prescription électronique dans le secteur ambulatoire. À terme, chaque type de prescription et de prestation aura sa version électronique. Dans la phase pilote, l'accent est mis sur la prescription médicamenteuse dans le secteur ambulatoire.

Il s'agit d'un projet qui entraînera une simplification administrative d'envergure pour les dispensateurs de soins et les patients. En outre, au niveau de l'approche, le projet est unique en son genre dans l'Union européenne : l'initiative de développer la prescription électronique vient en effet du secteur même.

À cet effet, l'asbl Recip-e a vu le jour début 2010. Elle rassemble notamment les associations de tous les dispensateurs de soins ambulatoires (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, infirmières), l'INAMI (qui apporte son soutien, entre autres au niveau financier), la plateforme eHealth (qui assure les services de base et l'accompagnement technique) et Accenture-Belgacom (choisi comme partenaire technique pour le projet).

Entre-temps, les tests fonctionnels et techniques sont en cours. Suivront, dans une phase pilote, certaines réalisations expérimentales pour la prescription électronique de médicaments.

5. Conclusion

La modernisation de l'assurance SSI ouvre de nouvelles perspectives grâce à la simplification administrative et à l'informatisation :

- octroi plus rapide, exact et proactif de droits pour le patient
- plus grande sécurité tarifaire
- davantage de transparence et de mécanismes de contrôle
- opportunités pour le développement de la fonction consultative du médecin-conseil
- meilleur accompagnement des patients chroniques
- etc.

La simplification administrative et l'informatisation ne sont pas des missions faciles. Elles sont uniquement possibles si les conditions suivantes sont remplies :

- proactivité et attitude constructive de l'ensemble des acteurs concernés
- collaboration et contribution de nombreux d'acteurs
- stratégie pluriannuelle commune et bon suivi de celle-ci
- communication claire afin de gérer correctement les attentes.

En partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés, l'INAMI souhaite certainement continuer, dans les années à venir, à investir dans la modernisation de l'assurance SSI.



5^e Partie

Données statistiques

 Vous trouverez davantage de tableaux statistiques sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique "Voulez-vous en savoir plus ?" > Statistiques de l'INAMI.

I. Statistiques des soins de santé

1. Nombre de dispensateurs de soins individuels

a. Révision fondamentale

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

Le tableau des dispensateurs de soins individuels publié dans ce rapport annuel (R.A.) de l'INAMI est le même qu'en 2009. Ces chiffres sont les chiffres officiels utilisés à des fins statistiques internationales concernant les praticiens de soins actifs en Belgique. Ces statistiques, initialement prévues pour gérer l'assurance soins de santé, sont susceptibles d'être utilisées à des fins très variées (planification, comparaisons internationales).

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

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

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

b. Le regroupement des compétences

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

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

LE REGROUPEMENT DES SPECIALITES MEDICALES

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

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

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

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

Contrairement aux instructions internationales, les rares pédiatres avec une double spécialité non pédiatrique ont été affectés au groupe pédiatrique

Certaines spécialités agréées par le SPF Santé publique n'ont pas de numéro INAMI et ne sont pas reprises dans le tableau (par exemple : médecine du travail, gestion de données, etc.)

Les tableaux 1 et 2 ne mentionnent pas encore les nouvelles catégories de médecins spécialistes apparues en 2010 (par exemple : hématologie). Les tableaux reprennent uniquement les praticiens de soins avec une activité en 2009.

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

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

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

LE REGROUPEMENT DES PROFESSIONS DE SANTE NON MEDICALES

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

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

Praticiens de l'art dentaire ("dentistes" dans les tableaux) : diplômés en science dentaire habilités à exercer leur profession par les commissions médicales provinciales compétentes pour les praticiens de l'art dentaire (SPF Santé publique). Selon les instructions internationales, les médecins spécialistes en stomatologie porteurs d'un agrément de dentiste stomatologue sont également classés dans cette catégorie à partir du rapport annuel 2009. C'était également le cas dans les rapports annuels jusqu'en 2006. Dans les rapports 2007 et 2008, ils étaient classés parmi les médecins.

Sages-femmes: diplômées habilitées à exercer leur profession par les commissions médicales provinciales compétentes pour sages-femmes (SPF Santé publique) et à propos desquelles l'INAMI a, en outre, connaissance qu'elles exercent encore leur profession.

Les sages-femmes qui disposent également d'une qualification d'infirmier/ère ont été regroupées avec les infirmiers sages-femmes

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

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

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

On distingue :

- les bandagistes, orthopédistes, fournisseurs d'implants (uniquement ceux qui ne sont pas pharmaciens)
- une catégorie qui regroupe les logopèdes, audiciens, opticiens ou orthoptistes (uniquement ceux qui ne sont pas pharmaciens).

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

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

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

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

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

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

Les tableaux 1 et 2 présentent le nombre de professionnels inscrits auprès de l'INAMI en "droit de prester" au 31 décembre 2009 et au 31 décembre 2010.

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

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

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

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

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

CRITERES D'ACTIVITE DES PRATICIENS DE SOINS

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

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

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

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

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

Si un des deux critères est rencontré, le professionnel est comptabilisé comme "praticien de soins" dans la colonne "Pratique" des tableaux 1 et 2.

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

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

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

Le recensement des praticiens de soins durant une année (par exemple, en 2009) ne tient compte que des professionnels en droit de prester au 31 décembre de cette année (par exemple 2009).

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

Tableau 1 - Professionnels en droit de prêter (31-12-2009 et 31-12-2010) et praticiens de soins (année 2009)									
Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2009			Pratique 2009	En formation 2009		Densité 2009	En droit de prêter 31-12-2010	
	65 et +	- 65	Total	Nombre	Nombre	%	/10.000 hab.	Nombre	Progression % 2010/2009
Médecins	6.920	33.459	40.379	31.578	3.825	12%	29,1	40.682	1%
Médecins généralistes	2.198	12.310	14.508	12.286	555	5%	11,3	14.547	0%
Pédiatres	384	1.281	1.665	1.301	259	20%	1,2	1.701	2%
Gynécologues	326	1.196	1.522	1.331	192	14%	1,2	1.540	1%
Psychiatres	484	1.735	2.219	1.914	308	16%	1,8	2.249	1%
Groupe médical	1.882	8.299	10.181	8.500	1.387	16%	7,8	10.246	1%
Groupe chirurgical	1.207	5.871	7.078	5.806	1.124	19%	5,4	7.217	2%
Médecins non spécialisés	439	2.767	3.206	440	-	0%	0,4	3.182	-1%
Professions non médicales	7.670	169.508	177.178	114.912	156	0%	106,0	181.058	2%
Pharmaciens	1.708	12.583	14.291	12.450	-	0%	11,5	14.665	3%
Dentistes	979	7.707	8.686	7.655	156	2%	7,1	8.782	1%
Infirmiers et sages-femmes	2.304	77.314	79.618	42.365	-	0%	39,1	80.796	1%
Kinésithérapeutes	1.111	25.494	26.605	18.570	-	0%	17,1	27.160	2%
Professions paramédicales	1.264	11.461	12.725	8.637	-	0%	8,0	13.528	6%
Aides-soignants	304	34.949	35.253	25.235	-	0%	23,3	36.127	2%
Total général	14.590	202.967	217.557	146.490	3.981	3%	135,1	221.740	2%

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

- **Droit de prêter** : voir point c.
- **Pratique** : le nombre des praticiens de soins (actifs) dans la colonne "Pratique" correspond aux praticiens qui répondent à un des critères d'activité décrits plus haut. Il s'agit donc du total des praticiens qui ont plus d'une prestation dans l'année (pratique attestée), complété par les praticiens salariés pour autant que leurs prestations soient connues individuellement de l'INAMI.
- **En formation** : les praticiens en formation au 31 décembre 2009, complètent séparément le tableau, en regard de leur future spécialité. Cette variable recense les médecins ou les dentistes en formation (indépendamment d'une activité éventuelle). Le pourcentage est le rapport entre les praticiens en formation et les praticiens de soins.
- **Densité** : la densité correspond au nombre de praticiens de soins (hors ceux en formation) par 10.000 habitants. Il s'agit du rapport entre le nombre de praticiens (base = pratique (total)) et la population totale divisée par 10.000.

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

Tableau 2 - Professionnels en droit de prêter (31-12-2009 et 31-12-2010) et praticiens de soins (année 2009)

Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2009			Pratique 2009	En formation 2009		Densité 2009 /10.000 hab.	En droit de prêter 31-12-2010	
	65 et +	- 65	Total		Nombre	%		Nombre	Progression % 2009/2008
Médecins	6.920	33.459	40.379	31.578	3.825	12%	29,1	40.682	1%
Médecins généralistes	2.198	12.310	14.508	12.286	555	5%	11,3	14.547	0%
Pédiatres	384	1.281	1.665	1.301	259	20%	1,2	1.701	2%
Pédiatres	381	1.227	1.608	1.251	259	21%	1,2	1.643	2%
Neuropédiatres	3	54	57	50	-	0%	0,0	58	2%
Gynécologues	326	1.196	1.522	1.331	192	14%	1,2	1.540	1%
Psychiatres	484	1.735	2.219	1.914	308	16%	1,8	2.249	1%
Psychiatres	282	1.498	1.780	1.626	308	19%	1,5	1.819	2%
Neuropsychiatres	202	237	439	288	-	0%	0,3	430	-2%
Groupe médical	1.882	8.299	10.181	8.500	1.387	16%	7,8	10.246	1%
Médecine interne générale	410	1.267	1.677	1.276	485	38%	1,2	1.322	-21%
Médecine interne et nucléaire	35	37	72	57	-	0%	0,1	70	-3%
Gériatre	24	222	246	237	30	13%	0,2	308	25%
Gériatre endocrinologue	1	15	16	16	-	0%	0,0	16	0%
Endocrinologue	31	183	214	201	-	0%	0,2	229	7%
Oncologue médical	-	5	5	3	3	100%	0,0	195	3800%
Rhumatologue	53	190	243	204	17	8%	0,2	245	1%
Rhumatologie et médecine physique	22	1	23	10	-	0%	0,0	23	0%
Pneumologue	53	408	461	411	48	12%	0,4	480	4%
Gastroentérologue	75	569	644	588	56	10%	0,5	667	4%
Cardiologue	180	903	1.083	942	110	12%	0,9	1.110	2%
Neurologue	5	333	338	314	92	29%	0,3	353	4%
Médecine physique	80	429	509	439	53	12%	0,4	519	2%
Dermatologue	147	601	748	675	64	9%	0,6	762	2%
Orl	141	542	683	604	70	12%	0,6	690	1%
Radiothérapeute	11	190	201	158	47	30%	0,1	214	6%
Radiothérapeute nucléaire	42	38	80	56	-	0%	0,1	80	0%
Médecine nucléaire	11	177	188	166	25	15%	0,2	195	4%
Biologie	154	304	458	265	52	20%	0,2	457	0%
Biologie et médecine nucléaire	47	198	245	195	-	0%	0,2	242	-1%
Biologie et anapath	31	14	45	21	-	0%	0,0	44	-2%
Anatomo-pathologie	47	285	332	266	43	16%	0,2	342	3%
Radiologie	282	1.388	1.670	1.396	192	14%	1,3	1.683	1%
Groupe chirurgical	1.207	5.871	7.078	5.806	1.124	19%	5,4	7.217	2%
Anesthésiologie	251	1.894	2.145	1.678	384	23%	1,5	2.179	2%
Médecine aiguë et médecine d'urgence	3	266	269	257	96	37%	0,2	324	20%
Chirurgie générale	394	1.241	1.635	1.261	261	21%	1,2	1.652	1%
Orthopédie	181	869	1.050	917	155	17%	0,8	1.076	2%
Urologie	68	336	404	352	57	16%	0,3	403	0%
Neurochirurgie	25	168	193	163	38	23%	0,2	196	2%
Chirurgie plastique	33	217	250	211	42	20%	0,2	251	0%
Chirurgie ophtalmologique	252	880	1.132	967	91	9%	0,9	1.136	0%
Médecins non spécialisés	439	2.767	3.206	440	-	0%	0,4	3.182	-1%
Autres méd. généralistes non spécialisés	405	1.271	1.676	283	-	0%	0,3	1.651	-1%
Autres non spécialisés ou spécialité inconnue	34	1.496	1.530	157	-	0%	0,1	1.531	0%

Tableau 2 - Professionnels en droit de prêter (31-12-2009 et 31-12-2010) et praticiens de soins (année 2009) (suite)

Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2009			Pratique 2009	En formation 2009		Densité 2009	En droit de prêter 31-12-2010	
	65 et +	- 65	Total	Nombre	Nombre	%	/10.000 hab.	Nombre	Progression % 2009/2008
Professions non médicales	7.670	169.508	177.178	114.912	156	0%	106,0	181.058	2%
Pharmaciens	1.708	12.583	14.291	12.450	-	0%	11,5	14.665	3%
Pharmaciens titulaires	722	5.194	5.916	5.194	-	0%	4,8	5.903	0%
Pharmaciens non titulaires	860	6.873	7.733	6.873	-	0%	6,3	8.110	5%
Pharmaciens biologistes	126	516	642	383	-	0%	0,4	652	2%
Dentistes	979	7.707	8.686	7.655	156	2%	7,1	8.782	1%
Dentistes généralistes	879	6.925	7.804	6.859	73	1%	6,3	7.878	1%
Parodontologues	-	128	128	124	21	17%	0,1	139	9%
Orthodontistes	12	403	415	392	33	8%	0,4	420	1%
Stomatologues	88	251	339	280	29	10%	0,3	345	2%
Infirmiers et sages-femmes	2.304	77.314	79.618	42.365	-	0%	39,1	80.796	1%
Sages-femmes	431	3.174	3.605	1.727	-	0%	1,6	3.836	6%
Infirmiers	1.253	66.242	67.495	36.393	-	0%	33,6	68.620	2%
Infirmiers sages-femmes	93	1.658	1.751	934	-	0%	0,9	1.801	3%
Assistants hospitaliers	527	6.240	6.767	3.311	-	0%	3,1	6.539	-3%
Kinésithérapeutes	1.111	25.494	26.605	18.570	-	0%	17,1	27.160	2%
Professions paramédicales	1.264	11.461	12.725	8.637	-	0%	8,0	13.528	6%
Diététiciens	10	1.648	1.658	658	-	0%	0,6	1.814	9%
Podologues	1	265	266	195	-	0%	0,2	295	11%
Logopèdes, audic., optic., orthoptistes	30	5.282	5.312	4.509	-	0%	4,2	5.762	8%
Bandag., orthopéd., fourn. d'implants	1.223	4.266	5.489	3.275	-	0%	3,0	5.657	3%
Aides-soignants	304	34.949	35.253	25.235	-	0%	23,3	36.127	2%
Total général	14.590	202.967	217.557	146.490	3.981	3%	135,1	221.740	2%

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

e. Recensement des praticiens de soins par année (2001-2009)

Le recensement (tableau 3) reprend, de 2001 à 2009, par année, l'ensemble des praticiens de soins qui ont une pratique attestée parmi les professionnels en droit de prêter (sauf exclusions, voir ci-dessous). Le taux d'accroissement annuel est calculé sur la période 2001-2009 selon la formule consacrée.

Dans le R.A. 2009, pour la catégorie des pharmaciens, le nombre reprenait les seuls pharmaciens biologistes puisque les autres n'avaient pas de chiffres d'activité répertoriés. Dans ce rapport annuel 2010, les pharmaciens salariés d'officine de moins de 65 ans sont ajoutés.

REMARQUE

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

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

Tableau 3 - Nombre des praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité - Evolution 2001-2009

Spécialités/professions	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Accroissement annuel moyen
Médecins	29.303	29.537	29.646	29.891	30.081	30.440	30.868	31.281	31.561	0,93%
Médecins généralistes	12.303	12.346	12.394	12.412	12.405	12.415	12.336	12.273	12.272	-0,03%
Pédiatres	1.109	1.124	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.269	1.301	2,02%
Pédiatres	1.109	1.124	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.220	1.251	1,52%
Neuropédiatres	-	-	-	-	-	-	-	49	50	
Gynécologues	1.160	1.185	1.183	1.203	1.211	1.233	1.265	1.317	1.331	1,73%
Psychiatres	1.715	1.748	1.771	1.797	1.803	1.840	1.855	1.891	1.914	1,38%
Psychiatres	458	522	568	1.356	1.469	1.516	1.547	1.593	1.626	17,16%
Neuropsychiatres	1.257	1.226	1.203	441	334	324	308	298	288	-16,82%
Groupe médical	7.280	7.455	7.559	7.680	7.829	8.027	8.193	8.372	8.500	1,96%
Médecine interne générale	1.685	1.708	1.716	1.720	1.713	1.542	1.319	1.328	1.276	-3,42%
Médecine interne et nucléariste	74	74	71	69	66	64	59	57	57	-3,21%
Gériatre	1	1	-	-	-	210	219	225	237	98,08%
Gériatre endocrinologue	1	1	1	1	1	1	15	15	16	41,42%
Endocrinologue	-	-	-	-	-	-	187	195	201	
Oncologue médical	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
Rhumatologue	188	204	206	206	209	208	208	203	204	1,03%
Rhumatologie et médecine physique	22	21	16	13	11	12	10	10	10	-9,39%
Pneumologue	264	282	299	322	348	370	381	395	411	5,69%
Gastroentérologue	355	377	386	407	443	461	488	523	588	6,51%
Cardiologue	728	757	761	779	802	826	898	922	942	3,27%
Neurologue	155	167	184	203	231	253	276	297	314	9,23%
Médecine physique	383	388	397	407	409	418	421	432	439	1,72%
Dermatologue	582	591	605	615	632	641	652	670	675	1,87%
Orl	523	530	544	546	550	561	576	590	604	1,82%
Radiothérapeute	120	128	130	136	138	144	149	152	158	3,50%
Radiothérapeute nucléariste	73	71	69	67	65	64	59	60	56	-3,26%
Médecine nucléaire	132	134	143	144	147	147	157	160	166	2,91%
Biologie	271	272	271	272	270	275	264	265	265	-0,28%
Biologie et médecine nucléaire	197	204	207	203	201	199	198	194	195	-0,13%
Biologie et anapath	41	38	37	32	31	28	26	26	21	-8,02%
Anatomo-pathologie	224	230	237	245	251	259	262	264	266	2,17%
Radiologie	1.261	1.277	1.279	1.293	1.311	1.344	1.369	1.389	1.396	1,28%
Groupe chirurgical	4.768	4.894	4.907	5.012	5.155	5.231	5.510	5.717	5.806	2,49%
Anesthésiologie	1.314	1.376	1.393	1.435	1.505	1.537	1.586	1.633	1.678	3,10%
Médecine aiguë et médecine d'urgence	-	-	-	-	-	-	150	244	257	
Chirurgie générale	1.172	1.174	1.163	1.195	1.209	1.221	1.232	1.261	1.261	0,92%
Orthopédie	798	831	823	828	857	869	893	902	917	1,75%
Urologie	306	308	311	315	322	328	339	342	352	1,77%
Neurochirurgie	117	123	129	138	141	149	155	161	163	4,23%
Chirurgie plastique	164	169	177	180	191	193	201	209	211	3,20%
Chirurgie ophtalmologique	897	913	911	921	930	934	954	965	967	0,94%
Médecins non spécialisés	968	785	684	626	504	497	473	442	437	-9,46%
Autres méd. généralistes non spécialisés	968	785	684	626	356	346	316	292	282	-14,29%
Autres non spécialisés ou spécialité inconnue	-	-	-	-	148	151	157	150	155	

Tableau 3 - Nombre des praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité - Evolution 2001-2009 (suite)

Spécialités/professions	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Accroissement annuel moyen
Professions non médicales	51.976	51.404	51.420	51.976	52.600	53.561	59.397	57.937	59.220	1,64%
Pharmaciens biologistes	376	372	374	364	367	364	363	388	383	0,23%
Dentistes	7.680	7.685	7.680	7.712	7.694	7.748	7.677	7.663	7.655	-0,04%
Dentistes généralistes	7.420	7.422	7.421	7.451	7.440	7.484	6.934	6.881	6.859	-0,98%
Parodontologues	-	-	-	-	-	-	108	118	124	
Orthodontistes	-	-	-	-	-	-	375	395	392	
Stomatologues	260	263	259	261	254	264	260	269	280	0,93%
Infirmiers et sages-femmes	19.496	19.733	20.129	20.782	21.564	22.477	23.159	23.978	24.814	3,06%
Sages-femmes	1.119	1.180	1.242	1.357	1.482	1.559	1.659	1.619	1.690	5,29%
Infirmiers	16.168	16.407	16.791	17.388	18.099	18.955	19.613	20.464	21.268	3,49%
Infirmiers sages-femmes	686	692	715	743	768	768	767	819	821	2,27%
Assistants hospitaliers	1.523	1.454	1.381	1.294	1.215	1.195	1.120	1.076	1.035	-4,71%
Kinésithérapeutes	18.298	17.615	17.338	17.317	17.310	17.451	17.544	17.716	17.786	-0,35%
Professions paramédicales	6.126	5.999	5.899	5.801	5.665	5.521	10.654	8.192	8.579	4,30%
Diététiciens	-	-	-	-	-	-	591	625	657	
Podologues	-	-	-	-	-	-	177	176	194	
Logopèdes, audic., optic., orthoptistes	2.084	2.040	2.034	2.040	2.023	2.005	6.415	4.237	4.456	9,97%
Bandag., orthopéd., fourn. d'implants	4.042	3.959	3.865	3.761	3.642	3.516	3.471	3.154	3.272	-2,61%

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

2. Dépenses de santé

Le tableau 4 et le graphique 1 présentent une évolution de 2007 à 2011 des dépenses annuelles dans le cadre du remboursement des soins de santé. Ces éléments sont ventilés par groupes de prestations et reprennent l'ensemble des organismes assureurs (O.A.).

En comparaison avec le rapport annuel 2009, les données pour 2009 reprises dans le tableau 4, sont modifiées suite aux nouvelles données des unions nationales et aux modifications des dépenses propres de l'INAMI.

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

Le poste des dépenses, englobant les petits risques (consultations, visites et avis de médecins, kinésithérapeutes, praticiens de l'art dentaire, praticiens de l'art infirmier, fournitures pharmaceutiques, etc.) affichent, dès lors, une hausse importante par rapport aux données de l'année 2007. Cette hausse se signale aussi bien au niveau des dépenses elles-mêmes, qu'au niveau des tickets modérateurs, du nombre de cas et du nombre de jours.

Ce sont donc principalement les prestations relatives aux petits risques qui sont à l'origine des hausses des tickets modérateurs.



Les éléments de 2010 sont provisoires. Pour 2011, les montants repris correspondent aux différents objectifs budgétaires partiels fixés par le Conseil général et le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

Tableau 4 - Dépenses annuelles pour tous les O.A. de 2007 à 2010 - Répartition des objectifs budgétaires partiels de 2011 suivant différentes catégories de prestations et (ou) de dispensateurs (en milliers d'EUR)

	2007	2008	2009	2010	Objectif 2011
Médecins	5.608.139	6.135.935	6.637.649	6.658.263	7.113.974
Infirmières	836.892	930.676	1.001.744	1.066.570	1.143.373
Dentistes	585.283	671.823	733.995	756.408	810.470
Kinésithérapeutes	445.990	503.183	549.049	580.007	585.715
Pharmacie	3.550.294	3.955.511	4.120.388	4.249.222	4.292.935
Paramédicaux	657.865	723.249	781.548	834.888	1.026.617
Hospitalisation	4.083.700	4.388.049	4.711.393	4.836.172	5.332.137
Autres séjours	2.397.409	2.476.066	2.665.194	2.847.247	3.088.175
MAF	286.576	277.153	304.212	326.335	379.760
Fonds d'avenir	0	0	0	0	1.093.460
Reste	423.340	615.545	916.628	671.761	1.002.720
Total	18.875.488	20.677.190	22.421.800	22.826.873	25.869.336

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

Graphique 1 - Répartition des objectifs budgétaires partiels de 2011 suivant différentes catégories de prestations et (ou) de dispensateurs

Médecins	27,5%	
Infirmiers	4,4%	
Dentistes	3,1%	
Kinésithérapie	2,3%	
Prestations pharmaceutiques	16,6%	
Collaborateurs paramédicaux	4,0%	
Hospitalisation	20,6%	
Autres séjours	11,9%	
MAF	1,5%	
Fonds d'avenir	4,2%	
Reste	3,9%	

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

Les dépenses sont regroupées en 10 rubriques principales et une rubrique "reste".

La rubrique "collaborateurs paramédicaux" comprend :

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

La rubrique "autres séjours" reprend les postes suivants :

- maisons de repos et de soins (MRS)
- maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)
- centres de soins de jour
- soins de santé mentale
- rééducation fonctionnelle et professionnelle
- centres médico-pédiatriques
- soins palliatifs et internés.

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

Une nouvelle rubrique concerne le "Fonds pour l'avenir des soins de santé" (Fonds d'avenir) créé en application de l'article 114 de la loi-programme du 22 décembre 2008.

Concernant les mesures de 2011, le gouvernement a décidé que le montant de la contribution des soins de santé à l'équilibre financier des gestions globales de la Sécurité sociale sera porté en 2011 à 1.093.460 milliers d'euros, soit le montant correspondant à l'application de la norme de 4,5%. Pour l'année 2011, le Fonds d'avenir des soins de santé ne sera financé que par le produit de l'application du système des montants de référence visés à l'article 56ter de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI).

La rubrique "reste" comprend les prestations suivantes: dialyse, fin de carrière, fonds spécial de solidarité, logopédie, autres frais de séjour et frais de déplacements, régularisation et refacturation, patients chroniques, soins palliatifs (patient), matériel corporel humain, soutiens aux soins multidisciplinaires de 1^{re} ligne, équipes multidisciplinaires voiturettes, sevrage tabac, circuit de soins psychiatriques, montant prévisionnel accord social, provision de stabilité, fonds toxicomanie, montant de rattrapage hôpitaux, patients chroniques extra, maisons médicales, lits "grandes dépendances", prestations inconfortables autres secteurs, Fonds d'avenir et divers (expertise loi santé, budget ICT implants, eHealth, compromis biologie clinique, financement syndicats médicaux, avortements médicamenteux, plan cancer, transfert indemnités, projet Vinca infirmières, prime d'informatique unique infirmières, projet aides-soignantes accompagnement (art.56), centres de jour palliatifs (art. 56) et Impulseo I + II + III), MS/ALS/Huntington, trajets de soins (exceptés médecins) insuffisance rénale et diabète, maladies rares, accord social, solidarisation chapitre IV hors indications, correction technique, fonds d'indemnisation, partie du budget des moyens financiers (BMF) et compensation dépenses hors objectif budgétaire.

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

3. Ticket modérateur

Le tableau 5 et le graphique 2 reprennent, pour les années 2007 à 2009, les montants à charge des patients (ticket modérateur ou intervention personnelle) calculés sur base des tarifs officiels des honoraires. Ce tableau ne reprend pas les montants que le patient paie en honoraires dépassant les tarifs officiels (par exemple, chez des dispensateurs de soins non conventionnés) et les montants pour les médicaments non remboursables.

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

	2007	2008	2009
Médecins	655.304	708.539	749.168
Infirmières	6.890	6.910	7.672
Dentistes	93.485	106.286	113.110
Kinésithérapeutes	136.515	139.422	141.519
Pharmacie	563.352	604.490	602.601
Paramédicaux	43.149	59.818	116.935
Hospitalisation	193.971	198.751	204.642
Autres séjours	9.077	9.674	10.235
Reste	14.979	16.711	18.305
Total	1.716.722	1.850.601	1.964.187

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

Médecins	38,2%	
Infirmiers	0,4%	
Dentistes	5,8%	
Kiné	7,2%	
Prestations pharmaceutiques	30,7%	
Collaborateurs paramédicaux	6,0%	
Hospitalisation	10,4%	
Autres séjours	0,5%	
Reste	0,9%	

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

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

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

Le tableau 6 et le graphique 3 reprennent, pour les années 2004 et 2009, les dépenses effectuées pour les patients ambulants, les patients hospitalisés ainsi que le total.

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

En 2009, 63,1% des dépenses totales bénéficient aux patients ambulants, 36,9% aux patients hospitalisés. De 2004 à 2009, la part des dépenses pour les patients ambulants est passé de 59,8% à 63,1%, soit une hausse de 3,3 points de pourcentage.

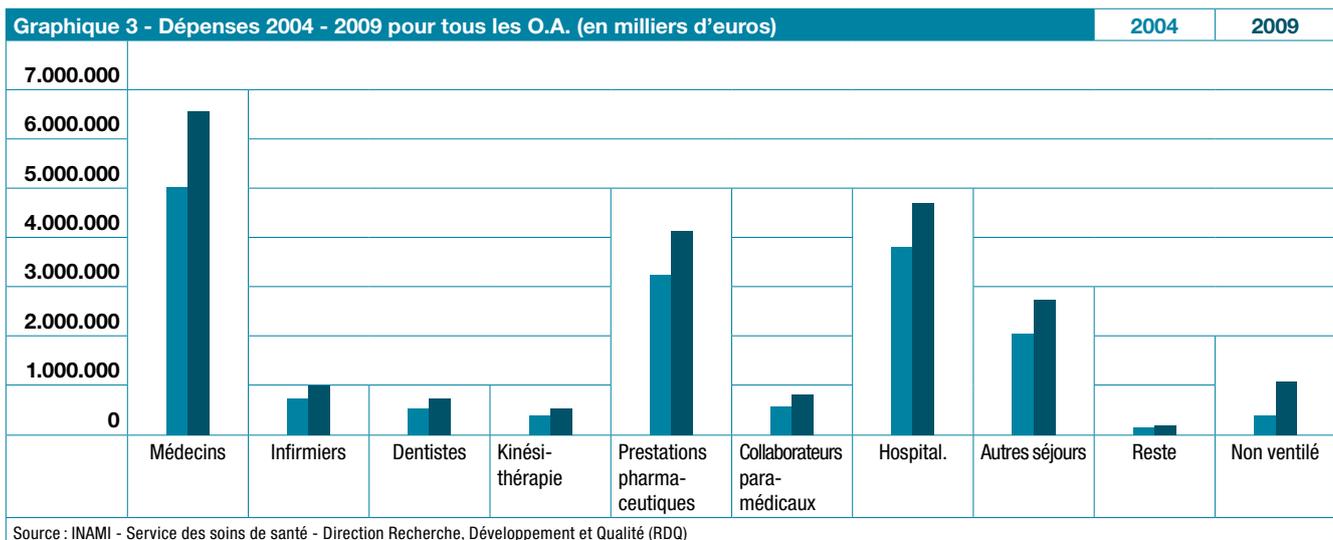
Le tableau 6 présente ses rubriques de la même façon que les tableaux 4 et 5.



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

Tableau 6 - Dépenses 2004 - 2009 pour tous les organismes assureurs (en milliers d'euros)									2004	2009
	Ambulant		%		Hospitalisé		%		Total	
Médecins	3.142.799	4.334.343	62,6	66,1	1.876.550	2.226.550	37,4	33,9	5.019.349	6.560.893
Infirmières	702.676	1.001.744	100,0	100,0	-	-	0,0	0,0	702.676	1.001.744
Dentistes	513.171	721.047	99,7	99,7	1.710	2.037	0,3	0,3	514.881	723.084
Kiné	347.721	495.345	89,5	91,3	40.933	47.006	10,5	8,7	388.654	542.351
Pharmacie	2.666.627	3.527.642	82,1	85,9	581.443	579.713	17,9	14,1	3.248.070	4.107.355
Paramédicaux	212.745	335.411	37,1	42,9	360.255	446.137	62,9	57,1	573.000	781.548
Hospitalisation	169.645	265.132	4,5	5,6	3.626.703	4.446.261	95,5	94,4	3.796.348	4.711.393
Autres séjours	1.925.452	2.609.338	94,7	95,5	107.333	122.321	5,3	4,5	2.032.785	2.731.659
Reste	133.342	185.938	95,0	96,4	7.088	6.922	5,0	3,6	140.430	192.860
Total	9.814.178	13.475.940	59,8	63,1	6.602.015	7.876.947	40,2	36,9	16.416.193	21.352.887
Non ventilé									355.331	1.068.913
Total général									16.771.524	22.421.800

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



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

Le tableau 6bis donne le détail et l'évolution de la rubrique "non-ventilé" de 2004 à 2009.

Tableau 6 bis - Répartition de la rubrique "non-ventilé" du tableau 6		
	2004	2009
Honoraires médicaux		
Accréditation	10.615	15.615
Dossier médical global	2.295	1.237
Forfait télématique (1)	4.627	5.980
Contrôle de qualité Pasteur (2)	1.637	0
Forfait services de garde organisés	8.312	35.646
Fonds d'impulsion	0	8.848
Dentistes - Accréditation	8.036	10.911
Kinésithérapeutes - Forfait télématique (1)	583	6.698
Harmonisation salariale	136.760	264.298
Prime syndicale	2.024	2.295
Fin de carrière	26.375	78.936
Régularisations + refacturation	-54.956	-104.458
MAF	179.286	304.212
Soutien aux soins multidisciplinaires	95	1.677
Equipes multidisciplinaires voiturettes	0	467
Internés	0	26.468
Montant prévisionnel accord social	0	0
Herceptine (art. 56)	0	54
Vaccin pneumocoque (art 56)	0	12.979
Sevrage tabac	0	50
SIDA	0	709
Revalidation oncologique	0	93
Centres palliatifs de jour	0	0
Fonds assuétude	0	676
eHealth	0	774
Compromis laboratoire biologie clinique	0	0
Financement syndicats médicaux	0	1.060
Circuit de soins psychiatriques	0	2.016
Renouvellements de soins	0	193
Soutien de la pratique médecine générale	0	9.430
Montants de rattrapage hôpitaux	0	0
Algologie (art. 56)	0	948
Projet Vinca infirmières	0	7
Prime d'informatique unique infirmières	0	7.922
Projet aides-soignants (art. 56)	0	235
Maisons médicales (3)	29.642	65.931
Maladies chroniques - MS/ALS/Huntington	0	1.416
Fonds d'avenir	0	299.852
Plan cancer	0	913
Prime d'informatique bandagistes	0	150
Transfert indemnités	0	4.675
Total	355.331	1.068.913
Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)		
(1) Aide de l'INAMI au dispensateur pour s'informatiser		
(2) Contrôle des laboratoires de biologie clinique		
(3) Avant, ces dépenses étaient reprises dans les rubriques "médecins", "infirmiers" et "kinésithérapeutes".		

5. Dépenses, effectifs, coûts moyens par régimes, par âges et par sexes



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

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

- les dépenses de l'assurance soins de santé en 2009
- les affiliés des mutualités (effectifs) en 2009
- les coûts moyens calculés par bénéficiaire en 2009
- une comparaison des coûts moyens, d'une part, entre 2008 et 2009, et, d'autre part, entre 2007 et 2009.

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



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

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

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

Dépenses en 2009 (en milliers d'euros)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	292.819	381.126	86.284	122.683	882.911	28.136	38.231	66.367	949.278		
10 à 19 ans	293.359	275.486	111.551	130.202	810.597	34.918	34.692	69.610	880.208		
20 à 29 ans	561.522	309.805	145.150	133.937	1.150.414	36.740	25.144	61.885	1.212.299		
30 à 39 ans	740.977	405.781	183.353	177.011	1.507.122	66.062	59.949	126.011	1.633.133		
40 à 49 ans	790.488	611.085	292.445	263.351	1.957.369	85.387	114.673	200.060	2.157.430		
50 à 59 ans	943.442	881.296	415.857	363.628	2.604.224	107.492	160.040	267.532	2.871.756		
60 à 69 ans	948.175	1.056.746	498.371	418.209	2.921.502	107.106	144.601	251.707	3.173.209		
70 à 79 ans	1.151.572	1.166.760	863.347	530.798	3.712.478	166.266	154.600	320.866	4.033.344		
80 à 89 ans	1.103.390	710.504	1.255.166	448.768	3.517.827	203.844	123.939	327.784	3.845.611		
90 ans et +	223.153	77.153	386.382	74.363	761.051	68.542	20.864	89.406	850.457		
Total	7.048.895	5.875.741	4.237.907	2.662.951	19.825.495	904.494	876.734	1.781.229	21.606.723		

Effectif des bénéficiaires en 2009										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	448.049	468.184	59.436	63.055	1.038.724	43.869	46.062	89.931	1.128.655		
10 à 19 ans	467.568	485.679	77.619	83.061	1.113.927	55.894	58.800	114.694	1.228.621		
20 à 29 ans	539.385	542.979	62.993	54.587	1.199.944	41.643	51.571	93.214	1.293.158		
30 à 39 ans	572.978	560.756	57.738	45.562	1.237.034	57.696	95.463	153.159	1.390.193		
40 à 49 ans	614.891	599.030	76.390	56.369	1.346.680	78.707	131.294	210.001	1.556.681		
50 à 59 ans	547.882	533.935	98.749	70.576	1.251.142	67.527	105.761	173.288	1.424.430		
60 à 69 ans	406.445	400.339	109.511	76.613	992.908	43.672	53.377	97.049	1.089.957		
70 à 79 ans	306.831	276.933	139.654	77.918	801.336	39.263	32.698	71.961	873.297		
80 à 89 ans	162.747	110.893	128.861	48.990	451.491	25.907	17.538	43.445	494.936		
90 ans et +	19.307	8.070	26.672	5.829	59.878	4.989	1.795	6.784	66.662		
Total	4.086.083	3.986.798	837.623	582.560	9.493.064	459.167	594.359	1.053.526	10.546.590		

Coût moyen par bénéficiaire en 2009 (en EUR)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	653,54	814,05	1.451,71	1.945,65	850,00	641,37	829,99	737,98	841,07		
10 à 19 ans	627,41	567,22	1.437,17	1.567,55	727,69	624,72	590,00	606,92	716,42		
20 à 29 ans	1.041,04	570,57	2.304,23	2.453,64	958,72	882,27	487,57	663,90	937,47		
30 à 39 ans	1.293,20	723,63	3.175,60	3.885,05	1.218,33	1.145,01	627,98	822,75	1.174,75		
40 à 49 ans	1.285,57	1.020,12	3.828,32	4.671,92	1.453,48	1.084,88	873,41	952,66	1.385,92		
50 à 59 ans	1.721,98	1.650,57	4.211,26	5.152,29	2.081,48	1.591,83	1.513,22	1.543,86	2.016,07		
60 à 69 ans	2.332,85	2.639,63	4.550,88	5.458,72	2.942,37	2.452,51	2.709,05	2.593,61	2.911,32		
70 à 79 ans	3.753,11	4.213,15	6.182,04	6.812,27	4.632,86	4.234,67	4.728,13	4.458,89	4.618,52		
80 à 89 ans	6.779,78	6.407,11	9.740,46	9.160,40	7.791,58	7.868,31	7.066,91	7.544,80	7.769,91		
90 ans et +	11.558,12	9.560,48	14.486,43	12.757,39	12.710,02	13.738,58	11.623,62	13.178,97	12.757,74		
Total	1.725,10	1.473,80	5.059,44	4.571,12	2.088,42	1.969,86	1.475,09	1.690,73	2.048,69		

Tableau 7 - Dépenses, effectif, coût moyen par régime et évolution du coût moyen, par régime, par âge et par sexe (suite)									
Evolution du coût moyen par bénéficiaire de 2008 à 2009 (2008 = 100) FEMMES - HOMMES									
Âge	Régime général				Régime indépendant				Total général
	non-BIM		BIM		Total		Total		
0 à 9 ans	104,91	106,02	98,04	97,63	106,03	131,60	125,41	128,02	107,06
10 à 19 ans	102,24	110,87	102,54	103,94	107,49	110,95	117,19	113,95	107,86
20 à 29 ans	105,94	106,52	101,38	95,96	106,20	110,49	113,12	111,62	106,40
30 à 39 ans	105,43	104,78	100,46	100,43	106,03	111,34	116,19	113,70	106,59
40 à 49 ans	105,78	106,05	103,78	98,43	106,66	111,56	113,97	112,89	107,17
50 à 59 ans	105,00	106,49	106,88	106,42	106,01	109,35	108,74	108,97	106,27
60 à 69 ans	104,72	105,70	106,95	107,86	105,68	105,41	104,52	104,99	105,63
70 à 79 ans	104,09	105,79	107,04	108,20	105,53	107,31	104,80	106,05	105,57
80 à 89 ans	105,32	105,16	105,97	106,59	105,40	106,94	108,41	107,44	105,57
90 ans et +	103,41	103,64	104,37	102,75	103,30	107,86	108,14	107,90	103,77
Total	106,24	107,60	102,98	102,34	106,57	107,78	109,00	108,35	106,68

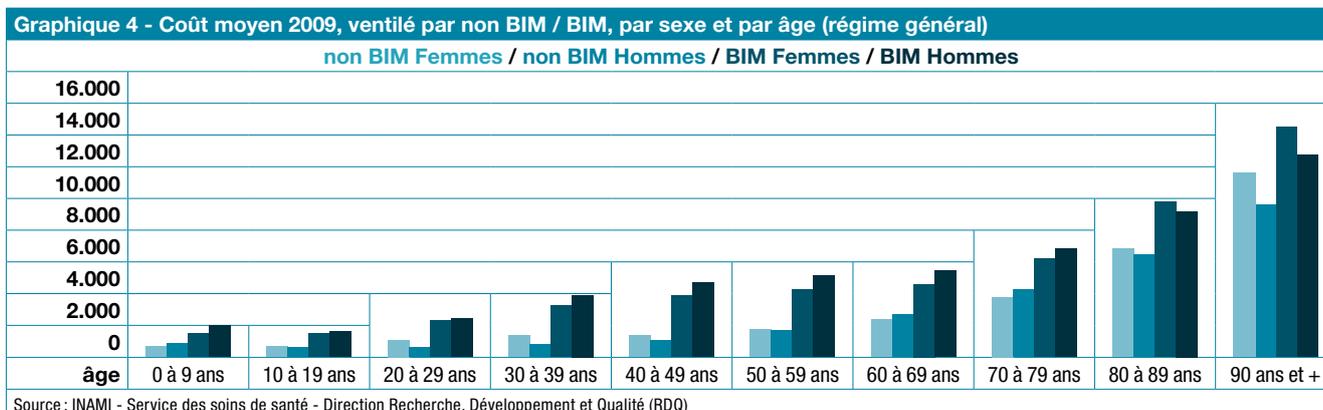
Evolution du coût moyen par bénéficiaire de 2007 à 2009 (2007 = 100) FEMMES - HOMMES									
Âge	Régime général				Régime indépendant				Total général
	non-BIM		BIM		Total		Total		
0 à 9 ans	110,54	109,94	81,47	82,04	111,19	175,22	172,45	173,67	113,15
10 à 19 ans	121,71	117,02	96,16	96,21	120,14	206,00	179,07	191,65	123,24
20 à 29 ans	111,94	109,18	101,43	94,79	112,37	156,00	179,77	164,88	113,99
30 à 39 ans	113,03	111,22	87,73	94,68	113,88	164,86	209,45	183,37	117,27
40 à 49 ans	112,46	112,12	94,72	88,50	113,82	178,48	183,34	181,10	117,67
50 à 59 ans	111,57	110,05	113,37	110,54	111,77	161,42	158,68	159,72	114,93
60 à 69 ans	109,39	111,00	113,63	116,50	111,36	136,14	129,33	132,44	112,81
70 à 79 ans	109,32	110,67	112,46	113,63	110,41	136,79	132,62	134,67	112,06
80 à 89 ans	111,85	111,87	113,69	114,06	112,20	131,22	134,43	132,27	113,67
90 ans et +	108,53	106,17	111,71	109,51	109,18	131,03	137,60	132,66	111,40
Total	114,69	114,54	101,45	99,91	113,62	142,46	148,66	145,34	115,55

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

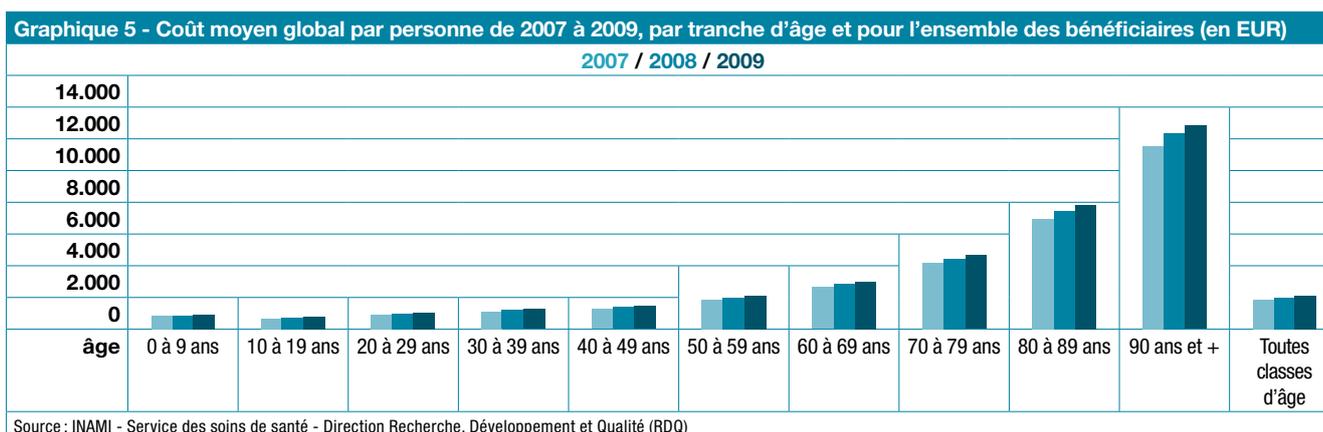
La ventilation par âges et sexes des bénéficiaires provient des nouvelles statistiques des effectifs, sur base de la carte SIS. Les nouvelles statistiques remplacent définitivement les anciennes depuis le 1^{er} janvier 2007.

Les tableaux donnant l'évolution des coûts moyens par bénéficiaire indiquent une augmentation légèrement plus élevée dans le régime des indépendants que dans le régime général. La raison principale est la prise en compte complète en 2009 de l'extension des remboursements de l'assurance soins de santé obligatoire pour les petits risques des indépendants (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008).

Le graphique 4 reprend les données du coût moyen en 2009 pour le régime général, ventilé par sexe, par droit ou non à l'intervention majorée (BIM ou non-BIM) et par tranche d'âge.



Le graphique 5 reprend le coût moyen global par personne de 2007 à 2009, par tranches d'âges et pour l'ensemble des bénéficiaires.



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

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

- d'actes techniques prescrits
- de prestations effectuées.

Ces actes et ces prestations concernent les médecins généralistes, les médecins spécialistes en formation, les médecins spécialistes et les praticiens de l'art dentaire durant l'année comptable 2009.

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

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

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

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

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

Tableau 8 - Montants remboursés (en EUR) pour les actes techniques prescrits, les spécialités pharmaceutiques prescrites et pour les prestations - Année comptable 2009					
	Médecins généralistes	Médecins spécialistes en formation	Médecins spécialistes	Total médecins	Dentistes
Actes techniques prescrits	Montants - Nombre de prescripteurs				
Patients ambulants	1.158.826.782,49 17.525	52.156.218,24 2.926	1.212.520.089,22 21.851	2.423.503.089,95 42.302	9.922.491,68 3.613
Patients hospitalisés	15.309.918,06 7.337	35.920.052,61 2.704	713.760.174,21 16.417	764.990.144,88 26.458	1.809.085,14 416
Total - Actes techniques prescrits	1.174.136.700,55 17.795	88.076.270,85 3.013	1.926.280.263,43 22.305	3.188.493.234,83 43.113	11.731.576,82 3.658
Spécialités pharmaceutiques prescrites	Montants - Nombre de prescripteurs				
	1.866.837.662 18.866	35.765.822 2.806	756.130.332 24.072	2.658.733.817 45.744	8.739.181 7.998
Prestations	Montants - Nombre de dispensateurs				
Patients ambulants	1.128.790.832,99 13.462	2.896.082,08 1.175	2.840.792.677,13 19.070	3.972.479.592,20 33.707	773.812.663,08 7.918
Patients hospitalisés	9.705.434,16 3.160	8.656.792,14 1.167	1.690.041.389,19 16.326	1.708.403.615,49 20.653	9.093.100,11 970
Total - Prestations	1.138.496.267 13.519	11.552.874 1.413	4.530.834.066 19.308	5.680.883.208 34.240	782.905.763 7.919

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

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

Tableau 9 - Ventilation des nombres d'actes techniques prescrits et des prestations prestées - année comptable 2009					
	Médecins généralistes	Médecins spécialistes en formation	Médecins spécialistes	Total médecins	Dentistes
Spécialités pharmaceutiques prescrites	Nombres d'actes - Nombre de prescripteurs				
Patients ambulants	212.844.651 17.525	7.057.395 2.926	132.908.571 21.851	219.904.972 42.302	504.587 3.613
Patients hospitalisés	5.797.983 7.337	13.112.633 2.704	98.830.919 16.417	117.741.535 26.458	134.225 416
Total - Actes techniques prescrits	218.642.634 17.795	20.170.028 3.013	231.739.490 22.305	337.646.507 43.113	638.812 3.658
Prestations	Nombres d'actes - Nombre de dispensateurs				
Patients ambulants	58.597.390 13.462	135.660 1.175	197.670.733 19.070	256.403.783 33.707	27.886.066 7.918
Patients hospitalisés	739.573 3.160	205.924 1.167	110.514.122 16.326	111.459.619 20.653	141.020 970
Total - Prestations	59.336.963 13.519	341.584 1.413	308.184.855 19.308	367.863.402 34.240	28.027.086 7.919

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

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

7. Prescription de spécialités pharmaceutiques délivrées

Le tableau 10 présente les montants remboursés par l'assurance soins de santé pour les prescriptions de spécialités pharmaceutiques en 2007.

Les montants sont ventilés par grandes classes ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification) et par types de prescripteur : médecins généralistes, médecins spécialistes en formation, médecins spécialistes et dentistes.

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

Ne sont donc pas repris dans les données :

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

Tableau 10 - Montants remboursés pour les prescriptions de spécialités pharmaceutiques (en EUR) - Répartition selon les grandes classes ATC (année de délivrance 2009) (1)

ATC		Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médecins spécialistes en formation	Praticiens de l'art dentaire	Total
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme (ex. : médicaments contre les troubles gastriques, diabète)	215.417.159	59.210.582	2.790.065	195.514	277.613.319
B	Sang et système hématopoïétique (ex. : antithrombotiques)	117.742.801	44.821.607	3.826.968	89.095	166.480.470
C	Système cardio-vasculaire (ex. : anti-hypertenseurs, anti-cholestérol)	585.025.163	56.144.690	3.961.985	429.866	645.561.704
D	Préparations dermatologiques (ex. : antimycosiques, antiacné)	14.643.722	11.959.738	361.907	33.696	26.999.063
G	Système uro-génital et hormones sexuelles (ex. : contraceptifs)	19.073.103	11.389.167	378.731	30.357	30.871.358
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	38.162.704	35.698.727	1.676.063	61.977	75.599.470
J	Anti-infectieux à usage systémique (ex. : antibiotiques, SIDA, vaccins)	161.398.775	88.120.114	5.747.846	6.126.581	261.393.316
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs (ex. : médicaments contre le cancer, contre les rejets)	85.189.887	250.462.282	6.617.163	127.545	342.396.876
M	Système squelettique et musculaire (ex. : anti-inflammatoires)	83.491.584	13.855.919	808.279	1.138.024	99.293.806
N	Système nerveux central (ex. : antidépresseurs)	331.325.654	114.619.807	6.957.974	277.863	453.181.298
P	Antiparasitaires	431.970	357.995	32.398	30.247	852.610
R	Système respiratoire (ex. : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive)	186.697.083	39.906.857	1.701.263	175.545	228.480.748
S	Organes sensoriels (ex. : médicaments pour les yeux)	7.041.581	24.539.234	548.647	19.715	32.149.177
V	Divers (ex. : oxygène)	21.196.477	5.043.615	356.535	3.157	26.599.784
	Total	1.866.837.662	756.130.332	35.765.822	8.739.181	2.667.472.998

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

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



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

ÉVOLUTION 2005-2009

Le tableau 11 donne une évolution sur la période 2005-2009 des montants remboursés, des tickets modérateurs, des DDD et du coût moyen.



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

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

Les totaux pour 2009 du tableau 11 sont légèrement supérieurs à ceux du tableau 10. En effet, pour une partie des données, la qualification du prescripteur n'a pas pu être déterminée. Ces données ne sont donc pas reprises au tableau 10.

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

	Montants remboursés par l'assurance (en EUR)	2005	2006	2007	2008	2009
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	243.306.790	231.754.898	241.165.605	280.294.250	278.976.061
B	Sang et système hématopoiétique	125.024.156	131.738.415	137.272.936	154.903.221	167.430.833
C	Système cardio-vasculaire	559.225.301	531.549.971	564.433.388	626.655.808	647.993.771
D	Préparations dermatologiques	33.403.433	26.453.737	25.247.958	28.143.115	27.204.917
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	46.248.180	45.450.414	33.015.279	33.462.881	31.050.768
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	58.769.398	61.408.791	66.549.252	74.144.013	75.883.237
J	Anti-infectieux à usage systémique	204.997.079	188.441.231	213.291.514	267.644.064	263.166.333
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	222.618.652	235.909.456	262.076.815	316.676.050	343.824.157
M	Système squelettique et musculaire	103.635.286	96.671.904	100.696.693	107.615.037	99.776.989
N	Système nerveux central	363.700.692	369.670.798	398.511.032	444.084.225	456.044.066
P	Antiparasitaires	636.327	663.227	717.417	826.041	856.991
R	Système respiratoire	190.130.762	188.639.261	200.607.048	218.811.046	229.364.457
S	Organes sensoriels	27.718.030	27.417.308	27.840.449	31.047.802	32.369.039
V	Divers	24.171.899	25.310.014	26.471.136	27.009.934	26.895.357
	Total	2.203.585.986	2.161.079.426	2.297.896.521	2.611.317.487	2.680.836.978
	Tickets modérateurs (en EUR)	2005	2006	2007	2008	2009
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	50.361.154	54.667.946	53.725.591	59.617.182	55.795.723
B	Sang et système hématopoiétique	18.802.239	22.998.687	23.628.692	25.890.771	27.011.665
C	Système cardio-vasculaire	153.349.258	156.810.352	159.485.142	167.895.753	163.359.876
D	Préparations dermatologiques	7.031.960	7.242.346	6.897.084	7.325.916	6.881.049
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	17.205.439	30.880.962	34.193.087	34.437.131	30.906.693
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	5.281.156	5.187.560	5.256.902	5.726.082	5.531.586
J	Anti-infectieux à usage systémique	58.374.394	53.898.936	56.642.528	62.478.668	61.713.564
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	1.728.734	1.920.389	1.927.076	2.208.345	2.347.275
M	Système squelettique et musculaire	32.811.740	32.500.628	32.083.426	34.052.621	33.063.269
N	Système nerveux central	91.453.107	91.573.733	96.621.394	104.236.072	100.515.409
P	Antiparasitaires	235.127	224.020	216.751	249.642	258.428
R	Système respiratoire	68.152.172	68.897.692	73.142.239	80.306.706	84.353.215
S	Organes sensoriels	6.816.853	7.097.230	7.108.657	7.819.169	7.959.832
V	Divers	355.133	257.941	238.082	239.860	221.221
	Total	511.958.466	534.158.423	551.166.651	592.483.916	579.918.807
	DDD	2005	2006	2007	2008	2009
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	372.712.392	384.394.440	423.673.920	499.523.434	545.189.296
B	Sang et système hématopoiétique	75.088.485	77.763.177	83.967.640	140.043.521	321.887.533
C	Système cardio-vasculaire	1.411.582.580	1.498.341.012	1.594.313.633	1.780.031.213	1.872.025.432
D	Préparations dermatologiques	25.514.415	24.145.865	23.117.279	25.648.862	25.502.862
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	168.437.541	266.487.596	295.803.969	305.454.168	295.266.822
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	123.505.533	128.208.434	135.317.330	150.926.776	156.702.810
J	Anti-infectieux à usage systémique	104.628.076	104.159.992	110.981.476	122.406.962	126.781.859
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	35.358.420	35.816.674	38.342.829	43.463.521	45.686.073
M	Système squelettique et musculaire	212.745.462	210.959.270	219.811.839	241.164.670	243.940.072
N	Système nerveux central	361.177.780	380.824.893	404.325.614	447.039.672	465.813.655
P	Antiparasitaires	1.345.255	1.384.157	1.497.254	1.738.585	1.853.421
R	Système respiratoire	323.374.415	327.800.955	345.644.855	375.367.507	394.045.604
S	Organes sensoriels	71.430.006	69.940.482	70.584.552	74.771.057	73.043.805
V	Divers	1.354.202	1.425.345	1.498.859	1.556.027	1.565.211
	Total	3.288.254.561	3.511.652.291	3.748.881.050	4.209.135.977	4.569.304.454

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

	Coût moyen (montants remboursés/DDD) (en EUR)	2005	2006	2007	2008	2009
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	0,65	0,60	0,57	0,56	0,51
B	Sang et système hématopoïétique	1,67	1,69	1,63	1,11	0,52
C	Système cardio-vasculaire	0,40	0,35	0,35	0,35	0,35
D	Préparations dermatologiques	1,31	1,10	1,09	1,10	1,07
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	0,27	0,17	0,11	0,11	0,11
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	0,48	0,48	0,49	0,49	0,48
J	Anti-infectieux à usage systémique	1,96	1,81	1,92	2,19	2,08
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	6,30	6,59	6,84	7,29	7,53
M	Système squelettique et musculaire	0,49	0,46	0,46	0,45	0,41
N	Système nerveux central	1,01	0,97	0,99	0,99	0,98
P	Antiparasitaires	0,47	0,48	0,48	0,48	0,46
R	Système respiratoire	0,59	0,58	0,58	0,58	0,58
S	Organes sensoriels	0,39	0,39	0,39	0,42	0,44
V	Divers	17,85	17,76	17,66	17,36	17,18

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

L'évolution des montants remboursés (dépenses de l'assurance soins de santé) est remarquable en 2005 et 2006. Après des années de croissance relativement importante, on enregistre une baisse des dépenses durant deux années consécutives. Ces baisses sont essentiellement le fait des mesures budgétaires prises dans le secteur et qui ont conduit à des diminutions des coûts des médicaments.

En 2007 et 2008, le taux de croissance des dépenses se situe à nouveau à des niveaux comparables à ce qu'on observait avant 2005 (+6,3% et +7,8%).

En 2008, le pourcentage de croissance s'élève en fait à 13,6% ; une partie de cette augmentation s'explique par l'intégration des "petits risques" des indépendants dans l'assurance soins de santé. Le taux de croissance réel est de 7,8%. La croissance des dépenses en 2009 est positive mais bien en deçà (+2,7%)

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

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

ÉVOLUTION DU COÛT MOYEN

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

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

- les classes A (tractus gastro-intestinal et métabolisme) : une conséquence des mesures budgétaires (système du prix de référence, baisse du prix des anciens médicaments) et de la concurrence accrue des génériques au sein de ces classes
- la classe B (sang et système hématopoïétique) : en raison du remboursement à partir de 2008 de l'aspirine en prévention cardio-vasculaire (ayant un coût par DDD très bas).

ÉVOLUTION DU VOLUME

On constate généralement une augmentation du volume.

La croissance du volume est parmi les plus fortes dans les classes :

- A (principalement les inhibiteurs d'acides gastriques et les antidiabétiques oraux)
- B (l'aspirine en prévention cardio-vasculaire)
- C (certains médicaments pour le système cardio-vasculaire: les antagonistes calciums, les inhibiteurs ACE et les médicaments contre le cholestérol)
- N (les antidépresseurs).

Même la réduction du coût moyen des classes A, B et C, coût plus important en 2009 qu'en 2005, n'a pas pu empêcher que la hausse du volume n'entraîne une croissance élevée des dépenses.

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

II. Statistiques des indemnités

1. Régime général

a. Régime général - Incapacité primaire

Tableau 1 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) – Evolution 2005-2009					
Jours indemnisés - Dépenses					
	2005	2006	2007	2008	2009
Ouvriers	16.077.207 567.898.138	17.075.244 614.736.217	18.862.630 687.737.665	20.053.616 761.435.221	20.462.553 816.880.914
Employés	6.845.310 257.436.913	7.250.513 278.257.855	8.012.462 311.045.879	8.526.485 346.221.223	8.970.743 393.341.296
Rectifications relatives à des exercices antérieurs	-58	786	-108.488	-6.248	1.158
Total général	22.922.517 825.334.993	24.325.757 892.994.858	26.875.092 998.675.055	28.580.101 1.107.650.196	29.433.296 1.210.223.367
Évolution par rapport à l'année précédente	2,11% 4,73%	6,12% 8,20%	10,48% 11,83%	6,34% 10,91%	2,99% 9,26%

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

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

Le tableau 1 donne, pour des périodes d'incapacité primaire, les jours et les montants indemnisés de 2005 à 2009 par état social. Les ouvriers comptent un nombre de jours et des montants indemnisés plus élevés que les employés. Deux facteurs peuvent expliquer cette tendance :

- la durée de la période de salaire garanti

 La **période de salaire garanti** est la période durant laquelle le travailleur reste à charge de l'employeur.

Les ouvriers bénéficient d'une période de salaire garanti plus courte que les employés. Cette période est de deux semaines calendrier pour les ouvriers et de 30 jours pour les employés. Les ouvriers sont donc plus rapidement à charge de l'assurance indemnités.

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

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

Tableau 2 - Nombre de cas de maladie terminés, répartis selon la durée de l'incapacité de travail - Evolution 2005-2009

Durée	2005	2006	2007	2008	2009	% 2009
1 - 14 jours	42.743	40.384	44.037	43.340	45.165	11,53%
15 - 98 jours	214.522	217.785	224.995	229.588	217.828	55,62%
99 - 337 jours	71.168	75.194	81.810	85.014	87.108	22,24%
338 - 365 jours	28.384	30.475	34.072	38.266	41.547	10,61%
Total	356.817	363.838	384.914	396.208	391.648	100,00%

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

Le tableau 2 montre la durée des périodes d'incapacité primaire. Ce tableau répartit les cas indemnisés en incapacité primaire selon la durée totale de l'incapacité de travail reconnue, exprimée en jours. Seuls les cas dont l'incapacité de travail a pris fin au cours de chacune des années examinées (2005 à 2009) peuvent être répertoriés dans une catégorie de durée déterminée. Ces chiffres ne reprennent pas les cas d'incapacité de travail dont la durée d'incapacité n'est pas supérieure à la période de salaire garanti et qui ne sont donc pas indemnisés par l'assurance indemnités. Si l'incapacité se prolonge au delà de la période de salaire garanti, le cas est codifié pour la durée totale de l'incapacité.

Les cas ayant une durée inférieure à 15 jours concernent principalement des chômeurs. Les chômeurs ne bénéficient d'aucune période de salaire garanti et sont par conséquent à charge de l'assurance indemnités dès le premier jour de l'incapacité. Ce groupe de titulaires représente 11,53% des cas.

La majorité des titulaires en incapacité primaire (55,62%) ont une durée d'incapacité comprise entre 15 et 98 jours. La plupart des titulaires reprennent leur activité professionnelle dans les trois mois qui suivent le début de l'incapacité. Le nombre de titulaires diminue ensuite progressivement : 87.108 cas (22,24%) ont une durée d'incapacité comprise entre 99 et 337 jours.

La dernière période d'incapacité primaire regroupe 10,61% des cas. Ces titulaires, qui sont en incapacité de travail depuis près d'un an, ont généralement des problèmes de santé sérieux. Une grande majorité des titulaires repris dans ce dernier groupe entrera vraisemblablement en invalidité.

Tableau 3 - Nombre moyen de jours indemnisés par cas et nombre moyen de cas de maladies par 1.000 titulaires - Évolution 2005-2009

Durée d'indemnisation moyenne par cas - Nombre moyen de cas										
	2005		2006		2007		2008		2009	
Ouvriers	59,81	139,63	62,23	139,80	64,04	145,42	66,61	148,27	71,20	143,36
Employés	67,40	57,73	68,73	58,64	70,50	61,44	72,10	62,72	73,85	63,69
Total	61,88	100,64	64,03	101,12	65,84	105,34	68,15	107,16	71,98	104,90

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

Le tableau 3 donne :

- la durée moyenne d'indemnisation par cas de maladie en période d'incapacité primaire
- le nombre moyen de cas de maladie pour 1.000 titulaires.

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

b. Régime général - Maternité

Tableau 4 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2005-2009										
Nombre de jours - Dépenses										
	2005	2006	2007	2008	2009					
Période de repos de maternité										
Ouvrières	2.572.969	104.170.454	2.582.286	107.253.622	2.599.608	110.280.515	2.670.647	117.905.846	2.653.312	121.439.792
Employées	4.226.842	232.449.686	4.270.366	241.743.027	4.353.750	251.595.797	4.512.036	272.963.281	4.533.616	284.373.093
Total	6.799.811	336.620.140	6.852.652	348.996.649	6.953.358	361.876.311	7.182.683	390.869.127	7.186.928	405.812.885
Période d'écartement du travail										
Ouvrières	552.789	15.353.187	577.270	16.430.084	548.251	15.646.257	542.159	16.449.901	534.097	15.933.809
Employées	1.220.260	37.381.411	1.288.481	40.496.480	1.371.627	44.114.049	1.403.942	47.882.444	1.408.552	49.666.484
Total	1.773.049	52.734.598	1.865.751	56.926.564	1.919.878	59.760.306	1.946.101	64.332.345	1.942.649	65.600.293
Total à charge de l'assurance indemnités ⁽¹⁾	1.286.548		1.371.804		1.411.320		1.462.487		1.466.591	
Congé de paternité	365.195	29.770.559	373.764	31.115.154	386.759	32.934.836	413.069	36.319.896	392.314	35.550.511
Congé d'adoption	12.312	856.063	8.905	630.344	8.663	650.251	8.342	641.977	11.676	931.692
Rectifications relatives à des exercices antérieurs		- 7.111		-105		30		1.695		114
Total général	8.950.367	419.974.249	9.101.072	437.668.606	9.268.658	455.221.734	9.550.195	492.165.040	9.533.567	507.895.494
Évolution par rapport à l'année précédente	2,21%	7,55%	1,68%	4,21%	1,84%	4,01%	3,04%	8,12%	-0,17%	3,20%
Invalidité	68.910	2.892.439	72.432	3.088.540	78.073	3.398.135	82.960	3.748.476	92.782	4.354.970
⁽¹⁾ Nombre de jours indemnisés par l'assurance indemnités après déduction des jours qui ont finalement été pris en charge par le Fonds des maladies professionnelles.										
⁽²⁾ Pas encore disponible.										
Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques										

Le tableau 4 comprend quatre types de dépenses.

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

 L'assurance maternité fournit un revenu de remplacement durant la période de maternité.

La période de repos prénatal prend cours, à la demande de l'intéressée, au plus tôt au début de la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement. La période de repos postnatal est de neuf semaines et débute le jour de l'accouchement.

Les montants indemnisés en maternité s'élèvent à 405.812.885 EUR pour 7.186.928 jours.

Lorsque le repos de maternité se situe dans une période durant laquelle l'intéressée est reconnue invalide, les jours indemnisés et les dépenses correspondantes apparaissent de manière distincte. En 2009, les dépenses relatives à ce groupe restreint s'élèvent à 4.354.970 EUR pour 92.782 jours indemnisés.

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

L'employeur doit prendre certaines dispositions lorsqu'une travailleuse est enceinte (loi sur le travail du 16 mars 1971). Si exercer sa fonction comporte un risque pour la travailleuse enceinte, l'exposition à ce risque doit être évitée. La travailleuse peut ainsi être écartée de son milieu de travail et bénéficier d'une indemnité.

Les jours et les montants indemnisés se chiffrent à 1.942.649 jours et 65.600.293 EUR.

○ Dépenses relatives au congé de paternité

Depuis le 1^{er} juillet 2002, les pères ont droit à un congé de paternité de 10 jours dont les trois premiers sont à charge de l'employeur. Les sept jours restants donnent droit à une indemnité versée par les mutualités.

Depuis l'introduction de ce congé, le nombre de jours et les montants indemnisés ont augmenté jusqu'en 2008 avant de se stabiliser en 2009. Cette mesure est donc un succès.

○ Dépenses relatives au congé d'adoption

Depuis le 25 juillet 2004, le travailleur qui adopte un enfant a droit à un congé d'adoption d'une durée ininterrompue de maximum six semaines si l'enfant a moins de trois ans au début de ce congé. Ce congé est de maximum quatre semaines si l'âge de l'enfant est compris entre trois ans et moins de huit ans. Le congé d'adoption prend fin une fois que l'enfant a atteint l'âge de huit ans.

Tout comme le congé de paternité, le congé d'adoption connaît un succès. Le nombre de jours augmente de 3.334 unités entre 2008 et 2009, alors qu'il n'avait cessé de diminuer de 2005 à 2008.

c. Régime général - Invalidité

Groupe d'âge	Ouvriers	Ouvriers	Employés	Employés	Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
< 20	4	3	0	0	7
20 - 24	496	454	46	168	1.164
25 - 29	1.897	1.772	256	890	4.815
30 - 34	3.551	3.674	640	2.133	9.998
35 - 39	6.191	6.555	1.108	3.655	17.509
40 - 44	9.762	10.126	1.569	5.815	27.272
45 - 49	14.686	13.912	2.446	8.079	39.123
50 - 54	19.303	16.563	3.170	9.141	48.177
55 - 59	23.376	16.272	4.327	8.875	52.850
60 - 64	21.135	11.866	4.439	6.315	43.755
> 64	244	147	60	88	539
Total	100.645	81.344	18.061	45.159	245.209

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

Le nombre d'invalides croît à mesure que l'âge augmente. Cette constatation est logique compte tenu du fait que la probabilité de tomber malade augmente également avec l'âge.

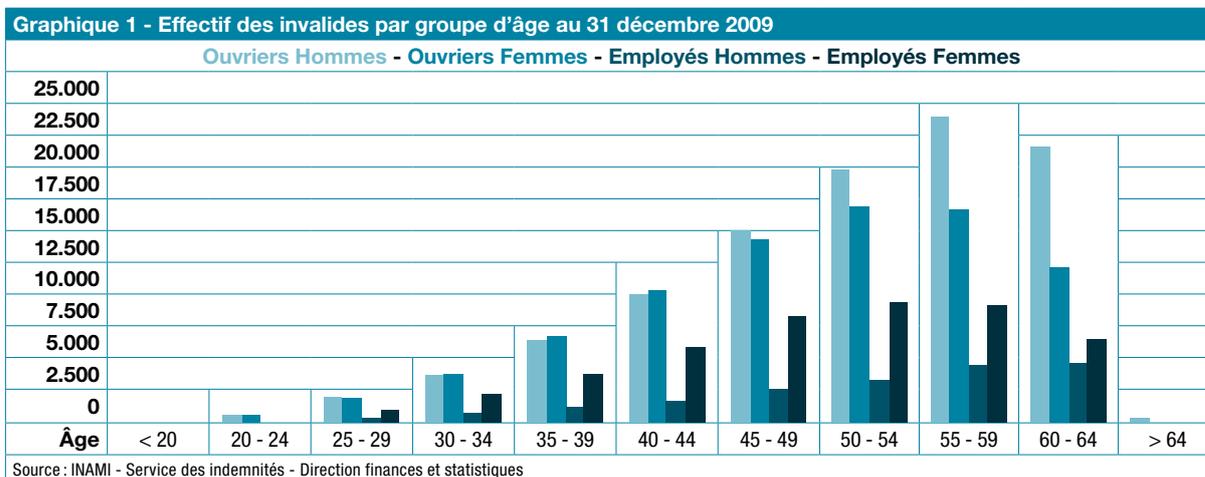


Tableau 6 - Effectif des invalides par groupe de maladies, au 31 décembre - Évolution 2005-2009

Groupe de maladies	2005	2006	2007	2008	2009
1. Maladies infectieuses et parasitaires	1.952	1.969	2.024	2.108	2.131
2. Tumeurs	12.197	12.918	13.592	14.266	15.103
3. Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	5.152	5.214	5.308	5.430	5.598
4. Maladies du sang et des organes des hématopœides	368	373	390	392	413
5. Troubles mentaux	68.272	70.833	74.054	78.112	83.247
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	13.024	13.450	13.821	14.347	14.883
7. Maladies de l'appareil circulatoire	19.517	19.415	19.372	19.216	19.427
8. Maladies de l'appareil respiratoire	5.868	5.749	5.664	5.562	5.669
9. Maladies de l'appareil digestif	5.973	5.971	6.052	6.143	6.247
10. Maladies des organes génito-urinaires	1.917	1.990	2.002	2.009	2.042
11. Complications de la grossesse et accouchement	339	389	436	510	523
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1.073	1.145	1.203	1.241	1.320
13. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	52.951	55.441	58.032	60.595	65.146
14. Anomalies congénitales	1.442	1.449	1.510	1.536	1.577
15. Affections trouvant origine dans la période périnatale	30	27	27	26	19
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	4.487	4.734	4.895	4.884	5.260
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	14.033	14.755	15.302	15.776	16.538
Non défini	0	0	0	0	66
Total	208.595	215.822	223.684	232.153	245.209

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

Le tableau 6 donne le nombre d'invalides répertoriés au 31 décembre des années 2005 à 2009. Il ventile les résultats selon le groupe de maladies dans lequel les invalides ont été reconnus.

Les principaux groupes de maladies sont les groupes 5, 13 et 7. Au 31 décembre 2009, ces trois groupes représentent respectivement 33,95%, 26,57% et 7,92% des invalides.

Le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) augmente fortement entre 2005 et 2009. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif (affections du plan dorsal, rhumatismes articulaires, etc.) restent toutefois une cause importante d'invalidité. L'importance des maladies de l'appareil circulatoire (infarctus, arythmie, hypertension, thromboses, etc.) a plutôt tendance à diminuer - sauf en 2009 - alors que le nombre de tumeurs (tumeur du sein, leucémie, etc.) croît chaque année.

Tableau 7 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2005-2009

Nombre de jours - Dépenses										
	2005		2006		2007		2008		2009	
Ouvriers - Hommes	28.468.469	1.062.734.611	28.495.318	1.087.268.796	28.923.219	1.123.689.505	29.419.743	1.206.384.896	30.038.025	1.273.293.957
Ouvriers - Femmes	18.363.862	542.866.471	19.212.986	581.266.548	20.223.113	626.904.104	21.442.092	708.151.910	23.083.667	791.921.571
Ouvriers - Total	46.832.331	1.605.601.082	47.708.304	1.668.535.344	49.146.332	1.750.593.609	50.861.835	1.914.536.806	53.121.692	2.065.215.528
Employés - Hommes	5.454.329	215.702.121	5.528.477	222.289.859	5.625.374	230.751.140	5.750.355	246.481.645	5.882.803	260.683.664
Employés - Femmes	10.878.942	343.806.789	11.559.704	373.744.883	12.339.713	408.064.739	13.105.756	460.639.527	14.228.675	520.069.015
Employés - Total	16.333.271	559.508.910	17.088.181	596.034.742	17.965.087	638.815.879	18.856.111	707.121.172	20.111.478	780.752.679
Subtotal	63.165.602	2.165.109.993	64.796.485	2.264.570.085	67.111.419	2.389.409.488	69.717.946	2.621.657.979	73.233.170	2.845.968.207
Divers	-327	-5.528	1.258	2.759	-1.142	9.705	1.207	135.221	-208	-5.038
Total général	63.165.275	2.165.104.465	64.797.743	2.264.572.844	67.110.277	2.389.419.193	69.719.153	2.621.793.199	73.232.962	2.845.963.169
Evolution par rapport à l'année précédente	1,24%	3,88%	2,58%	4,59%	3,57%	5,51%	3,89%	9,73%	5,04%	8,55%

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

Le tableau 7 donne les jours et les montants indemnisés en invalidité de 2005 à 2009.

Il ressort clairement de ces chiffres que le nombre de jours indemnisés en invalidité augmente constamment ces dernières années. Cette tendance est liée à l'augmentation constante du nombre d'invalides et peut s'expliquer par les raisons suivantes.

○ Le relèvement de l'âge de la pension des femmes

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

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

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

○ Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population belge est un fait. Une analyse de l'évolution de la population belge par tranches d'âges montre que le nombre de personnes repris dans la tranche 50-59 ans augmente. Dans les tranches d'âges plus jeunes, la tendance est à la baisse. Vu que l'incapacité de travail est un phénomène qui croît avec l'âge, l'augmentation du nombre de personnes âgées engendre un nombre plus important de cas d'incapacité primaire et d'invalidité.

○ Prévention

Enfin, force est de constater que des glissements importants s'opèrent dans les pathologies entraînant une invalidité. D'une part, le progrès de la science médicale, entre autres, permet de traiter correctement certaines maladies. C'est le cas pour les maladies cardiovasculaires : le nombre d'invalides, appartenant à ce groupe de maladies, était en 2009, légèrement plus bas qu'il y a 10 ans. D'autre part, le nombre d'invalides souffrant de troubles psychiques et de maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif augmente considérablement. Sur la base de cette constatation, une politique de prévention spécifique pourrait éventuellement être élaborée, accordant une attention particulière à la prévention des nouvelles pathologies apparues. À la lumière des évolutions, le contrôle médical de l'incapacité de travail devrait davantage se focaliser sur les nouvelles pathologies.

2. Régime des indépendants

a. Régime des indépendants - Incapacité primaire

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

Nombre de jours - Dépenses					
	2005	2006	2007	2008	2009
Indépendants	1.520.656 38.861.837	1.571.126 40.568.670	1.587.435 46.829.600	1.644.862 52.929.902	1.778.291 60.039.977
Conjoints aidants	146.620 3.525.192	131.396 3.223.749	130.050 3.564.961	122.580 3.644.218	118.101 3.663.219
Total général	1.667.276 42.387.029	1.702.522 43.792.419	1.717.485 50.394.561	1.767.442 56.574.107	1.896.392 63.703.196
Évolution par rapport à l'année précédente	0,46% 2,76%	2,11% 3,32%	0,88% 15,08%	2,91% 12,26%	7,30% 12,60%

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

Le tableau 1 donne les jours et les montants indemnisés pour des périodes d'incapacité primaire, par type d'indépendants, de 2005 à 2009. En 2009, le nombre total de jours augmente de 128.950 (+7,30%) par rapport à 2008. Le nombre de jours indemnisés augmente de 133.429 (+8,11%) dans la catégorie des indépendants, alors que ce nombre diminue chez les conjoints aidants (-4.479 soit -3,65%). En 2009, l'augmentation de 12,60% des dépenses par rapport à 2008 s'explique notamment par les revalorisations des forfaits d'incapacité primaire intervenues en 2009.

Durée	2005	2006	2007	2008	2009	% 2009
29 - 98 jours	3.669	3.683	3.550	3.528	3.637	31,07%
99 - 337 jours	4.056	4.105	4.078	4.170	4.407	37,65%
338 - 365 jours	3.615	3.590	3.640	3.428	3.662	31,28%
Total	11.340	11.378	11.268	11.126	11.706	100,00%
Évolution par rapport à l'année précédente	4,41%	0,34%	-0,97%	-1,26%	5,21%	

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

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

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

Ce tableau montre que 31,07% des cas ont une durée comprise entre 29 et 98 jours, 37,65% entre 99 et 337 jours et 31,28% entre 338 et 365 jours. Cette dernière période allant de 338 à 365 jours contient notamment les cas qui atteignent un an d'incapacité et qui entreront probablement en invalidité.

Tableau 3 - Nombre moyen de jours indemnisés par cas et nombre moyen de cas de maladie par 1.000 titulaires - Évolution 2005-2009										
Durée d'indemnisation moyenne - Nombre moyen de cas										
	2005		2006		2007		2008		2009	
Hommes	142,97	20,91	140,80	20,60	140,26	20,03	141,82	18,76	142,34	19,55
Femmes	143,08	20,24	142,45	20,48	143,40	21,28	140,90	20,13	142,36	21,01
Total	143,01	20,69	141,34	20,56	141,32	20,44	141,51	19,20	142,35	20,02

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

Le tableau 3 donne la durée moyenne d'indemnisation par cas de maladie en période d'incapacité primaire. L'analyse des chiffres doit tenir compte de la période de carence d'un mois.

Ce tableau donne également le nombre moyen de cas de maladie pour 1.000 titulaires indépendants. Ainsi, en 2009, sur 1.000 titulaires, 20,02 cas de maladie sont enregistrés. Chez les hommes, 19,55 cas de maladie pour 1.000 titulaires sont dénombrés, alors que ce nombre s'élève à 21,01 pour les femmes.

b. Régime des indépendants - Maternité

Tableau 4 - Nombre de cas indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2005-2009					
Nombre de cas - Dépenses					
	2005	2006	2007	2008	2009
En incapacité primaire					
Indépendantes	4.725 9.508.198	5.056 10.354.587	4.986 11.189.912	5.172 14.210.018	5.242 14.662.395
Conjointes aidantes	403 805.476	320 644.280	240 538.069	250 676.360	199 557.540
Total	5.128 10.313.674	5.376 10.998.868	5.226 11.727.981	5.422 14.886.378	5.441 15.219.935
Maternité de titulaires invalides					
Indépendantes	11 22.301	12 24.386	11 18.369	14 32.156	7 19.272
Conjointes aidantes	0 0	0 0	0 -1.924 (1)	0 0	0 0
Total	11 22.301	12 24.386	11 16.445	14 32.156	7 19.272
Évolution par rapport à l'année précédente	1,72% 4,58%	4,85% 6,65%	-2,80% 6,54%	3,80% 27,03%	0,22% 2,15%
Congé d'adoption					
Indépendantes + conjointes aidantes	- -	- -	25 47.554	47 90.051	33 63.442
(1) Régularisation					

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

Le tableau 4 donne le nombre de cas et les dépenses pour le repos de maternité.



L'assurance maternité fournit un revenu de remplacement forfaitaire aux titulaires indépendantes durant la période de repos de maternité.

Depuis le 1^{er} juillet 2007, la période de repos de maternité est de huit semaines, que la titulaire peut limiter à six ou sept semaines si elle le souhaite. Cette période est prolongée d'une semaine en cas de naissance multiple. Auparavant, cette période était de six semaines (+ une semaine en cas de naissance multiple).

Les dépenses pour le repos de maternité en incapacité primaire augmentent de 729.113 EUR entre 2006 et 2007. Cette augmentation s'explique principalement par l'allongement possible de la période de repos depuis le 1^{er} juillet 2007 (voir ci-avant).

L'augmentation de ces dépenses se marque davantage entre 2007 et 2008 (+ 3.158.397 EUR). Cette augmentation trouve son origine dans les trois adaptations des prestations à l'indice santé intervenues en 2008 et dans le fait que la mesure introduite le 1^{er} juillet 2007 joue sur l'ensemble de l'exercice 2008 (contre 6 mois en 2007).

En 2009, les dépenses pour le repos de maternité en période d'incapacité primaire s'élèvent à 15.219.935 EUR (+2,15% par rapport à 2008) pour 5.441 cas.

Lorsque le repos de maternité se situe dans une période durant laquelle l'intéressée est reconnue invalide, les jours indemnisés et les dépenses correspondantes apparaissent de manière distincte. En 2009, les dépenses pour le repos de maternité en période d'invalidité sont de 19.272 EUR pour sept cas.

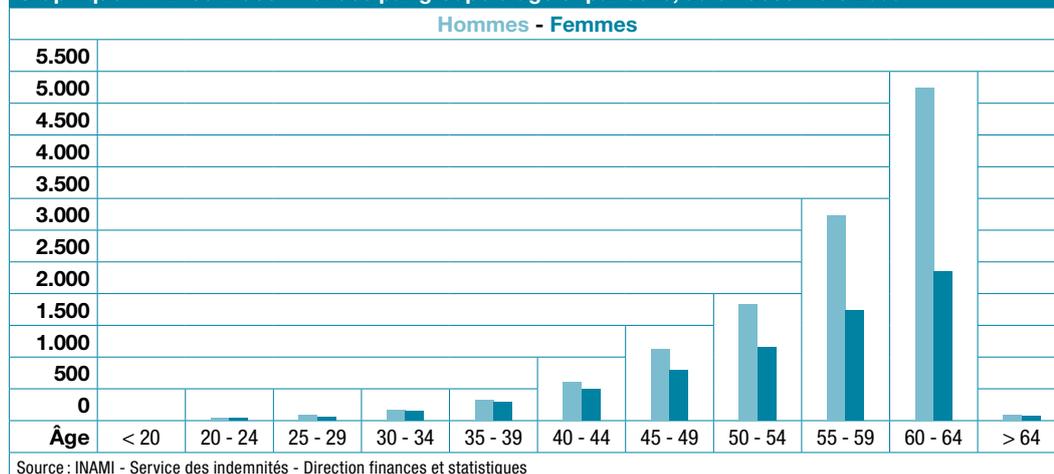
Le 1^{er} février 2007, le congé d'adoption a été introduit : 25 cas en 2007, 47 en 2008 et 33 en 2009.

c. Régime des indépendants - Invalidité

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
< 20	1	0	1
20 - 24	11	11	22
25 - 29	71	32	103
30 - 34	148	127	275
35 - 39	304	262	566
40 - 44	579	461	1.040
45 - 49	1.109	785	1.894
50 - 54	1.816	1.142	2.958
55 - 59	3.213	1.720	4.933
60 - 64	5.218	2.334	7.552
> 64	65	50	115
Total	12.535	6.924	19.459

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

Graphique 1 - Effectif des invalides par groupe d'âge et par sexe, au 31 décembre 2009



Le tableau 5 et le graphique 1 indiquent que le nombre d'invalides croît à mesure que l'âge augmente. Cette constatation est logique puisque la probabilité de tomber malade augmente également avec l'âge.

Tableau 6 - Effectif des invalides par groupe de maladie au 31 décembre - Évolution 2005-2009

Groupe de maladies	2005	2006	2007	2008	2009
1. Maladies infectieuses et parasitaires	169	172	181	181	186
2. Tumeurs	1.518	1.625	1.770	1.837	1.978
3. Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	488	499	478	450	467
4. Maladies du sang et des organes des hématopœides	27	26	32	31	31
5. Troubles mentaux	3.172	3.282	3.397	3.439	3.678
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	975	1.023	1.053	1.106	1.168
7. Maladies de l'appareil circulatoire	2.697	2.684	2.668	2.591	2.551
8. Maladies de l'appareil respiratoire	471	489	478	464	435
9. Maladies de l'appareil digestif	440	456	449	446	463
10. Maladies des organes génito-urinaires	154	149	148	160	180
11. Complications de la grossesse et accouchement	6	6	8	5	6
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	99	99	107	105	112
13. Maladies du syst. ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif	4.694	4.897	5.052	5.157	5.526
14. Anomalies congénitales	72	71	68	78	77
15. Affections trouvant origine dans la période périnatale	2	2	2	5	2
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	505	511	484	436	446
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	1.867	1.942	2.027	2.061	2.143
Inconnu	0	0	0	0	10
Total	17.356	17.933	18.402	18.552	19.459

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

Le tableau 6 donne le nombre d'invalides répertoriés au 31 décembre des années 2005 à 2009. Il ventile les résultats selon le groupe de maladies dans lequel les invalides ont été reconnus.

Les principaux groupes de maladies sont les groupes 13, 5 et 7. Au 31 décembre 2009, ces trois groupes représentent respectivement 28,40%, 18,90% et 13,11% des invalides.

Tout comme dans le régime général, le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) augmente fortement entre 2005 et 2009. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif (affections du plan dorsal, rhumatismes articulaires, etc.) restent toutefois la cause principale d'invalidité. L'importance des maladies de l'appareil circulatoire (infarctus, arythmie, hypertension, thromboses, etc.) a plutôt tendance à diminuer alors que le nombre de tumeurs (tumeur du sein, leucémie, etc.) croît chaque année.

Tableau 7 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2005-2009					
Nombre de jours - Dépenses					
	2005	2006	2007	2008	2009
Indépendants					
Hommes	3.714.990 108.201.506	3.702.282 117.851.791	3.728.876 129.467.337	3.751.589 139.037.495	3.815.876 146.425.300
Femmes	1.380.642 36.587.737	1.504.664 42.790.636	1.579.321 48.695.992	1.614.299 53.276.767	1.718.627 58.869.484
Total	5.095.632 144.789.244	5.206.946 160.642.427	5.308.197 178.163.328	5.365.888 192.314.263	5.534.503 205.294.784
Conjoints aidants					
Hommes	8.528 219.855	12.626 349.866	14.199 433.926	17.894 624.766	21.953 775.060
Femmes	160.210 3.977.748	203.737 5.194.266	239.336 6.905.722	289.265 9.019.432	330.566 10.554.399
Total	168.738 4.197.603	216.363 5.544.133	253.535 7.339.648	307.159 9.644.197	352.519 11.329.459
Inconnu	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Total général	5.264.370 148.986.846	5.423.309 166.186.560	5.561.732 185.502.976	5.673.047 201.958.460	5.887.022 216.624.243
Évolution par rapport à l'année précédente	1,34% 3,30%	3,02% 11,54%	2,55% 11,62%	2,00% 8,87%	3,77% 7,26%

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

Le tableau 7 donne les jours et les montants indemnisés relatifs à l'invalidité. La forte croissance des dépenses en 2006 par rapport à 2005 (+11,54%) s'explique notamment par la liaison, au 1^{er} janvier 2006, du forfait "avec arrêt d'entreprise" au montant minimum "travailleur régulier", en vigueur dans le régime général.

En 2007, les dépenses augmentent de 11,62% par rapport à 2006 suite à la liaison des indemnités au minimum pension (régime des indépendants), pour les titulaires avec charge de famille et isolés (liaison au montant "minimum pension salarié" pour les invalides qui ont arrêté leur entreprise et au montant "minimum pension indépendant" pour les invalides qui n'ont pas arrêté leur entreprise).

L'augmentation de 8,87% des dépenses entre 2007 et 2008 s'explique quant à elle par les trois adaptations des prestations à l'indice santé et par les deux revalorisations des forfaits d'invalidité intervenues en 2008.

La croissance de 7,26% entre 2008 et 2009 est pour sa part liée aux différentes revalorisations des forfaits intervenues en 2009.

III. Statistiques d'évaluation et de contrôle médicaux

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

Dans le domaine de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité, le SECM participe, ainsi que les médecins-conseils des organismes assureurs, au contrôle de l'incapacité de travail au sein des Commissions Régionales du Conseil Médical d'Invalidité (CRCMI).

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

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

Le SECM **évalue** les prestations de l'assurance soins de santé et met en évidence les phénomènes de surconsommation ou de surprescription de prestations. Des recommandations de bonne pratique médicale et des indicateurs de déviation manifeste doivent l'y aider.

Les sujets d'évaluation terminés en 2010 sont les suivants :

- potentiels évoqués en neurologie
- mesure d'impact sur le comptage des cellules endothéliales en ophtalmologie
- mesure d'impact des échographies transvaginales en gynécologie
- PET-scan.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux **constate les infractions** commises par les dispensateurs, tant dans le domaine de la réalité-conformité à la réglementation que dans celui de la surconsommation/surprescription.

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

1. Enquêtes thématiques clôturées en 2010 par la CENEC

Les enquêtes thématiques suivantes ont été clôturées en 2010 :

- bronchoscopie chez les patients intubés en soins intensifs
- forfaits B, soins infirmiers à domicile
- surfacturation du Sévorane® en anesthésiologie
- PET-scan.



Liste des brochures publiées dans la série Infobox :

- Infobox médecin spécialiste
- Infobox médecin généraliste
- Infobox soins infirmiers à domicile
- Infobox kinésithérapeute
- Infobox pharmacien

2. Enquêtes individuelles

a. Enquêtes clôturées

Tableau 1 - Nombre d'enquêtes clôturées en 2010		
Qualification de l'intéressé	Nombre d'enquêtes	% du nombre total d'enquêtes
Médecins généralistes	71	6,5%
Médecins spécialistes	217	19,9%
Pharmaciens	130	11,9%
Dentistes	78	7,1%
Infirmiers	264	24,2%
Kinésithérapeutes	23	2,1%
Logopèdes	9	0,8%
Orthopédistes	4	0,4%
Bandagistes	4	0,4%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	5	0,5%
Prothésistes acousticiens	4	0,4%
Pharmaciens biologistes	1	0,1%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	168	15,4%
MRPA	16	1,5%
MRS	3	0,3%
Laboratoires agréés	4	0,4%
Assurés	29	2,7%
Autres	61	5,6%
Total	1.091	

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

b. Enquêtes débutées

Tableau 2 - Nombre d'enquêtes débutées en 2010		
Qualification de l'intéressé	Nombre d'enquêtes	% du nombre total d'enquêtes
Médecins généralistes	62	7,2%
Médecins spécialistes	161	18,6%
Pharmaciens	43	5,0%
Dentistes	52	6,0%
Infirmiers	198	22,9%
Kinésithérapeutes	59	6,8%
Logopèdes	4	0,5%
Orthopédistes	8	0,9%
Bandagistes	13	1,5%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	16	1,9%
Prothésistes acousticiens	7	0,8%
Pharmaciens biologistes	2	0,2%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	145	16,8%
MRPA	11	1,3%
Laboratoires agréés	3	0,3%
Assurés	27	3,1%
Autres	53	6,1%
Total	864	

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

c. Résultats des enquêtes

	Nombre d'enquêtes	% du nombre total d'enquêtes
Négatif	300	27,4%
Sans suite SECM mais avec action pour tiers	39	3,6%
Informatif	113	10,4%
Avertissement	82	7,5%
Avertissement avec remboursement volontaire	396	36,3%
À poursuivre	161	14,8%
Total	1.091	

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- La catégorie “**négatif**” représente les cas où, après vérification des données, les suspicions d'erreurs ou de fraude s'avèrent non fondées.
- La catégorie “**négatif avec action pour tiers**” contient tous les constats établis pour tiers et transmis à d'autres institutions (p. ex. Procureur du Roi, Ordre des médecins).
- La catégorie “**informatif**” concerne les dossiers qui, après audition du plaignant et/ou du dispensateur, se sont terminés sans constat d'infraction.
- Les catégories “**avertissement**” et “**avertissement avec remboursement volontaire**” reprennent les cas où, de bonne foi, le dispensateur a attesté erronément des prestations. Dans ce cas, le constat d'infraction n'entraîne pas l'ouverture d'une procédure devant les juridictions administratives mais l'envoi d'un avertissement avec, le cas échéant, le remboursement volontaire des prestations indues.

Les sommes concernées par cette situation font l'objet du tableau 4.

Qualification de l'intéressé	Remboursements volontaires (en EUR)	%
Médecins généralistes	11.096,21	0,24%
Médecins spécialistes	1.168.565,00	25,37%
Pharmaciens	1.568.158,21	34,05%
Dentistes	93.765,82	2,04%
Infirmiers	363.184,27	7,89%
Kinésithérapeutes	3.845,84	0,08%
Logopèdes	2.389,44	0,05%
Bandagistes	82.740,05	1,80%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	91.707,77	1,99%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1.131.650,41	24,57%
MRPA	1.033,99	0,02%
Autres	87.841,64	1,91%
Totaux	4.605.978,65	

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- La catégorie “**à poursuivre**” comprend les dossiers introduits auprès d'un des organes de juridiction administrative et pénale en fonction du type d'infraction constaté.

d. Procédures

Lorsqu'un dispensateur de soins ne se conforme pas aux dispositions légales ou réglementaires, des procédures administratives sont entamées. Ces procédures peuvent entraîner l'application des mesures prévues, à savoir le remboursement de l'indu et/ou une amende administrative. Ces procédures administratives se déroulent devant les organes du contentieux.

LE COMITÉ

Les dossiers relatifs à la surconsommation ou à la surprescription sont soumis au Comité afin de décider si ces affaires doivent être classées sans suite, clôturées par un avertissement ou être introduites en Chambre de première instance (CPI).

LE FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT

Les lois de décembre 2006 ont confié au Fonctionnaire-dirigeant (F.D.) le pouvoir de connaître des constats faits à charge de dispensateurs attestant des prestations non effectuées ou non conformes.

Sur base de ces constats, il peut :

- ordonner le remboursement des prestations indûment attestées
- et/ou imposer le paiement d'amendes administratives, éventuellement assorties d'un sursis.

Trois conditions cumulatives limitent ses compétences :

- Il ne traite que les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 25.000 EUR.
- Il ne peut y avoir d'indices de manœuvres frauduleuses.
- Il ne peut y avoir de mesure prise dans les cinq années qui précèdent le constat de l'infraction.

Tableau 5 - Décisions F.D. en 2010

Qualification de l'intéressé	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (en EUR)	Amendes effectives (en EUR)	Amendes avec sursis (en EUR)
Médecins généralistes	12	52.533,87	39.935,20	15.481,86
Médecins spécialistes	22	185.678,73	39.833,73	63.592,41
Pharmaciens	8	55.292,87	77.677,37	18.924,70
Dentistes	24	78.296,46	27.203,12	18.067,28
Infirmiers	72	249.845,76	94.503,22	33.277,00
Kinésithérapeutes	6	39.957,53	35.219,38	7.225,97
Logopède	1	4.493,42	2.246,71	2.246,71
Prothésiste acousticien	1	473,69	118,42	118,42
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	21.415,43	0,00	0,00
MRPA	2	13.214,77	462,38	462,38
Totaux	149	701.202,53	317.199,52	159.396,72

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Nombre d'appel contre ces décisions :

Tableau 6 - Appels en CPI contre la décision du F.D. en 2010

Nombre de décisions F.D.	Nombre d'appels en CPI	%
149	69	46

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

LA CHAMBRE DE PREMIÈRE INSTANCE

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

Cette juridiction statue :

- sur les appels introduits contre les décisions prises par le F.D.

Qualification de l'intéressé	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (en EUR)	Amendes effectives (en EUR)	Amendes avec sursis (en EUR)
Médecin généraliste	1	58,58	0,00	58,58
Médecins spécialistes	6	53.984,09	7.015,14	18.017,80
Dentiste	2	15.545,49	0,00	0,00
Infirmier	1	6.916,30	5.187,23	1.729,08
Kinésithérapeutes	2	30.155,40	18.090,71	6.842,08
Logopèdes	2	15.542,50	0,00	15.542,50
Bandagiste	1	19.556,28	9.778,14	9.778,14
Autre	1	4.608,94	0,00	0,00
Totaux	16	146.367,58	40.071,21	51.968,17

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- en premier ressort

Elle décide aussi, en premier ressort, dans toutes les affaires qui échappent à la compétence du F.D. Comme lui, elle est compétente pour prononcer les mesures applicables aux infractions, à savoir le remboursement de l'indu et/ou le paiement d'amendes administratives, effectives ou avec sursis.

Qualification de l'intéressé	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (en EUR)	Amendes effectives (en EUR)	Amendes avec sursis (en EUR)
Médecins généralistes	1	9.054,90	0,00	0,00
Médecins spécialistes	12	1.095.657,51	481.811,35	18.475,59
Pharmaciens	9	331.749,99	220.417,15	48.408,04
Dentistes	9	228.264,66	139.627,72	77.334,21
Infirmiers	13	233.751,35	231.052,40	0,00
Kinésithérapeutes	1	21.296,57	0,00	0,00
Orthopédistes	1	21.490,92	42.981,84	0,00
Totaux	46	1.941.265,90	1.115.890,46	144.217,84

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Nombre d'appel contre ces décisions :

Décisions CPI (1 ^{er} ressort)	Recours en C.R. par le dispensateur	%	Recours en C.R. par le SECM	%
46	23	50	7	15

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

LA CHAMBRE DE RECOURS

 La **Chambre de recours** (C.R.) est également une juridiction administrative, composée comme la Chambre de première instance, la différence étant que seul le magistrat a voix délibérative, les quatre autres membres ayant voix consultative.

Elle se prononce en degré d'appel sur les contestations relatives aux décisions de la Chambre de première instance.

Tableau 10 - Décisions de la Chambre de recours en 2010

Qualification de l'intéressé	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (en EUR)	Amendes effectives (en EUR)	Amendes avec sursis (en EUR)
Médecins généralistes	1	53.526,18	0,00	0,00
Médecins spécialistes	8	14.938,78	0,00	0,00
Pharmaciens	3	7.466,59	59.427,41	0,00
Dentistes	2	105.781,82	194.010,11	0,00
Infirmiers	6	31.432,31	0,00	0,00
Pharmaciens biologistes	3	0,00	0,00	0,00
Totaux	23	213.145,68	253.437,52	0,00

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

e. Jurisprudence

L'INAMI publie les décisions définitives du Fonctionnaire-dirigeant, des Chambres de première instance et des Chambres de recours de manière anonyme sur son site Internet.

 Plus d'informations sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Information générale > Jurisprudence des instances administratives et juridictionnelles instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

IV. Statistiques du contrôle administratif

Le Service du contrôle administratif (SCA) doit veiller à ce que les sept organismes assureurs¹ (O.A.), et plus particulièrement les mutualités qu'ils chapeautent, respectent les dispositions légales et réglementaires.

 Vous trouverez une liste des mutualités sur le site de l'INAMI: www.inami.be > rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités.

Les missions du SCA sont les suivantes :

- informer, conseiller et contrôler les mutualités sur l'application correcte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (assurance SSI), et veiller à un traitement équitable des assurés sociaux
- tenter de prévenir l'infraction aux règles par les mutualités, certains dispensateurs de soins ou assurés (par exemple, la fraude sociale), et sanctionner, si nécessaire
- gérer, surveiller et contrôler la bonne exécution du maximum à facturer, de l'intervention majorée et du statut Omnio, en collaboration avec les mutualités, le Service public fédéral (SPF) Finances et la Banque Carrefour de la sécurité sociale afin de garantir le droit à ces trois interventions pour les assurés sociaux
- dans certains cas, délivrer des bons de cotisations de sorte que les assurés sociaux puissent faire régulariser leur situation d'assurabilité par leur mutualité
- établir certaines attestations (attestation d'assuré social ou attestation de couverture provisoire auprès de la mutualité, attestation de veuf/veuve, attestation de pensionné, etc.) afin que les assurés sociaux puissent fournir, à leur mutualité, la preuve de leur statut.

 Plus d'informations sur les organes et la structure administrative du SCA sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI.

Cette partie du rapport annuel présente des statistiques sur le contenu concret des missions de contrôle du SCA pour les années 2009 et 2010, statistiques qui donnent un aperçu du fonctionnement du Service.

 Certains graphiques concernent (surtout) les indemnités d'incapacité de travail octroyées aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants. Les agents de la SNCB sont des fonctionnaires statutaires qui ne tombent pas sous ces régimes. Ces graphiques ne reprennent donc pas de chiffres pour la Caisse des soins de santé de la SNCB holding.

 Le SCA établit aussi des statistiques sur les assurés sociaux : voir 5^e partie, V.

¹ Les sept organismes assureurs sont :

- ANMC : Alliance nationale des mutualités chrétiennes
- UNMN : Union nationale des mutualités neutres
- UNMS : Union nationale des mutualités socialistes
- UNML : Union nationale des mutualités libérales
- MLOZ : Mutualités libres – Onafhankelijke ziekenfondsen
- CAAMI : Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
- SNCB Holding : Caisse de la Société nationale des chemins de fer belges.



Le contrat d'administration conclu entre l'État et l'INAMI impose au moins deux contrôles thématiques par an pour que l'INAMI puisse remplir, en permanence, son rôle de prévention par le biais de feed-back et de recommandations aux mutualités.

1. Contrôles thématiques

L'inspection de l'INAMI a évolué d'une philosophie de contrôle basée sur des dossiers individuels vers une philosophie de contrôle basée davantage sur des thèmes.

abc Les **contrôles thématiques** sont des contrôles centralisés portant sur un segment spécifique de l'assurance SSI. Le but est d'analyser les procédures de contrôle internes des mutualités. Les contrôles thématiques visent avant tout un traitement uniforme des assurés sociaux par les mutualités.

La proportion des contrôles thématiques effectués dans le cadre du programme de contrôles s'élève actuellement à quelque 40%.

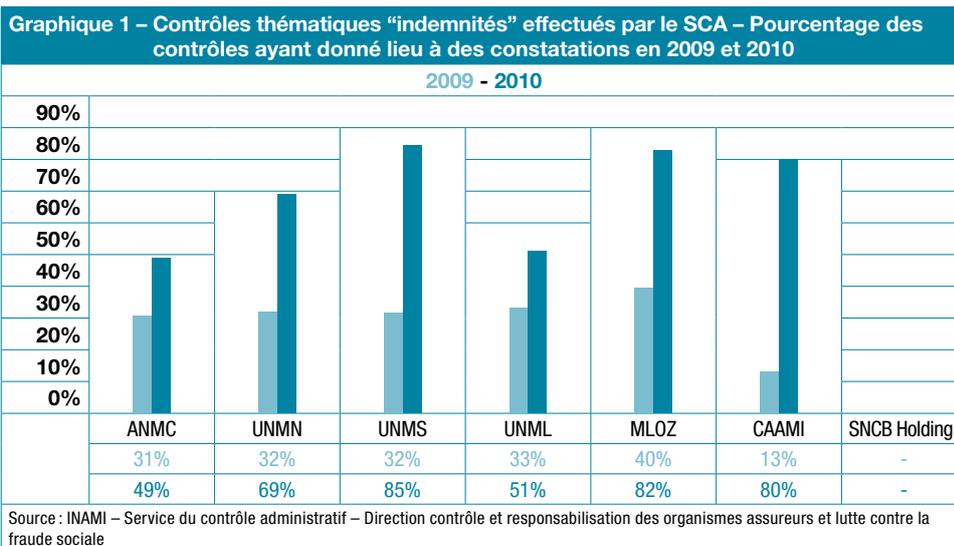
Le ciblage des contrôles diffère d'un contrôle thématique à l'autre. L'importance du nombre d'affiliés par mutualité n'est donc pas le seul critère pour organiser des contrôles.

L'approche de chaque contrôle thématique est entièrement documentée : il y a un syllabus par contrôle thématique expliquant le thème, décrivant l'approche et la méthodologie, comprenant un questionnaire standardisé, des rapports types, etc. Une telle approche garantit un traitement équitable de tous les dossiers.

Les contrôles effectués peuvent donner lieu à des constatations. En l'absence de constatations, le dossier contrôlé est considéré comme étant correct.

abc Les **constatations** donnent lieu à des récupérations, paiements supplémentaires, sanctions ou remarques.

À l'issue de chaque contrôle thématique, un rapport d'analyse est réalisé et diffusé aux organes de gestion de l'INAMI et aux différents acteurs de l'assurance (O.A., ministre de tutelle, partenaires sociaux, etc.). Chaque rapport présente la méthodologie, les résultats des contrôles et contient des recommandations pour l'amélioration des pratiques de travail des O.A.



! La CAAMI est une institution de plus petite taille où, toutes proportions gardées, seul un nombre limité de contrôles ont été effectués. Le pourcentage élevé de constatations au sein de la CAAMI est dû justement à sa petite taille, et n'est donc pas représentatif.

Un contrôle thématique très spécifique est le contrôle thématique annuel "Article 195 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juin 1994 (loi SSI)".

Les personnes ou organisations qui ont indûment perçu des indemnités de l'assurance SSI sont tenues d'en rembourser la valeur à l'O.A. qui les a versées (article 164 de la loi SSI). Les O.A. doivent, à leur tour, récupérer ces indemnités et inscrire leurs montants sur les listes prévues à cet effet. Ces listes ont une incidence majeure sur les frais d'administration que les O.A. reçoivent chaque année. Les frais d'administration augmentent en effet d'un certain pourcentage des montants récupérés (l'article 195 de la loi SSI décrit ce mécanisme).

Ces augmentations sont cependant liées à certaines conditions :

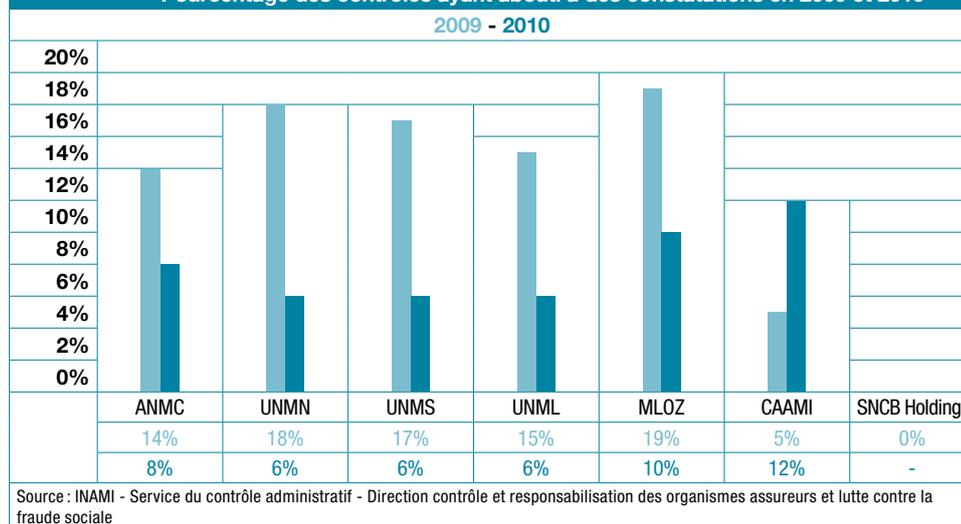
- Il ne peut s'agir de remboursements spontanés.
- Le montant payé indûment ne peut résulter d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné.
- La récupération ne peut résulter d'un constat du SCA ou de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

@ Plus d'informations sur l'OCM sur le site de l'OCM : www.ocm-cdz.be.

Lors du contrôle thématique en question, le SCA compare les listes avec les montants récupérés par l'O.A. pour s'assurer que les montants y figurent à juste titre.

L'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM) est compétent pour l'exécution et le contrôle de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités (statuts, comptabilité, règles en matière d'assurance complémentaire, etc.).

Graphique 2 – Contrôles thématiques "article 195 de la loi SSI" effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant abouti à des constatations en 2009 et 2010

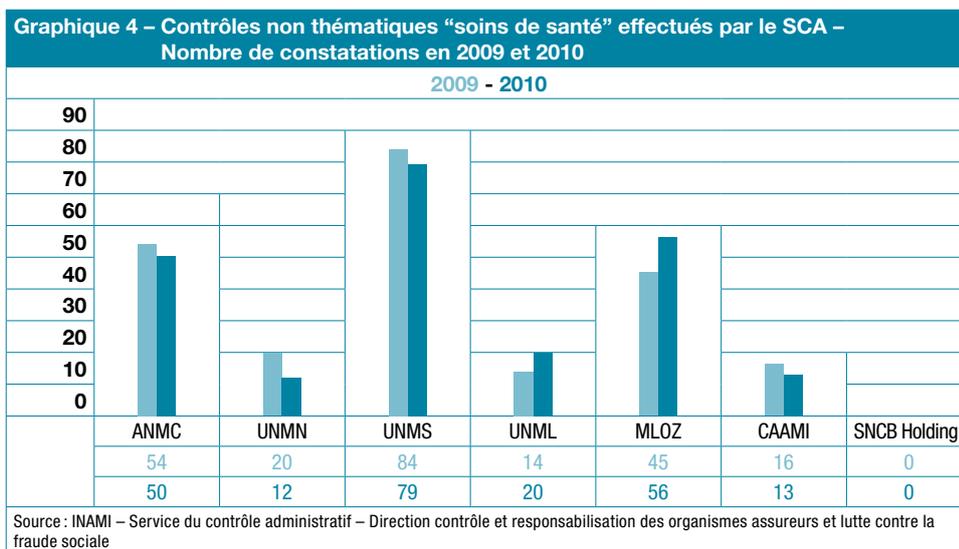
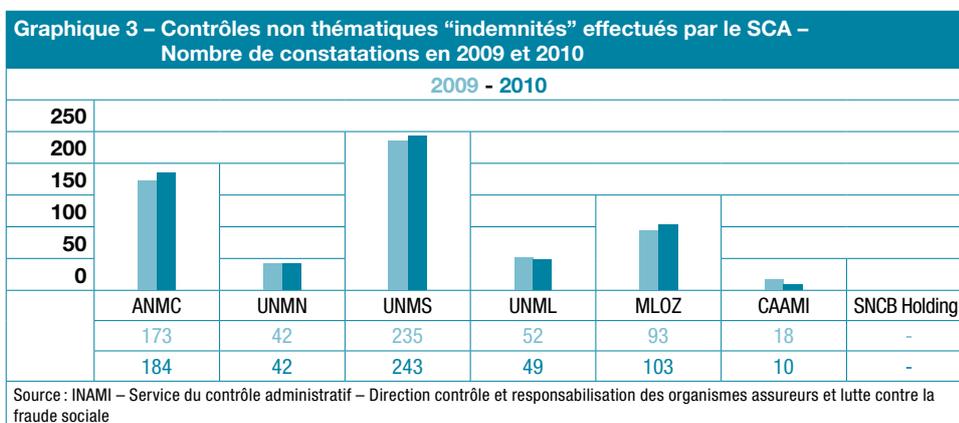


2. Contrôles non thématiques

Outre les contrôles thématiques systématiques, le SCA effectue également de nombreux autres contrôles (les contrôles dits “non thématiques”):

- les contrôles relatifs à l'assurance indemnités
- les contrôles relatifs à l'assurance soins de santé.

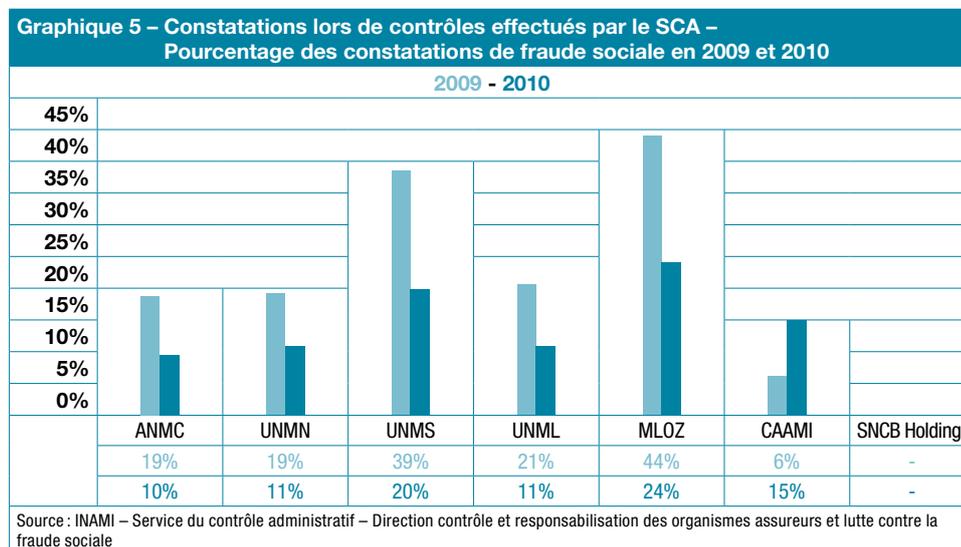
L'origine de ces contrôles est diverse : ils peuvent être effectués à la demande de tiers, en réponse à des plaintes ou questions d'auditeurs du travail, à la demande d'autres services de l'INAMI, de cabinets ou d'autres institutions sociales, etc. Lors de ces contrôles, l'accent est souvent mis sur la transmission d'informations aux demandeurs.



3. Lutte contre la fraude sociale

La lutte contre la fraude sociale est essentielle pour le SCA (voir aussi 4^e Partie - Bilan des actions de lutte contre la fraude sociale). Le Service détecte entre autres :

- les cumuls non autorisés d'indemnités SSI et du revenu déclaré à l'ONSS (détection via un croisement de données (datamatching) ou un croisement de banques de données)
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale
- les activités non autorisées (travail au noir)
- les fraudes portant sur le domicile
- les fraudes relatives à la carte SIS
- etc.

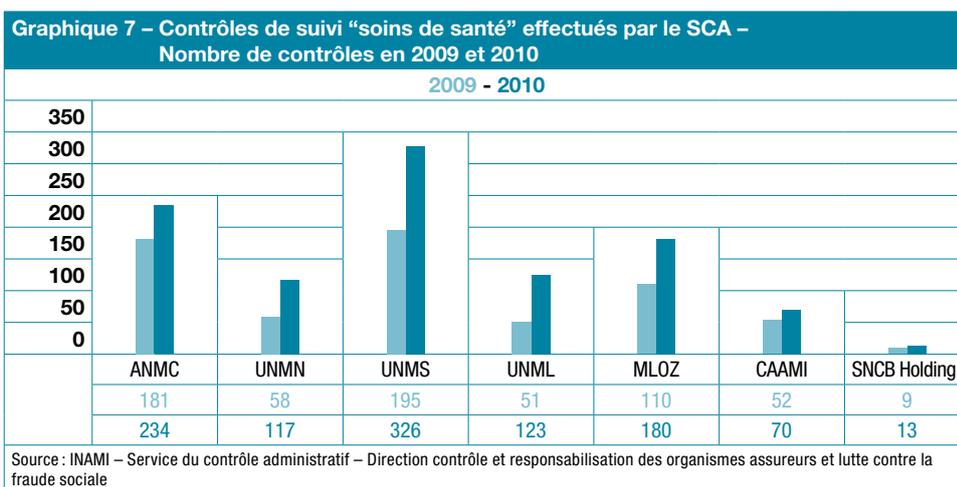
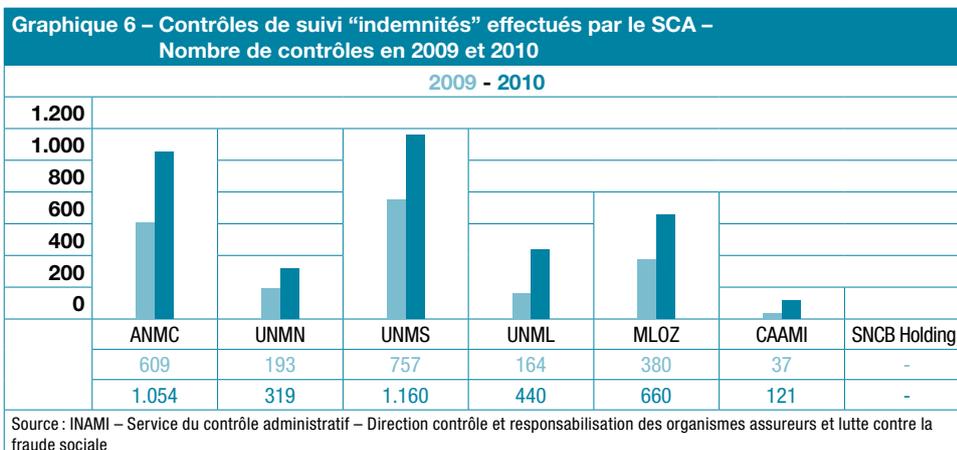


Afin de renforcer la lutte contre la fraude sociale, le SCA s'est engagé, dans le contrat d'administration 2010-2012, à détecter le cumul d'indemnités SSI et de prestations déclarées à l'ONSS via un croisement de données (datamatching), à participer à la détection et à la lutte contre les assujettissements fictifs à la sécurité sociale et à rédiger un rapport annuel sur la lutte contre la fraude.

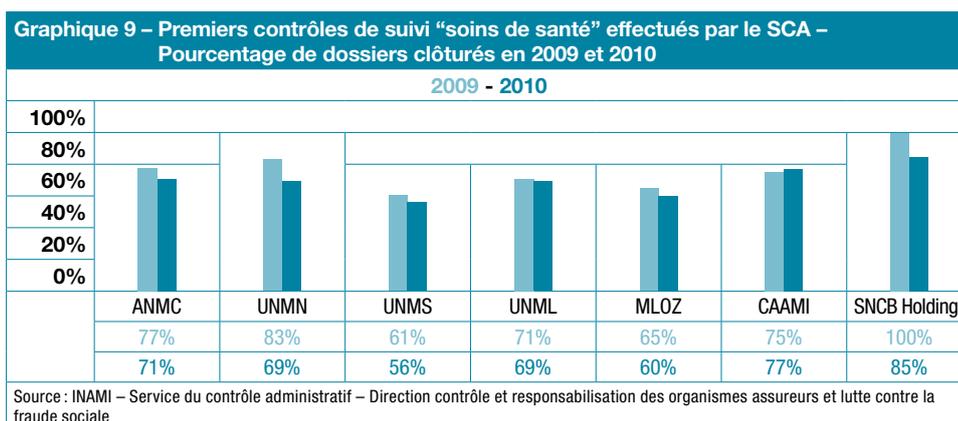
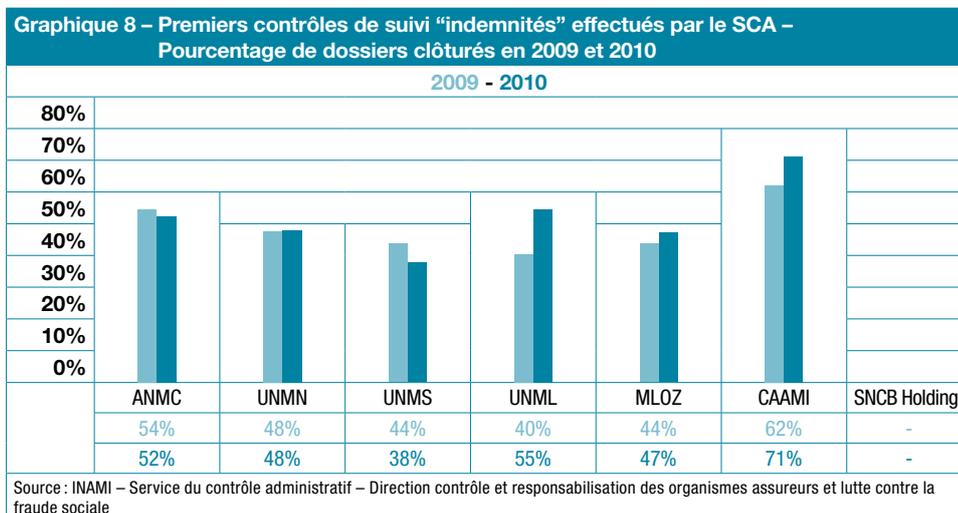
4. Contrôles de suivi

Le SCA effectue des contrôles de suivi pour tous les dossiers où des constatations ont été faites. Il y a donc des contrôles de suivi pour :

- l'assurance indemnités et l'assurance soins de santé
- les contrôles thématiques et les contrôles non thématiques.



Les contrôles de suivi peuvent également donner lieu à des constatations. Si ce n'est pas le cas, la situation contrôlée est entre-temps en ordre, et le dossier en question sera clôturé.



5. Récupération

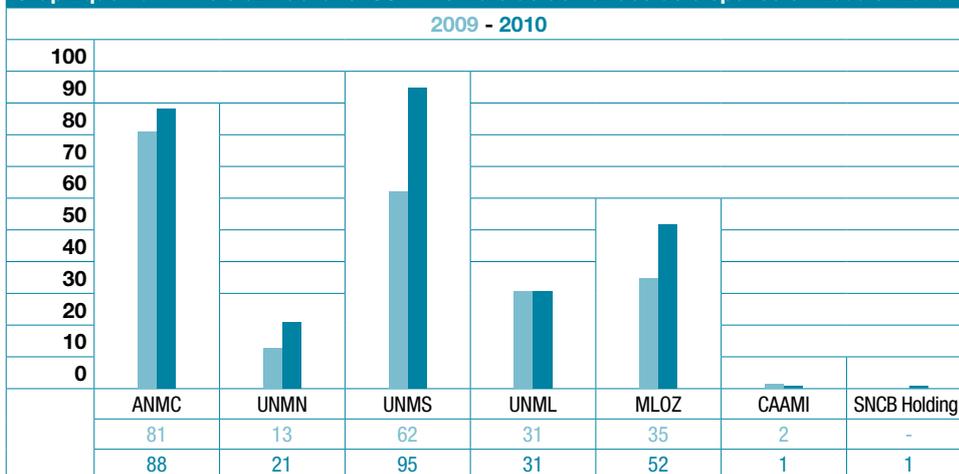
S'ils ne parviennent pas à récupérer les prestations indues des assurés sociaux (voir aussi 1. Contrôles thématiques) dans le délai légalement prévu, les O.A. doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration.

Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'en être dispensés.

Une dispense ne peut cependant pas être accordée dans les situations suivantes (article 327 de la loi SSI) :

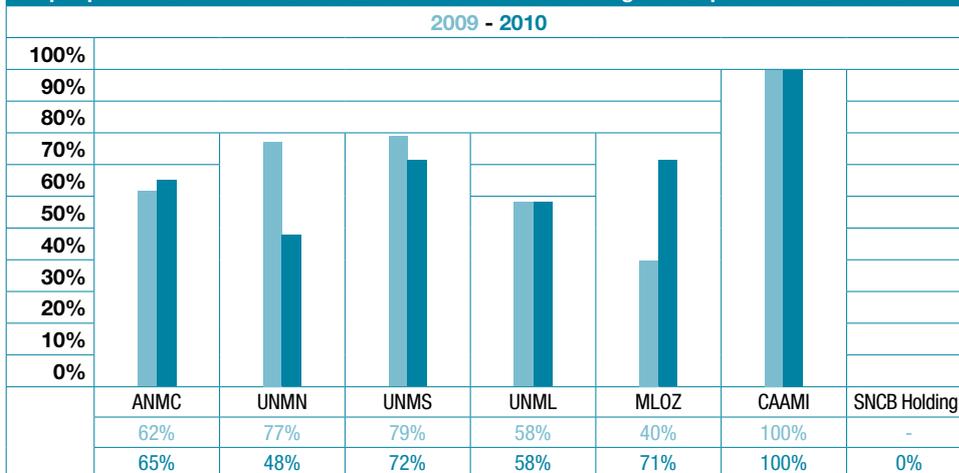
- si la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A.
- si l'O.A. n'a pas employé tous les moyens légaux en vue de la récupération
- si la récupération concerne un montant de moins de 300 EUR
- si la demande est introduite en dehors des délais.

Graphique 10 - Article 327 de la loi SSI – Nombre de demandes de dispense en 2009 et 2010



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Graphique 11 – Demandes article 327 de la loi SSI – Pourcentage de dispenses en 2009 et 2010



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

V. Statistiques des assurés sociaux

Cette partie des statistiques traite de l'évolution du nombre de personnes par régime et par organisme assureur (O.A.) qui ont droit aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités. A cette fin, ces personnes doivent s'affilier à une mutualité.

Les données de cette partie sont basées sur les fichiers des membres des mutualités (aussi appelés "effectifs"). Les O.A. transmettent deux fois par an des données sur les effectifs au Service du contrôle administratif de l'INAMI. Ces données se rapportent à la situation au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.

Les assurés sociaux ont droit aux prestations de l'assurance soins de santé et/ou de l'assurance indemnités. L'assurance soins de santé intervient dans les frais relatifs aux soins prestés par des dispensateurs de soins individuels ou par des institutions de soins de santé. L'assurance indemnités offre une indemnité de remplacement de revenus aux assurés sociaux qui n'exercent plus d'activité de travail en raison d'une période d'incapacité de travail, de maternité, de paternité, ou d'adoption.

L'assurance soins de santé englobe deux catégories de bénéficiaires : les titulaires et les personnes à charge :

- Les titulaires sont des personnes auxquelles l'assurance s'adresse en premier lieu, et qui doivent remplir les conditions de base pour ouvrir le droit aux interventions en matière de soins de santé
- Les personnes à charge sont des personnes qui bénéficient du droit du titulaire, parce qu'elles cohabitent ou sont apparentées à ce titulaire. Il s'agit plus précisément des conjoints et conjointes, cohabitants, ascendants et descendants.

À partir de 1993, on distingue, outre les deux catégories de bénéficiaires, une catégorie de bénéficiaires non assurés. Par "bénéficiaires non assurés", on entend les personnes qui ne remplissent plus les conditions pour avoir droit aux prestations. Il s'agit des personnes qui, pour l'année civile précédente (et à partir de 1998 : la deuxième année civile précédente) :

- n'ont transmis à leur mutualité aucune donnée de cotisation
- et n'ont pas fourni à leur mutualité les pièces justificatives requises.
- ont transmis à leur mutualité des données de cotisation avec une valeur insuffisante
- et ont refusé de payer la cotisation personnelle due.

Ces personnes sont donc encore bien affiliées à une mutualité mais perdent leur droit aux prestations. En d'autres termes, elles perdent leur qualité de bénéficiaires.

1. Évolution selon le régime

Jusqu'à fin 2007, les bénéficiaires étaient repris dans deux régimes, avec un niveau différent d'interventions et d'indemnités :

- le régime général, issu d'une assurance qui, à l'origine, était organisée pour des personnes qui se trouvaient sur le marché du travail en tant que travailleurs ou qui n'y restaient pas à cause du chômage, d'une incapacité de travail ou de la pension et qui par la suite a été étendu à d'autres couches de la population
- le régime des indépendants et des membres des communautés religieuses.

Pour ce qui concerne l'assurance soins de santé, cette distinction entre les régimes a disparu à partir du 1^{er} janvier 2008. A partir de cette date, les travailleurs indépendants (et les membres des communautés religieuses) ont les mêmes droits en matière de soins de santé que les autres groupes de la population et font partie donc aujourd'hui d'un seul et même système d'assurance soins de santé.

Les dépenses pour les coûts en soins de santé pour les personnes qui ont la qualité de travailleur indépendant, ou qui ont un lien évident avec cette qualité, sont en principe financées par la gestion financière globale de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, et pas par la gestion financière globale de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Sur base de ce qui précède, on peut donc encore mentionner ces nombres séparément. Le concept "régime" doit donc ici être compris dans ce sens-là.

Concernant l'assurance indemnités, il existe encore toujours une différence tant sur la forme que sur le contenu entre le régime général et le régime des travailleurs indépendants.

a. Régime général

Le tableau 1 présente l'évolution du nombre de bénéficiaires dans le régime général et l'évolution du nombre de bénéficiaires non assurés.

Tableau 1 - Nombre de bénéficiaires du régime général - Situation au 30 juin							
Catégorie	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Titulaires (1)							
TIP + Services publics & assimilés	4.061.057	4.099.222	4.146.598	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516
Invalides	200.912	202.740	210.505	215.832	224.453	235.765	249.187
Handicapés	64.235	67.423	69.675	72.054	73.323	72.381	72.598
Veuves, veufs et orphelins	360.603	365.524	362.834	360.937	356.116	350.145	343.996
Pensionnés	1.210.760	1.230.194	1.244.028	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763
Personnes inscrites au Registre national (*)	170.404	175.299	175.697	174.391	165.391	155.199	158.051
Total (1)	6.067.971	6.140.402	6.209.337	6.288.662	6.362.315	6.405.630	6.464.111
Personnes à charge (2)							
Conjoints	776.560	758.930	734.870	692.268	674.025	658.994	647.357
Ascendants	12.737	13.369	13.472	12.340	12.924	13.842	14.929
Descendants	2.441.153	2.456.723	2.474.198	2.393.277	2.394.253	2.414.598	2.438.538
Total (2)	3.230.450	3.229.022	3.222.540	3.097.885	3.081.202	3.087.434	3.100.824
Bénéficiaires (1+2)	9.298.421	9.369.424	9.431.877	9.386.547	9.443.517	9.493.064	9.564.935
Titulaires non assurés (**)	65.549	62.470	41.967	90.343	89.346	103.890	103.011
(*) avant 1998 : personnes non protégées							
(**) avant 1993 : repris dans les bénéficiaires							
Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données							

Les différentes catégories de titulaires du régime général sont les suivantes :

- Les **titulaires indemnisables primaires (TIP)** sont les travailleurs actifs, les travailleurs en incapacité primaire de travail, les travailleurs en congé de maternité, les chômeurs contrôlés, les étudiants de l'enseignement supérieur et les travailleurs en assurance continuée.
- Les **invalides** sont les assurés qui sont reconnus en incapacité de travail suite à une maladie d'au moins une année.
- Les **handicapés** sont les assurés qui, sans nécessairement bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail, ont été reconnus incapables. Il s'agit d'une reconnaissance soit, dans le cadre de la réglementation concernant les allocations pour les personnes avec un handicap, soit dans le cadre de la réglementation concernant les allocations familiales.

- La catégorie des **pensionnés** englobe toutes les personnes ayant droit à une pension de retraite, à une pension anticipée ou à un avantage en vigueur comme équivalent.
- Les **veufs, veuves et orphelins** des titulaires.
- Depuis le 1^{er} janvier 1998, le groupe des titulaires faisant partie du champ d'application de l'assurance obligatoire soins de santé, comprend aussi les "**personnes inscrites dans le Registre national des personnes physiques**". Pour ce qui concerne les effectifs, une personne sera seulement reprise dans cette catégorie si elle ne peut pas être reprise dans une autre qualité.

b. Indépendants et communautés religieuses

Le tableau 2 présente l'évolution du nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité (c'est-à-dire les travailleurs indépendants proprement dits) et les communautés religieuses. Les travailleurs indépendants à carrière mixte relèvent du régime général.

Tableau 2 - Nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité et des communautés religieuses - Situation au 30 juin							
Catégorie	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Titulaires (1)							
TIP	488.376	496.039	521.215	500.948	553.240	561.740	566.225
Invalides	16.116	16.069	16.659	16.760	17.048	17.524	18.270
Pensionnés	83.891	83.811	82.515	57.737	82.531	83.138	83.671
Veuves, veufs et orphelins	32.872	32.529	31.866	14.734	29.463	30.608	28.594
Starters				36.349			
GRAPA (Garanties de revenus aux personnes âgées)				9.400			
Handicapés					6.632	3.945	5.421
Total (1)	621.255	628.448	652.255	635.928	688.914	696.955	702.181
Personnes à charge (2)							
Conjoints	153.953	146.656	124.160	105.121	115.071	111.954	107.647
Ascendants	1.003	1.039	1.052	1.095	1.300	1.543	1.743
Descendants	206.130	203.378	201.053	202.337	222.341	240.348	253.063
Total (2)	361.086	351.073	326.265	308.553	338.712	353.845	362.453
Bénéficiaires (1+2)	982.341	979.521	978.520	944.481	1.027.626	1.050.800	1.064.634
Communautés religieuses	4.383	4.084	3.755	1.118	3.009	2.726	2.459

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Les différentes catégories de titulaires sont les suivantes :

- Les **indépendants titulaires indemnisables primaires** (TIP) et leurs aidants sont les indépendants/aidants actifs et les indépendants/aidants en incapacité de travail primaire ou en congé de maternité.
- Les **invalides** sont les assurés qui restent incapables de travailler après une période d'incapacité primaire et remplissent les conditions en matière d'invalidité définies par l'arrêté royal du 20 juillet 1971.
- Le groupe des **pensionnés** englobe tous les travailleurs indépendants qui ont droit à une pension de retraite en tant que travailleurs indépendants.
- Les **veufs, veuves et orphelins** de travailleurs indépendants dont le conjoint ou la conjointe a exercé une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant pendant au moins une année.

- Les **starters** et les “**revenus garantis aux personnes âgées (GRAPA)**” : à partir du 1^{er} juillet 2006, les travailleurs “indépendants débutants” et les travailleurs “indépendants avec GRAPA” bénéficient d’une intervention tant pour les gros que pour les petits risques.

Pour cette raison, ils sont encore repris dans des catégories à part dans les statistiques pour 2007. Dans les statistiques de 2008, ces catégories ne sont plus mentionnées à part, mais bien reprises respectivement dans les catégories titulaires indemnisables primaires et pensionnés. À partir du 1^{er} janvier 2008, tous les assurés indépendants ont en effet droit aux gros risques et aux petits risques.

- Le groupe **handicapés** indépendants comprend tous les bénéficiaires handicapés, où un lien peut encore être identifié avec une qualité d’indépendant.
- Les membres des **communautés religieuses**.

2. Évolution par organisme assureur

Les graphiques et les tableaux suivants illustrent la répartition des assurés sociaux entre les différents organismes assureurs (O.A.), à l’exclusion des bénéficiaires non assurés.

Le graphique 1 présente à nouveau le volume des membres de l’O.A. au 30 juin 2010 dans le cadre du régime général et le graphique 2 présente la répartition pour les indépendants.

ANMC	41,81%	
UNMN	4,23%	
UNMS	29,54%	
UNML	5,27%	
MLOZ	17,21%	
CAAMI	0,75%	
SNCB Holding	1,20%	

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d’accessibilité et archivage des données

ANMC	44,43%	
UNMN	5,15%	
UNMS	14,99%	
UNML	6,85%	
MLOZ	28,23%	
CAAMI	0,34%	

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d’accessibilité et archivage des données

Le tableau 3 présente l’évolution du nombre de bénéficiaires par O.A. au 30 juin pour les années 1999 à 2010 incluse, dans le régime général.

Le tableau 4 présente la même évolution dans le régime des travailleurs indépendants.

Tableau 3 - Régime général - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en%)

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	MLOZ	CAAMI	SNCB Holding
1999	44,21	3,81	28,89	5,74	14,86	0,79	1,69
2000	44,05	3,84	28,96	5,73	14,98	0,81	1,64
2001	43,80	3,91	29,09	5,71	15,09	0,81	1,59
2002	43,53	3,95	29,24	5,68	15,26	0,79	1,55
2003	43,29	3,97	29,36	5,63	15,49	0,79	1,49
2004	43,01	3,98	29,58	5,57	15,65	0,79	1,42
2005	42,77	3,98	29,79	5,51	15,81	0,79	1,36
2006	42,37	3,98	30,00	5,43	16,14	0,78	1,31
2007	42,39	4,04	29,41	5,41	16,69	0,77	1,29
2008	42,21	4,11	29,46	5,34	16,86	0,75	1,26
2009	42,04	4,18	29,51	5,29	17,01	0,74	1,23
2010	41,81	4,23	29,54	5,27	17,21	0,75	1,20

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Tableau 4 - Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en%)

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	MLOZ	CAAMI
1999	48,84	5,44	13,82	8,22	23,35	0,34
2000	48,76	5,35	13,97	8,13	23,47	0,33
2001	48,50	5,32	14,19	8,03	23,64	0,32
2002	48,26	5,31	14,21	7,96	23,95	0,32
2003	47,93	5,30	14,28	7,89	24,29	0,31
2004	47,67	5,26	14,37	7,78	24,62	0,30
2005	46,97	5,23	14,41	7,64	25,46	0,30
2006	45,88	5,22	14,35	7,48	26,76	0,30
2007	44,96	5,14	14,28	7,22	28,08	0,32
2008	45,10	5,17	14,56	7,10	27,79	0,27
2009	44,55	5,20	14,84	6,96	28,11	0,34
2010	44,43	5,15	14,99	6,85	28,23	0,34

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données



6^e Partie L'INAMI en pratique

I. Adresses des bureaux de l'INAMI

1. Le siège social

Le siège social de l'INAMI se situe Avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles.

Tél. : 02 739 71 11

Fax : 02 739 72 91



E-mail : bib@inami.fgov.be ou communication@inami.fgov.be

Site Internet : www.inami.be

2. Les bureaux provinciaux du Service des indemnités et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Les bureaux provinciaux du Service des indemnités et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux sont accessibles au public aux adresses suivantes :

Anvers

Eiermarktbuilding
9^e en 10^e verdieping
Sint-Katelijnevest 54,
bussen 2 en 3
2000 Antwerpen
Tél. : 03 201 45 50
Fax : 03 232 81 55

Brabant flamand

Interleuvenlaan 5
3001 Leuven
Tél. : 016 39 26 00
Fax : 016 39 26 39

Bruxelles-Capitale

Brabant wallon
Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles
Tél. : 02 739 79 84
Fax : 02 739 79 67

Flandre occidentale

Hertogenstraat 71
8200 Sint-Andries-Brugge
Tél. : 050 39 04 10
Fax : 050 39 22 91

Flandre orientale

Groeninghecomplex
Zwijnaardsesteenweg 316 D
9000 Gent
Tél. : 09 321 80 10
Fax : 09 225 30 88

Hainaut

Parc Initialis
Boulevard A. Delvaux 5
7000 Mons
Tél. : 065 35 42 37
065 39 71 30
Fax : 065 35 50 21

Avenue Marius Meurée 94
6001 Marcinelle
Tél. : 071 60 06 60
Fax : 071 60 06 70

Rue des Choraux 29
7500 Tournai
Tél. : 069 22 61 00
069 45 29 70
Fax : 069 84 17 28

Liège

Rue Fabry 25
4000 Liège
Tél. : 04 229 20 40
Fax : 04 229 20 99

Place Verte 23
1^{er} étage
4800 Verviers
Tél. : 087 35 48 22
Fax : 087 35 48 92

Limbourg

Guffenslaan 33
3500 Hasselt
Tél. : 011 45 77 00
Fax : 011 23 32 87

Luxembourg

Rue des Déportés 50
1^{er} étage
6700 Arlon
Tél. : 063 22 05 98
Fax : 063 23 40 91

Namur

Avenue Jean Materne 115-117
5100 Jambes
Tél. : 081 58 53 20
Fax : 081 74 30 57

II. Publications de l'INAMI et tarifs pour 2011

1. Bulletin d'information

Revue: paraît 4 fois par an..... 30,00

@ Le Bulletin d'information est aussi disponible sur le site Internet de l'INAMI: www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

2. Textes coordonnés SSI

L'ensemble des textes coordonnés est disponible sur un CD-ROM:..... 3,00
A chaque mise à jour, une nouvelle version adaptée est disponible: 3,00

a. Loi du 14 juillet 1994

Brochure..... 26,00
Mises à jour en 2011 20,00
Texte de base¹ + mises à jour en 2011: Feuilles interchangeables..... 46,00

b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Brochure..... 6,00
Mises à jour de 2011 13,00
Texte de base¹ + mises à jour de 2011: Feuilles interchangeables..... 19,00

c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Brochure..... 6,00
Mises à jour en 2011 3,00
Texte de base¹ + mises à jour en 2011: Feuilles interchangeables..... 9,00

d. Prestations de santé (règlement)

Brochure..... 11,00
Mises à jour en 2011 3,00
Texte de base¹ + mises à jour en 2011: Feuilles interchangeables..... 14,00

e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Brochure..... 38,00
Mises à jour en 2011 10,00
Texte de base¹ + mises à jour en 2011: Feuilles interchangeables..... 48,00

¹ Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Brochure	7,00
Mises à jour en 2011	4,00
Texte de base ¹ + mises à jour 2011 :	Feuilles interchangeables..... 11,00

g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Texte de base ¹ + mises à jour 2011 :	Feuilles interchangeables..... 135,00
Mises à jour en 2011	35,00

h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Texte de base ¹ + mises à jour 2011 :	Feuilles interchangeables..... 70,00
Mises à jour en 2011	20,00



Une base de données de réglementation (Docleg) est également consultable sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Réglementation.

Sous la même rubrique, un certain nombre de textes réglementaires sont également disponibles au format PDF :

- loi du 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996
- règlement des soins de santé du 28 juillet 2003
- règlement des indemnités du 16 avril 1997.

3. Nomenclature des prestations de santé

a. Texte de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2011 :	Feuilles interchangeables..... 60,00
Mises à jour en 2011	40,00

b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2011 :	Feuilles interchangeables..... 29,00
Mises à jour en 2011	6,00



Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site de l'INAMI : www.inami.be, accès à partir de la page d'accueil du site.

¹ Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

4. Information technique

a. Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.

	La feuille	0,12
	Abonnement ¹	provision de 50,00
Index 1964-2008:	Brochure	20,00
	CD-ROM	5,00

b. Répertoire de jurisprudence

Répertoire de jurisprudence de l'assurance obligatoire SSI

Texte de base ² + mises à jour 2011:	Feuilles interchangeables	48,00
Mises à jour en 2011		7,00

5. Rapport annuel, brochures, dépliants, livres

a. Rapport annuel INAMIgratuit

b. L'INAMI sous la loupe - Rôle, partenaires et ambition

Brochuregratuit

c. L'INAMI - Comment, pourquoi, pour qui ?

Dépliantgratuit

d. Fonds spécial de solidarité

Brochuregratuit

e. Répertoire des Unions nationales de mutualités et des Mutualités de Belgique (assurance obligatoire SSI)

Edition de juillet 2010.....gratuit

f. Liste des offices de tarification agréés.....gratuit

g. L'évolution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)

Livre de J. Engels (449 pp.) 12,50

 Les publications reprises au point 5 (a à d) sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

Les coordonnées des mutualités reprises dans le Répertoire sont également disponibles sur le site Internet, rubrique Citoyens > Mutualités > Contactez les Mutualités.

¹ Le prix exact de l'abonnement sera déterminé lors de la parution de la dernière circulaire de l'année 2011.

² Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

 Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à:

Publication	Contact
1, 2, 3, 4 et 5.e	Service abonnements tél. 02/739 72 32, e-mail: abonnee@inami.fgov.be
5.a, b et c	Cellule communication tél. 02/739 72 10, e-mail: communication@inami.fgov.be
5.d	Service des soins de santé tél. 02/739 77 77, e-mail: fonds-solidarite@inami.fgov.be
5.f	Service des soins de santé tél. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: daniel.vandenbergh@inami.fgov.be
5.g	Service de documentation tél. 02/739 70 91, e-mail: bib@inami.fgov.be

Les publications payantes peuvent être obtenues contre virement au CCP n° 679-0262153-59 (n° européen: BE84 6790 2621 5359 - PCHQBEBB) de l'INAMI, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, en indiquant la dénomination de la publication souhaitée.

III. Études et recherches

Cette partie rassemble des introductions à plusieurs études et recherches : elle ne constitue pas une liste exhaustive.



Ces études et recherches sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Etudes & recherches.

1. Coup de projecteur sur la nomenclature dentaire

Ce rapport dresse un état des lieux des remboursements actuellement prévus par l'assurance soins de santé en matière de soins dentaires.

Ce rapport traite en particulier des articles 4, 5 et 6 de la nomenclature des prestations de santé où figurent tous les traitements dentaires de l'assurance soins de santé obligatoire.

Il se focalise surtout sur des imprécisions et/ou lacunes existant dans la réglementation actuelle. À ce titre, le rapport souligne entre autres le manque de précision portant sur l'attestation de la consultation pour les traitements dentaires qui ne sont pas remboursés ou encore les différents modes de remboursement de l'examen buccal préventif selon qu'il s'agisse de jeunes ou d'adultes.

La nomenclature dentaire peut certainement encore être affinée à ce niveau.

Cette étude s'accompagne également d'une analyse historique qui commente l'évolution de la nomenclature et de son interprétation depuis 1990.

2. Imagerie médicale : campagne de sensibilisation des prescripteurs "Éviter les expositions inutiles aux radiations"

L'INAMI a envoyé une brochure à tous les médecins dans le cadre de la campagne de sensibilisation des prescripteurs au bon usage de l'imagerie médicale.

Cette brochure, réalisée à l'initiative de la Commission nationale médico-mutualiste, reprend notamment une sélection d'examens pour lesquels les indications sont particulièrement réduites, selon les recommandations les plus récentes. Pour chacun de ces examens, plusieurs constats chiffrés sont liés aux recommandations d'imagerie actualisées.

La Commission nationale médico-mutualiste souhaite que chaque prescripteur s'interroge sur l'utilité des examens radiologiques qu'il prescrit et prenne conscience du risque d'exposition aux rayons ionisants, suivant le principe de justification.

Prescrire selon les lignes directrices d'imagerie actualisées permet de diminuer l'exposition aux rayons ionisants d'origine médicale et évite des dépenses inutiles à l'assurance soins de santé. Appliquer les quelques recommandations (non exhaustives) de cette brochure contribuerait à diminuer de 25% au moins l'exposition aux rayons ionisants liés à l'imagerie diagnostique. De plus, l'application de ces recommandations dégagera 30 millions d'euros par an qui pourraient ainsi être utilisés de manière plus judicieuse.

Cette brochure s'inscrit dans une vaste campagne de sensibilisation sur le thème de l'imagerie médicale.

3. Ministerial Conference “Innovation and Solidarity on Pharmaceuticals”

L'INAMI a participé, en septembre 2010, à une Conférence ministérielle, organisée dans le cadre de la Présidence belge de l'Union européenne (U.E.). Son but : tirer des conclusions sur la manière d'améliorer l'accès aux médicaments.

Le principal défi pour la politique pharmaceutique de l'U.E. est de poursuivre simultanément plusieurs objectifs : augmentation de la qualité, amélioration de l'accès et contrôle des coûts. La stimulation d'une véritable innovation pharmaceutique de grande valeur constitue un outil majeur dans la réalisation de ces objectifs combinés.

Une proposition de la conférence est qu'une politique européenne coordonnée encourage des produits pharmaceutiques innovants et de grande valeur et les rende accessibles à tous les citoyens de l'U.E. qui en ont besoin.

Cette politique doit créer un environnement dans lequel :

- la recherche d'innovation de grande valeur et son développement sont stimulés et facilités de façon optimale
- l'ampleur de l'innovation et les besoins médicaux peuvent être mesurés en utilisant des structures logiques, des procédures transparentes, et des critères fiables et valides
- les médicaments de grande valeur sont valorisés et rendus accessibles à tous les patients qui en ont besoin.

4. Brochure “Évaluation de la performance du système de soins de santé en Belgique”

Cette brochure présente une synthèse du rapport sur l'évaluation de la performance des soins de santé en Belgique. Cette brochure a également été publiée à l'occasion de la Présidence belge du Conseil de l'Union européenne.

Elle présente les efforts actuels de la Belgique pour évaluer la performance des soins de santé. Ces efforts font l'objet d'un rapport martyr intitulé “Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge”, publié en juillet 2010.

Les objectifs de ce rapport sont :

- d'étudier comment concevoir un système d'évaluation de la performance du système de soins de santé
- d'examiner son application possible en Belgique en construisant et en mesurant un premier ensemble d'indicateurs.

