



Rapport annuel – 2016

Ce rapport annuel 2016 donne un aperçu de nos travaux en 2016. Mots clés : la transparence et la modernisation, avec une attention particulière à l'efficacité dans un contexte de limitation des moyens budgétaires.

Sommaire

I.	L'INAMI.....	2
	1. Regard de la Direction sur l'année 2016.....	2
	2. Carte d'identité.....	4
II.	Activités principales de l'INAMI.....	6
	1. Service des soins de santé.....	6
	2. Service des indemnités.....	8
	3. Service d'évaluation et de contrôle médicaux.....	10
	4. Service du contrôle administratif.....	14
	5. Fonds des accidents médicaux.....	16
III.	Thèmes.....	17
	1. Soins de santé.....	17
	2. Indemnités.....	21
	3. Contrôle.....	24
	4. Fonds des accidents médicaux.....	29

I. L'INAMI

1. Regard de la Direction sur l'année 2016

Notre administrateur général et notre administrateur général adjoint reviennent sur l'année 2016. C'est l'occasion pour eux de mettre en avant la performance sociétale recherchée par l'INAMI à travers son double objectif non contradictoire : celui d'être à la fois un acteur de la santé publique et un acteur de la sécurité sociale, pour le meilleur de ces 2 secteurs et surtout dans l'intérêt de la population.

a. Le retour des focus thématiques

Au niveau « style et support », depuis 2014, notre rapport annuel n'existe plus qu'en format électronique, permettant une lecture web plus dynamique et illustrant notre volonté de responsabilité sociétale dans nos modes de consommation et notre volonté d'un fonctionnement plus digital.

Pour 2016, nous revenons cependant aux focus thématiques, qui existaient à la déjà lointaine époque de nos rapports papiers, afin de mieux illustrer l'activité de nos services dans leurs missions premières.

b. Un miroir de notre diversité d'expertises et de notre approche commune de l'assurance SSI

Depuis quelques années, certains de nos services publient des rapports d'activités spécifiques : le Fonds des accidents médicaux, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Service de contrôle administratif.

Ce rapport annuel de l'INAMI n'est pas la reproduction ou l'addition de ces rapports détaillés orientés sur des missions spécifiques. Il se veut un miroir transversal relativement synthétique, à la fois de notre diversité de missions, de compétences, d'expertises, et de la cohérence, de la cohésion que nous essayons de mettre dans notre approche commune et concertée de l'assurance soins de santé et indemnités.

c. Une assurance soins de santé, plus positive que l'assurance maladie

Le cœur de nos actions est la Santé, solidairement assurée par notre système de sécurité sociale.

La santé via l'assurance soins de santé plus positive que l'assurance maladie ! La santé via la couverture indemnitaire des incapacités de travail (courtes, longues ou définitives) provoquées par des problèmes de santé dans la sphère privée ! La santé encore, dans l'accompagnement vers un retour possible au travail, qui doit plus que jamais être synonyme de santé et d'épanouissement et non source de maladies ! La santé de notre système de protection sociale et de nos assurances sociales par un contrôle de la bonne utilisation de notre système de santé par les prestataires, par les patients bénéficiaires, par nos partenaires de gestion ! La santé enfin, dans l'analyse et une possible indemnisation des accidents médicaux, à savoir des problèmes de santé en lien avec des prestations de santé dont l'objectif n'est pas normalement de provoquer une atteinte plus profonde à l'état de santé.

d. Des synergies pour une véritable stratégie de santé publique et de sécurité sociale

Parce que la santé dans son mode assurantiel public et social est au cœur des missions de tous nos services, la cohérence de notre stratégie globale et de nos actions est mieux assurée et garantie en les rassemblant, comme actuellement et depuis 1945, au sein d'une seule institution qu'est l'INAMI plutôt que de les éparpiller en fonction du type d'interventions : soins de santé, indemnités, contrôles, etc.

Mais nos actions vont bien au-delà d'une simple couverture assurantielle : elles participent activement à mettre en place et à soutenir notre système de santé et collaborent donc à une véritable stratégie de santé publique. Dans cet esprit, des synergies, tant au niveau de la stratégie que des actions concertées, doivent également être développées avec les autres institutions et administrations fédérales de santé publique.

Il en est de même, depuis plus longtemps, sur le plan de la sécurité sociale via le collège des institutions publiques de sécurité sociale et nos dispositions communes des contrats d'administration et aussi notre mode de gestion paritaire et la gestion globale.

Nous espérons que la lecture de notre rapport annuel 2016 pourra vous convaincre que l'ensemble de l'INAMI remplit, au jour le jour mais aussi avec une vision stratégique à long terme, ce double objectif non contradictoire d'être à la fois un acteur de la santé publique et un acteur de la sécurité sociale, pour le meilleur de ces deux secteurs et surtout dans l'intérêt de nos populations, de leur santé, accessible, solidaire, responsable et soutenable, bref l'illustration d'une performance sociétale !



Jo De Cock
Administrateur général



Benoît Collin
Administrateur général adjoint

2. Carte d'identité

Faisons le point sur nos missions, sur quelques données à propos de notre personnel, sur nos moyens financiers en 2016, et un focus sur la sécurité de l'information en tant qu'objectif stratégique.

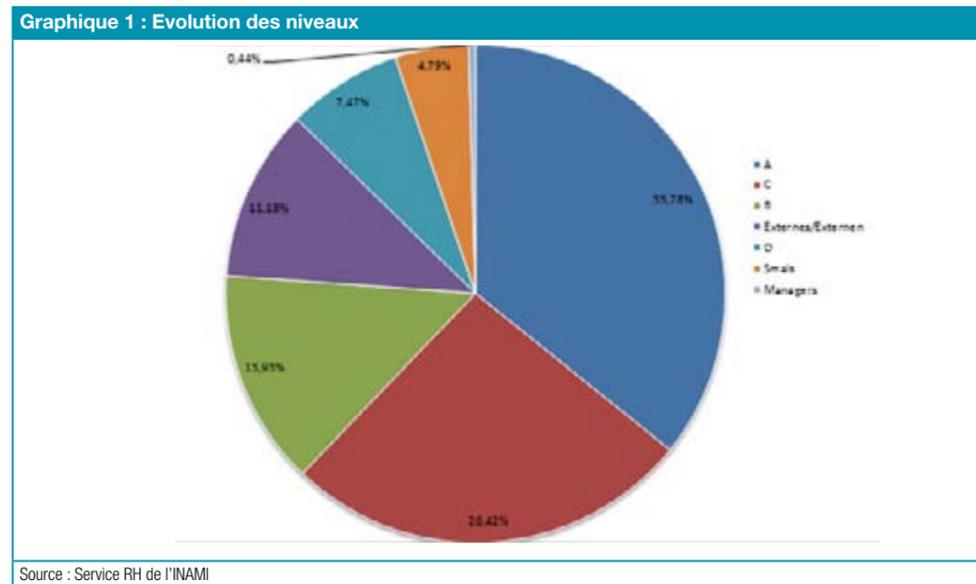
a. Nos missions

L'INAMI, Institut national d'assurance maladie-invalidité, est une institution publique de sécurité sociale (IPSS). Nos [missions](#) sont nombreuses et variées.

b. Notre personnel

Au cours des 4 dernières années, notre personnel :

- des niveaux A et B a légèrement augmenté (+ 5 % et + 6 %)
- des niveaux C et D a fortement diminué (- 19 % et - 29 %).



c. Nos moyens financiers

Consultez :

- le budget de l'assurance soins de santé et indemnités : [recettes et dépenses](#)
- [nos frais d'administration](#).

En 2016, 39 % de notre personnel féminin travaillait à temps partiel (pour 9 % de notre personnel masculin). Il s'agit principalement de travailleuses des niveaux C et D.

Tableau 1 : Répartition par niveau, sexe et régime de travail

	INAMI		Niveau A		Niveau B		Niveau C		Niveau D		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Full	822	407	415	221	193	73	71	85	126	28	25
80%	227	27	61	3	47	6	27	11	101	2	25
50%	69	8	200	4	10	2	3	1	32	1	16
Others	12	4	8	2	1	0	2	0	2	2	3
0%	28	10	18	6	7	2	6	2	4	0	1
Total	1158	456	702	241	258	83	109	99	265	33	70

Source : Service RH de l'INAMI

Attention : le personnel de la Smals n'est pas repris dans ce tableau.

NOS EFFORTS POUR FIDÉLISER NOTRE PERSONNEL

Notre service RH continue de tout mettre en œuvre pour offrir à notre personnel une chance d'être « statutarisé » ou de faire carrière par voie de promotion

Tableau 2 : Efforts pour fidéliser notre personnel

Niveau	Statutarisation		Promotions	
	2016	2015	2016	2015
A	1	8	26	23
B	0	1	0	1
C	0	1	0	0
D	0	0	0	0
Total	1	10	26	24

Source : Service RH de l'INAMI

d. Notre sécurité de l'information

UN OBJECTIF STRATÉGIQUE

Notre contexte juridique et notre mission nous amènent à traiter différents types de données à caractère personnel. Il s'agit de données de dispensateurs de soins, d'assurés sociaux et de notre propre personnel. Ceci s'inscrit notamment dans le cadre des nombreux accords de collaboration avec des partenaires importants comme les autorités, le secteur des soins de santé et le secteur de la sécurité sociale.

Garantir la sécurité de l'information constitue dès lors une priorité et un objectif majeur en faveur duquel notre Comité général de gestion et notre Comité de direction s'engagent durablement.

NOTRE SYSTÈME DE GESTION

Pour pouvoir aborder notre sécurité de l'information efficacement, nous avons mis en place en 2003 un premier système de gestion grâce auquel nous souhaitons améliorer la sécurité de manière continue. En 2011, nous avons lancé notre programme SafeInfo. Nos efforts nous ont permis d'obtenir, en 2014, la certification ISO 27001 en matière de sécurité de l'information, et ce, pour l'ensemble de notre institut.

Notre système pour gérer la sécurité de l'information (ISMS) garantit la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité de toutes les données que nous traitons dans :

- tous les processus d'entreprise des services opérationnels
- tous les processus de support des services généraux.

Nous nous engageons à améliorer constamment notre système de gestion. Et ce, grâce à notre gestion des risques qui répond de manière structurelle aux menaces et opportunités résultant de l'évolution technologique, de la législation ou d'autres facteurs environnementaux. Des audits internes réguliers et un audit externe annuel évaluent par ailleurs notre conformité à la norme ISO.

Au terme de quelques années d'expérience, nous pouvons revenir sur un trajet réussi, duquel nous avons éliminé les principales situations non conformes à la norme. Par ailleurs, nous avons atteint un degré de maturité correct.

ET POUR L'AVENIR

Notre politique en matière de protection de l'information est conforme aux [normes minimales de la Banque carrefour de la sécurité sociale](#).

L'arrivée du nouveau [règlement européen général sur la protection des données](#) (RGPD) implique un nouvel objectif à atteindre à l'aide de notre système de gestion actuel. Nos efforts pour obtenir la certification ISO constituent déjà une étape vers la conformité au RGPD.

II. Activités principales de l'INAMI

1. Service des soins de santé

Nous gérons l'assurance obligatoire soins de santé. Fixer les conditions de remboursement des prestations de santé, informer les dispensateurs de soins, gérer leurs données administratives et participer à des projets innovants font partie de nos missions. Par ailleurs, nous avons également rédigé de nombreuses publications.

a. Fixer les conditions de remboursement des prestations de santé

Suite au « Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique », nous avons pris en 2016 3 mesures en matière de médicaments qui génèrent des économies pour le patient et pour les pouvoirs publics. Nous avons prévu la diminution :

- de la marge de sécurité c.à.d. de la limite autorisée pour les suppléments qui restent à charge du patient en plus de la quote-part personnelle (ticket modérateur), qui passe de 10,80 EUR à 5 EUR
- du prix de nombreux médicaments via une [une modification du système du remboursement de référence](#) (appelée « patent cliff »)
- de la marge du grossiste qui génère une économie pour les pouvoirs publics. Nous avons réinvesti cette économie dans un programme de soins multidisciplinaires pour des patients avec diabète de type 2 et un risque élevé de complications.

b. Informer les dispensateurs de soins, notamment sur les honoraires, les prix et les règles à appliquer

En 2016, nous avons organisé des [sessions d'information](#) à l'intention des organisations des dispensateurs de soins afin de les éclairer sur les nouveautés en matière d'attestations de soins donnés, de document justificatif et de tiers payant dans le cadre de la nouvelle réglementation sur la transparence financière des soins de santé.

c. Gérer les données administratives des dispensateurs de soins, des établissements et services de soins

En 2016, [le programme web " Mylnami "](#) qui permet aux dispensateurs de soins de communiquer et de modifier leurs données de contact et financières s'est doté de nouvelles fonctionnalités, à savoir la possibilité :

- pour tous les dispensateurs de communiquer et modifier leur(s) adresse(s) de travail
- pour les médecins, de communiquer leurs données de conventionnement. Les médecins ont d'ailleurs déjà pu exprimer, via Mylnami, leur refus d'adhésion ou leur adhésion partielle à l'accord médico-mutualiste 2016-2017.

d. Participer à des projets innovants

Nous collaborons au projet « [Soins intégrés en faveur des patients chroniques](#) ». Dans le cadre du Plan conjoint en faveur des malades chroniques intitulé « Des soins intégrés pour une meilleure santé » et suite à un appel à projets pilotes, 20 candidats ont entamé la conceptualisation de leurs projets.

Ces projets s'étendent dans toute la Belgique, ciblent plusieurs types de maladies chroniques et impliquent une collaboration entre différents dispensateurs de soins et d'aide (médecins généralistes, hôpitaux et institutions de soins, infirmiers et services d'aide à domicile, structures de concertation, etc.) mais aussi avec des associations de patients, des mutualités, et même des acteurs du monde associatif et de l'entreprise.

Il s'agit d'un Plan conjoint, réalisé en concertation avec les entités fédérées mais aussi avec les acteurs de terrain et les parties prenantes. Au niveau fédéral, il est piloté par l'INAMI en étroite collaboration avec le SPF Santé publique, anticipant ainsi le Redesign souhaité des institutions de santé.

e. Rédiger des publications

Voici nos publications éditées en 2016 :

- La série « Infospot » sur les médicaments : Antibiotiques
 - [Chiffres sur le remboursement des agonistes du récepteur du GLP-1 en ambulatoire](#)
 - [Le TOP 25 des principes actifs dans les dépenses du secteur ambulatoire de l'assurance soins de santé en 2015](#)
 - [Antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire](#)
 - [Anti-thrombotiques en pratique ambulatoire](#)
- Le [rapport MORSE](#) (2015) sur les dépenses relatives aux médicaments remboursables
- Réunions de consensus :
 - [les rapports du jury en 2016](#)
 - [Recommandations aux patients : " le rôle de la vitamine D et du calcium dans la prévention de l'ostéoporose et des fractures "](#).

2. Service des indemnités

En quelques chiffres clés, nous montrons la manière dont notre Service des indemnités répond à l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail. À la lumière d'initiatives prises en matière de réinsertion, nous présentons aussi le rôle joué sur la scène de l'incapacité de travail par le Centre d'expertise, qui fait partie de notre service.

a. Notre réponse face à l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail

390.765 PERSONNES EN INCAPACITÉ DE TRAVAIL DE LONGUE DURÉE EN 2016

Le nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée a fortement augmenté au cours de ces dernières années. Au terme de l'année 2016, 390.765 personnes étaient reconnues invalides (en incapacité de travail depuis plus d'1 an). Un an plus tôt, fin 2015, ce nombre était de 370.408.

[Cette augmentation s'explique par différents facteurs.](#)

Notre Service des indemnités met tout en œuvre pour [accompagner ces personnes dans leur trajet vers un retour sur le marché du travail](#). Cet accompagnement peut prendre la forme d'un trajet de réinsertion socioprofessionnelle ou d'une reprise partielle du travail. Dans les 2 cas, nous examinons avant tout ce que la personne en incapacité de travail est encore capable de faire, plutôt que de nous attarder sur les capacités qu'elle a perdues.

5.413 TRAJETS DE RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE EN 2016

En 2016, 5.413 personnes en incapacité de travail ont entamé un [trajet de réinsertion socioprofessionnelle](#). En 2015, elles n'étaient encore que 3.349.

Nous avons aussi conclu plusieurs conventions pour collaborer avec les organismes assureurs et les offices de l'emploi :

- avec le VDAB le 1^{er} octobre 2012 (renouvelée en 2016)
- avec Actiris le 5 novembre 2013
- avec le Forem et l'Awiph le 15 janvier 2013.

Grâce à ces conventions de collaboration, les personnes en incapacité de travail ont la [possibilité de rafraîchir des compétences acquises auparavant ou d'en acquérir de nouvelles](#).

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

 **Exemple** : après 20 ans de carrière, un comptable est malade pendant 2 ans. Après ces 2 années de maladie, il est médicalement apte à retravailler. Or, la législation comptable a été modifiée au cours de ces 2 dernières années. Il peut alors suivre une formation de courte durée pour actualiser ses connaissances.

- Dans le cas de l'acquisition de nouvelles compétences, nous parlons de **réorientation**.

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

45.394 PERSONNES EN INCAPACITÉ DE TRAVAIL REPRENENT LE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL

Début 2016, 45.394 personnes en incapacité de travail avaient repris le travail à temps partiel. 40.724 d'entre elles étaient des [travailleurs salariés](#) et 4.670 des [travailleurs indépendants](#). La reprise du travail à temps partiel a clairement le vent en poupe. Lors des années précédentes, ils n'étaient encore que 39.787 à reprendre le travail à temps partiel (35.989 travailleurs salariés et 3.798 travailleurs indépendants).

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

Dans de nombreux cas, combiner l'incapacité de travail et une activité sur mesure conduit à une reprise complète du travail. Cela a été le cas pour 47,44 % des travailleurs salariés et pour 33,16 % des travailleurs indépendants concernés.

Par ailleurs, la pratique montre que plus la reprise du travail est précoce, plus vite la personne peut recommencer à travailler comme avant. Reprendre une activité à temps partiel au cours des 6 premiers mois de maladie donne les chances les plus élevées d'un retour réussi sur le marché du travail.

b. Quelques faits et chiffres sur le Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail

Le [Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail](#) :

- rassemble des connaissances en matière d'incapacité de travail et les rend accessibles
- soutient la politique
- renforce le réseau des acteurs concernés par l'incapacité de travail.

QUELQUES CHIFFRES : 2016 EST L'ANNÉE AU COURS DE LAQUELLE...

- Nous avons lancé 10 études
- Nous avons terminé 14 études au 31 décembre
- Nous avons préparé 8 études en vue de leur lancement en 2017 ou au plus tard au premier trimestre 2018
- Nous avons organisé 3 réunions du Comité d'accompagnement du Centre d'expertise. Pendant ces réunions, les chercheurs ont présenté leurs projets en cours et partagé les résultats intermédiaires avec les acteurs concernés (représentants des travailleurs salariés, employeurs, organismes assureurs, etc.)
- Nous avons organisé un premier colloque, complet en quelques jours. Sept chercheurs y ont présenté leurs études terminées ou en cours dans une salle Pacheco comble (250 personnes présentes). Consultez les [présentations du colloque](#).

QUELQUES FAITS : 2016 EST L'ANNÉE AU COURS DE LAQUELLE...

- Nous avons lancé une étude d'envergure consacrée au modèle « Individual Placement and Support » (IPS). Retrouvez plus d'informations sur ce modèle [dans la présentation faite lors de la journée d'étude de décembre 2016 sur la réinsertion socio-professionnelle](#). La méthodologie IPS a montré son efficacité à l'étranger dans la réinsertion des personnes souffrant de troubles psychiques. Un des principes les plus importants consiste à remettre ces personnes au travail le plus tôt possible et à continuer à leur dispenser une formation sur leur lieu de travail. En Belgique, nous avons souvent tendance à faire l'inverse. Au moyen de cette étude, nous souhaitons étudier, d'une part, si les résultats obtenus en Belgique sont tout aussi bons et, d'autre part, si nous serons en mesure de les maintenir sur le long terme, c'est-à-dire s'il s'agit d'une reprise durable du travail.
- Pour aider le médecin-conseil de la mutualité à mettre en œuvre le nouvel arrêté royal relatif à la réinsertion, un questionnaire a été développé (à la demande de la cellule stratégique de la ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, et du Centre d'expertise). L'élaboration de ce questionnaire s'appuie sur des résultats obtenus lors de [l'une des premières études du Centre d'expertise](#). Il sera lancé dans le cadre d'un projet pilote mi-2017.
- Les projets TRIO ont été lancés aussi en Flandre. L'initiative avait déjà été prise dans le reste de la Belgique, qui a d'ailleurs joué un rôle de pionner dans ce domaine. TRIO fait référence aux réunions locales entre médecins traitants, médecins du travail et médecins-conseils des mutualités.
- Les affections musculo-squelettiques figurent parmi les principales causes d'incapacité de travail (de longue durée). La perception de la douleur, de nature chronique ou non, est un facteur prédictif important pour la réinsertion sur le marché du travail. Dans le programme d'étude 2016, plusieurs études ont été lancées en collaboration avec des centres de la douleur. Ces centres réaliseront des études portant explicitement sur la réinsertion des personnes souffrant de douleurs (chroniques). Le fil conducteur des études varie d'un centre de la douleur à l'autre, mais elles devront déboucher sur des recommandations conjointes en matière de réinsertion.
- Une étude a été lancée sur la plus-value du 'Disability Management' au sein de l'équipe de rééducation fonctionnelle. Le service a ainsi l'opportunité de vérifier dans quelle mesure ce concept, dans lequel nous investissons via nos [formations en 'Disability Management'](#), est efficace dans un contexte de ce type.

Cette sélection ne donne bien entendu qu'un bref aperçu des nombreuses activités de notre Centre d'expertise en 2016.

3. Service d'évaluation et de contrôle médicaux

La nouvelle structure organisationnelle de notre Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a influencé le fonctionnement des directions Contrôle, Expertise, Information & Communication et Affaires juridiques & Contentieux. Ces 4 directions ont collaboré de façon plus intégrée. Et les résultats ont suivi.

a. Une nouvelle structure organisationnelle qui influence le fonctionnement du SECM

Le programme de réforme, enclenché il y a quelques années, a permis d'aboutir en 2016 à une nouvelle structure organisationnelle, basée sur 4 directions :

- Contrôle
- Expertise
- Information & Communication
- Affaires juridiques & Contentieux.

Ces directions collaborent plus étroitement, pour une surveillance plus efficace de la bonne utilisation du budget de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI). Dans ce cadre, elles bénéficient notamment du soutien des différentes nouvelles cellules :

- le Filtre, qui analyse toutes les informations entrantes, les classe selon leur caractère prioritaire et les renvoie aux services adéquats
- le BOD (Beslissingsorgaan - Organe décisionnel), qui définit la stratégie du SECM
- la Cellule Data, qui analyse les innombrables données de facturation à la demande des autres services du SECM
- la Cellule de screening, qui analyse le contenu de tous les postes de dépenses sélectionnés dans l'assurance SSI pour détecter les anomalies
- le Service affaires internationales.

Cette modification importante était nécessaire en raison de la diminution du nombre de collaborateurs au SECM, tombé à 241 en 2016 (en 2011, le SECM comptait encore 321 agents). Cette diminution du personnel était due :

- à la vague des départs à la pension
- au nombre limité de nouveaux recrutements suite au gel des recrutements
- au transfert de tâches et de personnel des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité (CRCMI) vers notre Service des indemnités.

« Malgré cette diminution du personnel, le travail du SECM a encore été couronné de succès en 2016. Et ce, grâce à :

- la nouvelle façon de travailler caractérisée par la collaboration multidisciplinaire et la subsidiarité
- l'engagement positif de bon nombre de nos collaborateurs. »

b. Un rôle de pionnier pour le SECM dans le cadre du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017

Tous les départements ministériels ont dû faire des économies. Cela fut aussi le cas pour les soins de santé. Début 2016, l'INAMI a créé dans ce but la taskforce « soins efficaces » présidée par M. Jo De Cock. Cette taskforce a élaboré des propositions pour une plus grande efficacité, une meilleure qualité et une amélioration de la sécurité des patients. La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a confié à cette taskforce la mission de concrétiser ces propositions. C'est dans ce cadre que le « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé » a été mis sur pied.

Notre SECM a joué un rôle actif au sein de la taskforce et dans le cadre du Plan d'action, en introduisant 41 documents contenant des propositions et des informations. Notre SECM a collaboré à 25 des 35 projets initiés.

c. En 2016, la direction Contrôle a constaté 8.766.783 EUR facturés indûment à l'assurance soins de santé

Les dispensateurs de soins ont porté en compte à l'assurance soins de santé un montant excédentaire de 8.766.783 EUR. C'est ce qu'on appelle l'« indu ». Notre personnel d'inspection est arrivé à cette constatation grâce aux 602 enquêtes de contrôle qu'il a clôturées en 2016. Au total, 538.433 infractions ont été constatées dans ces dossiers.

La diminution du nombre d'enquêtes de contrôle clôturées est notamment due à une forte diminution du nombre d'inspecteurs. Par rapport aux moyens disponibles, ils ont tout de même réussi à récupérer un indu important. Une partie conséquente de cet indu a été remboursé spontanément.

Cette augmentation de l'efficacité est principalement due à :

- une analyse préparatoire solide des données de facturation par la Cellule Data et de la Cellule de screening
- une utilisation plus ciblée des moyens disponibles grâce au Filtre et au BOD
- l'approche thématique : tous les dispensateurs de soins qui répondent à certains critères subissent la même enquête de contrôle nationale
- une demande plus rapide de remboursement spontané
- une meilleure collaboration multidisciplinaire entre les différents services du SECM.

Parmi les 602 enquêtes de contrôle clôturées, 87 portaient sur des cas de fraude. Une enquête en matière de fraude concerne des infractions commises intentionnellement dans le cadre de :

- prestations non effectuées pour plus de 3.000 EUR (à l'exception des erreurs administratives)
- prestations non conformes pour plus de 25.000 EUR, pour lesquelles il y a des indications claires de facturation illégale intentionnelle
- surconsommation après avertissement.

Les 87 enquêtes en matière de fraude ne représentent que 14 % de l'ensemble des enquêtes de contrôle clôturées. Mais cette petite partie est responsable de 60 % de l'indu, soit de 5.298.846 EUR. Seul 35 % de ce montant a été remboursé spontanément, alors que dans les enquêtes ne portant pas sur des cas de fraude, 95 % du montant a été remboursé spontanément.

Depuis début 2016, nous pouvons freiner les grands fraudeurs en suspendant à temps le paiement de leurs prestations via le régime du tiers payant. La première suspension de ce type a été réalisée en juillet 2016. Ensuite, 4 suspensions ont suivi. Pour certains fraudeurs et/ou réseaux de fraude, nous collaborons avec l'auditeur du travail dans le cadre du Code pénal social. Pour faciliter cette collaboration, un protocole d'accord a été rédigé en octobre 2016.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, notre SECM collabore étroitement avec les autres services de l'INAMI via la plateforme CAFC (Commission Antifraude Commissie) et avec les organismes assureurs via le groupe de travail antifraude du Conseil supérieur des médecins-directeurs. Ainsi, en 2016, des démarches concrètes ont été entreprises pour sécuriser davantage la commande des attestations de soins donnés, après qu'une enquête en matière de fraude ait révélé que certains processus dans ces commandes comportaient des risques de fraude.

Notre direction Contrôle se concentre davantage sur les enquêtes thématiques. L'incidence de telles enquêtes est beaucoup plus importante que celle des enquêtes individuelles, au vu des moyens dégagés. En 2016, 3 enquêtes thématiques ont été clôturées :

- soins intensifs : honoraires pour les permanences de nuit et du week-end
- POCT (Point Of Care Testing) : contrôle de l'attestation du code 592852 (biologie clinique ambulatoire sans intervention du médecin)
- facturation d'une coronarographie pendant une procédure de dilatation dans les 15 jours suivant une autre coronarographie.

d. La direction Expertise cartographie la pratique des groupes de dispensateurs de soins

La direction Expertise examine la pratique des groupes de dispensateurs de soins. Elle collecte et évalue des informations objectives via des analyses de données, des opérations de screening et des analyses de terrain. Elle confronte ces informations à l'Evidence-based medicine, à la législation et/ou à la bonne pratique en général, pour obtenir un aperçu global en matière de surconsommation, d'inefficacité des soins et de réalité/conformité.

En 2016, la direction Expertise a clôturé 3 projets :

- révision de l'utilisation et contrôle des conditions de remboursement d'un médicament du chapitre IV : [Ambisome®](#)
- analyse de terrain du fonctionnement des médecins-conseils en 2015
- évaluation des activités de médecine générale en 2014.

La direction Expertise collabore avec l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN) sur différents projets :

- audit du protocole d'accord sur l'imagerie médicale lourde
- projets d'A.R. du 20 décembre 2016 portant sur l'échange et le croisement d'informations et de données entre l'AFCN et l'INAMI
- campagnes de régularisation à l'égard des médecins-connexistes et des praticiens de l'art dentaire.

Le SECM siège avec voix consultative au sein de divers conseils techniques et commissions de conventions. En 2016, les inspecteurs du SECM ont pris part à 203 conseils et commissions, où ils ont notamment proposé des modifications de la nomenclature et d'autres textes réglementaires.

e. La direction Information & Communication accroît l'impact et la visibilité des projets du SECM

La direction Information & Communication du SECM veille à accroître l'impact et la visibilité des actions et des projets des directions Contrôle et Expertise. D'une part, la direction dialogue avec les journalistes et répond aux questions des médias. D'autre part, elle communique avec les dispensateurs de soins via des campagnes et des brochures d'information.

Dans les brochures d'information, les dispensateurs de soins trouvent des réponses aux principales questions juridiques et administratives qu'ils peuvent se poser dans leur pratique quotidienne. Cela leur permet de ne pas devoir rechercher eux-mêmes l'information dans la législation. En 2016, 4 brochures ont été actualisées :

- l'Infobox pour le kinésithérapeute
- l'Infobox pour l'infirmier en soins à domicile
- l'Infobox pour le dentiste
- la brochure « SECM, missions et procédures ».

Grâce aux campagnes par voie postale, le SECM informe certains groupes cibles de dispensateurs de soins sur les résultats déviants constatés dans le cadre d'une enquête thématique ou d'un projet d'évaluation. Ces courriers ont pour objectifs d'informer et de sensibiliser. Ils incitent les dispensateurs de soins à adapter leur comportement et préviennent parfois d'éventuels futurs contrôles. En 2016, Nous avons initié 3 campagnes par voie postale :

- un avertissement aux cardiologues-connexistes dont l'autorisation d'utilisation obligatoire pour les prestations avec rayonnements ionisants n'était pas en ordre
- un rappel aux cardiologues-connexistes qui n'avaient pas mis en ordre cette autorisation dans le délai indiqué lors de l'avertissement
- une sensibilisation des médecins généralistes qui ont porté en compte une majoration pour des soins urgents (code 102410) dans plus de 20 % de leurs consultations du samedi en dehors du service de garde.

f. La Direction juridique a contribué à ce que le SECM exerce ses compétences de façon plus efficace

Notre direction Affaires juridiques & Contentieux a des missions variées. Elle :

- fournit des avis
- collabore aux enquêtes en cours
- se charge de la phase de procédure des enquêtes de contrôle concrètes
- élabore des propositions nécessaires de modifications légales.

En 2016, cette direction a notamment réalisé un travail préparatoire pour 2 adaptations importantes de la loi SSI :

- les constatations du SECM doivent avoir lieu dans un délai de 3 ans (au lieu de 2 ans)
- la méthode d'enquête « extrapolation » a été introduite.

Ces adaptations figurent dans la loi du 18 décembre 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 27.12.2016).

La direction Affaires juridiques & Contentieux fait en sorte que le SECM puisse exercer ses compétences légales de façon plus efficace et qu'il puisse de la sorte mieux constater et rectifier un mauvais usage du budget de l'assurance soins de santé.

 [Consultez le rapport d'activités 2016 du SECM](#)

4. Service du contrôle administratif

Notre Service du contrôle administratif (SCA) veille à ce que les organismes assureurs et les mutualités appliquent de façon correcte et uniforme les règles de l'assurance soins de santé et des indemnités. Il lutte aussi contre la fraude sociale des assurés sociaux et assure l'accès des assurés sociaux à l'assurance soins de santé et indemnités (SSI). De cette façon, nous contribuons à garantir une égalité de traitement entre chaque assuré social et une utilisation optimale des ressources financières de l'assurance SSI.

a. Nous veillons à ce que organismes assureurs et mutualités appliquent la législation de façon correcte et uniforme

Cette mission inclut des enquêtes, des contrôles de suivi et plusieurs contrôles thématiques par an auprès des organismes assureurs (O.A.) dans les secteurs des soins de santé et des indemnités. En 2016, nous avons vérifié dans ce contexte environ 16.000 dossiers individuels. À l'issue de ces contrôles, nous avons adressé des recommandations, des avertissements et environ 500 sanctions aux O.A. pour améliorer leurs pratiques de travail.

Un exemple : La réforme de l'[intervention majorée](#) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014 prévoit une simplification administrative et un octroi plus équitable de ce droit pour les ménages à faibles revenus. Suite à cette réforme, nous avons estimé opportun d'organiser en 2016 un contrôle thématique sur le respect et l'application de cette législation par les O.A. Sur 2.840 dossiers individuels sélectionnés sur base d'un échantillon aléatoire et de divers cas ciblés, 178 seulement étaient erronés (6,27 %). Ce taux d'erreurs peu élevé, nous permet de constater que les mutualités appliquent de manière efficace la nouvelle législation relative à l'intervention majorée.

b. Nous luttons contre la fraude sociale des assurés sociaux

En 2016, nous avons vérifié environ 4.000 dossiers individuels et constaté des cas de fraude sociale pour un montant indu total de plus de 5 millions EUR.

Il s'agissait plus particulièrement :

- de la fraude de personnes en incapacité de travail qui reprennent une activité professionnelle sans l'autorisation du médecin-conseil de leur mutualité, que ce travail soit déclaré à l'Office national de sécurité sociale (770.001,41 EUR) ou non déclaré (2.487.212,22 EUR)
- de dossiers de domicile fictif ou de cohabitation réelle d'assurés sociaux. Ce mécanisme de fraude permet aux assurés sociaux d'obtenir des avantages financiers illicites (1.018.411,92 EUR)
- de la problématique des personnes assujetties de façon fictive à la sécurité sociale : il s'agit d'un important réseau d'entreprises fictives vendant des faux documents sociaux à des personnes qui obtiennent ainsi le droit à des indemnités d'incapacité de travail et des prestations de santé (941.364,52 EUR)
- de la fraude de personnes en incapacité de travail qui séjournent à l'étranger sans autorisation du médecin-conseil de leur mutualité ou qui ne sont pas dispensées de demander cette autorisation et qui continuent de percevoir des indemnités illégalement (52.566,87 EUR).

À l'issue de ces contrôles, nous avons prononcé environ 500 sanctions administratives à l'encontre des assurés sociaux. Ces sanctions sont appliquées sous forme d'amendes ou de non-paiement d'un certain nombre d'indemnités journalières par les mutualités. En 2016, 350.471,83 EUR ont ainsi été perçus.

Sur base de nos constatations, les mutualités procèdent à la récupération des indus. De plus, les mutualités effectuent elles aussi des contrôles de leur propre initiative, qui donnent aussi lieu à des récupérations substantielles.

c. Nous renforçons l'accès des assurés sociaux à l'assurance SSI

Cette mission inclut notamment la vérification de pièces justificatives, le développement et la gestion de flux de données pour octroyer des droits et des avantages sociaux tels que le [maximum à facturer](#) et l'[intervention majorée](#).

Au cours des années précédentes, nous avons notamment contribué à la création d'un flux de données pour détecter de façon proactive les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée. Désormais, les O.A. recherchent activement les assurés sociaux qui peuvent prétendre à l'intervention majorée sur base des informations dont ils disposent. Ce nouveau système d'échange de données permet aussi de contrôler plus efficacement le droit à l'intervention majorée.

En 2016, nous avons procédé à un [contrôle systématique sur l'intervention majorée](#) d'environ 800.000 bénéficiaires et à un [contrôle systématique sur le maximum à facturer](#) d'environ 1 million de ménages.

 [En savoir plus sur les missions du SCA](#)

 [Consultez le rapport d'activités 2016 du SCA](#)

5. Fonds des accidents médicaux

Notre Fonds des accidents médicaux (FAM) n'est pas resté inactif en 2016 : il a traité un beau nombre de dossiers, a versé des indemnités, est allé à la recherche de personnel et d'experts supplémentaires, et a poursuivi ses projets technologiques.

a. Examiner chaque demande, verser des indemnités

En 2016, le FAM de l'INAMI :

- a reçu une cinquantaine de nouvelles demandes d'avis par mois
- a payé des indemnités dans le cadre de 11 dossiers.

De sa création jusqu'à fin décembre 2016, le FAM avait déjà accueilli **3.150 demandes d'avis**. Dans le cadre de sa procédure gratuite et accessible au plus grand nombre, il examine chaque dossier qu'il reçoit, puisqu'il n'y a **pas de seuil de recevabilité** pour introduire une demande d'avis.

On compte à peu près le même nombre de dossiers francophones et néerlandophones.

b. Élargir son cadre du personnel et son réseau d'experts

Malgré les efforts soutenus de l'équipe du FAM, le traitement des dossiers connaît encore un important retard. C'est essentiellement en « phase 2 » que ce traitement est ralenti : l'examen médical et l'examen juridique des dossiers, sur la base desquels le FAM peut fournir un avis.

Pour résorber ce retard, le FAM veut compléter son **cadre du personnel (juristes et médecins)** et faire appel à des bureaux **d'experts juridiques et médicaux externes**.

Trois-quarts des recrutements prévus sont déjà finalisés, mais quelques collaborateurs ont quitté le Fonds.

Le FAM a aussi entrepris des démarches en vue de compléter le **réseau** d'experts, en particulier dans les secteurs où le besoin est plus prononcé et où il n'a pas encore réussi à engager. La recherche d'experts de qualité est l'un des soucis permanents du FAM.

c. Poursuivre ses projets technologiques

Différents projets technologiques étaient en cours en 2016, avec pour objectif d'améliorer et d'accélérer la réalisation des activités du FAM. Parmi eux, le **projet DAMO** (Dossier Accidents Médicaux / Medische Ongevallen) vise à :

- optimiser la gestion des dossiers du FAM
- optimiser le fonctionnement du FAM.

Ce projet permettra une analyse plus fine des données sur les accidents médicaux, de sorte que le FAM pourra formuler des **recommandations** en matière de **prévention**.

III. Thèmes

1. Soins de santé

a. Trajet de soins bucco-dentaires : les soins mieux remboursés en cas de visite régulière chez le dentiste

La santé bucco-dentaire de la population belge est bonne, mais elle peut encore s'améliorer. Avec l'instauration du trajet de soins bucco-dentaires, l'assurance soins de santé joue la carte de la prévention en incitant le citoyen à se rendre régulièrement chez le dentiste. Des soins dentaires professionnels supplémentaires (en complément et comme contrôle de l'hygiène buccale) sont nécessaires pour éviter tout dommage à la dentition et aux mâchoires.

L'IMPORTANT D'UNE VISITE ANNUELLE CHEZ LE DENTISTE

Le [trajet de soins bucco-dentaire](#) est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2016 pour les personnes sans régime préférentiel. Son principe de base ? Pour souligner l'importance d'une visite annuelle chez le dentiste, le montant du remboursement des soins dentaires diffère selon qu'il y ait eu, ou pas, une visite chez un dentiste enregistré au cours de l'année précédente. L'assurance soins de santé rembourse moins, et donc le citoyen paie une part personnelle (ticket modérateur) plus élevée, pour les prestations curatives qu'il aurait pu éviter s'il avait suivi le trajet. Il s'agit par exemple d'obturations, d'extractions ou de prothèses amovibles.

! Important :

- Les soins dentaires préventifs et les consultations ne sont pas concernés par le trajet de soins bucco-dentaires. Dès lors, si le citoyen n'est pas allé chez un dentiste l'année précédente, il ne paie pas plus cher pour ces prestations-là. De plus, ces prestations sont considérées comme un contact enregistré chez le dentiste. Le citoyen peut donc toujours entamer le trajet de soins bucco-dentaires sans frais supplémentaires. Idem pour l'orthodontie et la parodontologie : le remboursement ne dépend pas d'un contact au cours de l'année précédente.
- Le trajet de soins bucco-dentaires s'applique aussi aux personnes avec régime préférentiel depuis le 1^{er} janvier 2017, mais avec l'augmentation de leur part personnelle (ticket modérateur), lorsqu'elles n'ont pas suivi le trajet de soins bucco-dentaires, qui reste limitée. Par contre, ce trajet de soins bucco-dentaires ne s'applique pas aux jeunes âgés de moins de 18 ans, pour lesquels l'assurance soins de santé continue de rembourser intégralement les soins dentaires de base, à l'exception de l'orthodontie.

LE TRAJET DE SOINS BUCCO-DENTAIRES COMME MOTEUR D'INNOVATION

Une 1^{re} analyse de l'impact a eu lieu fin 2016 sur base des données de remboursement. On constate qu'en 2014, environ 5,2 millions de personnes (sur l'ensemble des assurés) ont eu au moins un contact avec un dentiste. Pour 2015, ce chiffre s'élève à un peu plus de 5,7 millions de personnes. Cela représente une augmentation de près de 10 % entre 2014 et 2015. Les campagnes d'information organisées par les mutualités, ainsi que l'information sur l'instauration du trajet de soins bucco-dentaires diffusée par les dentistes et leurs associations en 2015 ont donc porté leurs fruits.

En 2018, la Commission nationale dento-mutualiste réalisera une évaluation globale du trajet de soins bucco-dentaires. Sur base d'une analyse étendue des chiffres, la décision sera éventuellement prise de renforcer ou d'améliorer cette règle.

b. Reconstruction mammaire par tissus autologues : mieux remboursée via convention

Les patientes qui ont subi une mastectomie suite à un cancer ou à titre préventif peuvent désormais bénéficier d'un meilleur remboursement de la reconstruction mammaire par tissus autologues si cette reconstruction est réalisée dans un hôpital qui a conclu une convention avec l'INAMI. La convention prévoit aussi une plus grande transparence des coûts pouvant être attestés, et plusieurs exigences de la qualité des soins. Les suppléments d'esthétique sont interdits et la part des coûts à charge de la patiente (ticket modérateur) diminue.

CONTEXTE DE CETTE PROBLÉMATIQUE

Chaque année, près de 1.500 femmes subissent une reconstruction mammaire par tissus autologues. Jusqu'alors, l'assurance soins de santé remboursait cette reconstruction, mais ce remboursement était insuffisant pour couvrir une telle intervention chirurgicale lourde, qui peut durer jusqu'à 9 heures. Les femmes concernées par cette forme de reconstruction mammaire devaient donc payer des suppléments d'honoraires extrêmement élevés, que les assurances hospitalisation ne couvraient pas toujours.

Les négociations, commencées déjà en 2013 avec le groupe de professionnels, ont duré longtemps car il était difficile de savoir comment rétribuer correctement et raisonnablement le chirurgien qui réalise de telles opérations. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a traité la question plus en profondeur dans son [rapport "Reconstruction du sein après un cancer : quels honoraires seraient raisonnables ?". L'Accord national médico-mutualiste 2016-2017](#) du 22 décembre 2015 a ensuite proposé de revoir les honoraires et le remboursement existants.

En juillet 2016, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) et la Commission de conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs sont parvenues à une 1^{re} convention. Le Comité de l'assurance a accepté le texte et l'a soumis à l'ensemble des hôpitaux disposant d'une clinique du sein. Pourtant, les adhésions effectives à l'accord se sont fait attendre et des négociations supplémentaires se sont avérées nécessaires.

Une [convention 2.0](#) a finalement été approuvée le **24 octobre 2016**, et fin 2016 près de 60 % des centres avaient adhéré à la convention. Actuellement, tous les centres qui réalisent de telles interventions ont adhéré à la convention. En attendant son évaluation, prévue au dernier trimestre de 2017, les hôpitaux gardent la possibilité d'attester le code de nomenclature dans les situations où la convention n'est pas d'application.

INDICATIONS DANS LESQUELLES LA RECONSTRUCTION EST REMBOURSÉE

Le remboursement de la reconstruction mammaire est possible :

- suite à une intervention mutilante consécutive à un cancer du sein
- suite à une mastectomie préventive en raison d'une prédisposition génétique au cancer
- dans certains cas spécifiques, après accord préalable du Collège des médecins-directeurs (cf. [article 3 de la convention](#)).

REVALORISATION DES HONORAIRES MÉDICAUX ET MEILLEUR REMBOURSEMENT POUR LA PATIENTE

Les honoraires médicaux et le remboursement sont revalorisés :

	Tarif nomenclature (EUR)	Tarif convention (EUR)
Phase 1 - Reconstruction mammaire		
Unilatérale	1.527,24	3.088,44
Bilatérale	2.519,94	4.693,06
Phase 2 - Remodelage d'un sein et du mamelon		
Unilatéral	454,57	684,20
Bilatéral	454,57	796,20
Phase 3 - Tatouage de la région aréolaire	40,89	97,14

Les honoraires médicaux existants et le remboursement sont presque doublés. La partie attestée auparavant comme supplément à charge de la patiente est désormais prise en charge par l'INAMI via la convention. Pour les chirurgiens, cette proposition est neutre au niveau budgétaire.

LIMITATION DES SUPPLÉMENTS ET DES AVANCES

Les suppléments d'honoraires réclamés aux patientes qui optent pour une chambre individuelle se limitent à maximum 100 % de la reconstruction. Il est interdit d'attester des suppléments aux patientes qui n'optent pas pour une chambre individuelle.

Demander des avances sur les montants à charge de la patiente n'est autorisé que pour un maximum de 50 % des suppléments d'honoraires, avec un montant maximal de 1.250 EUR.

GARANTIE DE LA QUALITÉ DES SOINS

Seuls les établissements de soins disposant d'une clinique du sein de coordination agréée, ou d'une clinique du sein satellite, peuvent adhérer à la convention.

De plus, cet établissement de soins doit disposer d'un contrôle de qualité interne et externe assorti d'une évaluation obligatoire de la satisfaction des patients.

Les médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique doivent prouver une qualification particulière sur la base de leur CV.

MEILLEURE INFORMATION POUR LA PATIENTE

Une brochure doit permettre à la patiente d'obtenir toutes les informations médicales et financières utiles, en vue de donner son consentement éclairé.

De plus, au moins 7 jours avant l'intervention, la patiente doit recevoir un devis écrit, joint à un projet de déclaration d'admission. Ceci lui permet de prendre connaissance sereinement de toutes les conditions et de pouvoir décider de manière posée du choix de la chambre.



[Remboursement de la reconstruction mammaire par tissus autologues \(y compris la liste des hôpitaux qui ont adhéré à la convention\).](#)

c. Médicaments antirétroviraux contre le VIH : un traitement remboursé dès le diagnostic et mieux encadré

2016 est l'année d'une importante révision des conditions de remboursement des antirétroviraux utilisés pour traiter le virus du sida (VIH) : depuis le 1^{er} décembre 2016, l'assurance soins de santé rembourse les traitements antirétroviraux dès que le diagnostic de séropositivité est posé.

DU VIH AU SIDA

L'infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine, un rétrovirus) est une maladie infectieuse se transmettant par le contact étroit et non protégé avec les liquides organiques d'une personne infectée. Plusieurs modes de transmission sont observés : par voie sexuelle, par voie sanguine et de la mère à l'enfant.

Le VIH est une infection chronique et asymptomatique pendant des années. Cette infection reste, à ce jour, incurable. Sans traitement antirétroviral, elle a toujours un pronostic très défavorable qui mènera inéluctablement au décès du patient par syndrome d'immunodéficience acquise (ou sida qui est le stade ultime de la maladie).

ANTIRÉTROVIRAUX : INDISPENSABLES CONTRE LE DÉVELOPPEMENT DU SIDA

Nous disposons heureusement actuellement de médicaments antirétroviraux efficaces pour aider les patients infectés. Le traitement antirétroviral ne guérit pas l'infection, mais jugule la réplication virale dans l'organisme et permet au système immunitaire de se renforcer et de regagner le pouvoir de combattre les infections.

C'est d'ailleurs à ce traitement antirétroviral que l'on doit la diminution spectaculaire de l'apparition de la phase sida ces dernières années. Cette thérapie permet aux personnes infectées par le VIH de continuer à mener une vie productive et en bonne santé. Les patients qui bénéficient d'un traitement correct et qui le suivent de façon stricte ont actuellement un taux de mortalité quasi comparable à celui de la population générale. Chez les patients correctement traités, le virus n'est plus détectable dans le sang et ces patients ne sont donc (quasiment) plus contagieux.

En 2015, 1.001 infections par le VIH ont été diagnostiquées en Belgique et 15.266 patients infectés par le VIH y ont été suivis médicalement. 89,4% de ces patients suivis recevaient un traitement antirétroviral.

ANTIRÉTROVIRAUX : INDISPENSABLES DÈS LA POSE DU DIAGNOSTIC

Jusqu'en novembre 2016, les patients infectés par le VIH ne bénéficiaient du remboursement d'un traitement antirétroviral que s'ils remplissaient différentes conditions, telles que la présence de manifestations cliniques liées à l'infection par le VIH ou des modifications sanguines témoignant d'une atteinte de l'immunité (taux de lymphocytes CD4).

Deux études scientifiques publiées en 2015 et 2016 (HPTN 052 et START) ont établi que la santé et la survie des patients infectés par le VIH étaient nettement améliorées lorsque le traitement antirétroviral était initié dès que le diagnostic de séropositivité pour le VIH était posé, sans plus attendre de manifestations cliniques ou sanguines de l'infection. Suite à ces publications, les recommandations internationales ont été adaptées.

ANTIRÉTROVIRAUX : REMBOURSÉS PLUS TÔT ET MIEUX ENCADRÉS

En 2016, l'INAMI a modifié les conditions de remboursement des médicaments antirétroviraux pour répondre aux recommandations scientifiques actualisées. Depuis le 1^{er} décembre 2016, l'assurance soins de santé rembourse ces traitements dès que le diagnostic de séropositivité pour le VIH est posé.

Cet élargissement des conditions de remboursement des antirétroviraux ne doit pas faire perdre de vue que ces traitements ne sont pas anodins au niveau des effets secondaires qu'ils entraînent. Par ailleurs, de nouveaux médicaments apparaissent régulièrement sur le marché.

Dès lors, pour offrir des soins de qualité optimale aux patients, l'INAMI a jugé opportun de mieux encadrer ces traitements antirétroviraux et de confier l'accès au remboursement de ces traitements à des centres spécialisés dans la prise en charge du sida. Ainsi, depuis le 1^{er} décembre 2016, les médicaments antirétroviraux sont remboursés si le traitement a été initié par un médecin spécialiste attaché à un Centre de référence Sida agréé. De même, une visite de suivi annuelle auprès d'un de ces médecins spécialistes est aussi requise pour obtenir l'autorisation de prolonger le traitement.

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DANS LES CENTRES DE RÉFÉRENCE SIDA

Les Centres de référence Sida agréés ont conclu une convention avec l'INAMI qui leur confie la mission d'offrir une prise en charge médicale et médicamenteuse, ainsi qu'un accompagnement psycho-social optimal des patients infectés par le VIH.

Pour ça, ils disposent d'une équipe multidisciplinaire composée de médecins spécialisés dans le domaine du sida et dans celui des infections sexuellement transmissibles, mais aussi de psychologues, de diététiciens, d'infirmiers et d'assistants sociaux.

BAISSE DU PRIX DES ANTIRÉTROVIRAUX

Les dépenses INAMI allouées aux antirétroviraux s'élevaient à 131,97 millions EUR en 2015 et à 142,16 millions EUR en 2016. Sur base des prix pratiqués en 2016, l'élargissement des conditions de remboursement des antirétroviraux entraînerait une hausse du budget de l'INAMI pour ces médicaments de l'ordre de 10 %. Pour limiter cet impact budgétaire, la mesure s'est accompagnée d'une baisse de prix de 4 % sur les antirétroviraux fortement utilisés en traitement de 1^{re} ligne pour l'infection par le VIH.

2. Indemnités

a. Le trajet de réinsertion pour les travailleurs salariés/chômeurs en incapacité de travail

Le trajet de réinsertion vise le retour sur le marché du travail des travailleurs salariés/chômeurs en incapacité de travail. Une collaboration étroite entre le travailleur salarié/chômeur, le médecin-conseil, le médecin traitant et le médecin du travail est essentielle dans ce contexte.

QUOI DE NEUF EN 2016 ?

Depuis le 1^{er} décembre 2016 (A.R. du 08.11.2016), de nouvelles mesures permettent d'accompagner et d'aider les travailleurs salariés et les chômeurs en incapacité de travail à démarrer un trajet dit de « réinsertion socioprofessionnelle ».

Attention : Un tel trajet ne peut être entamé que si la personne en incapacité possède encore suffisamment de capacités pour travailler et si le travail choisi est compatible avec son état de santé.

À PARTIR DE QUAND EST-IL POSSIBLE D'ENTAMER UN TRAJET DE RÉINSERTION ?

Un travailleur salarié ou un chômeur qui a été reconnu en incapacité de travail :

- à partir du 1^{er} janvier 2016, pourra entamer un trajet à partir du 1^{er} janvier 2017
- avant le 1^{er} janvier 2016, pourra entamer un trajet à partir du 1^{er} janvier 2018.

QUELLES ÉTAPES POUR ENTAMER UN TRAJET DE RÉINSERTION ?

Endéans les 2 mois après qu'une personne ait remis sa déclaration d'incapacité de travail, le médecin-conseil de sa mutualité vérifiera :

- si un trajet de réinsertion est possible ou non pour cette personne
- si elle a un contrat de travail (le trajet se déroule autrement pour les personnes qui ont un contrat de travail).

QUEL TRAJET POUR UNE PERSONNE EN INCAPACITÉ AVEC CONTRAT DE TRAVAIL ?

Si la personne en incapacité a un contrat de travail et que le médecin-conseil de sa mutualité estime qu'une réinsertion est possible au sein de son entreprise, il l'orientera vers le conseiller en prévention/médecin du travail de son entreprise. Celui-ci mettra sur pied le trajet de réinsertion dans l'entreprise, en collaboration avec l'employeur.

QUEL TRAJET POUR UNE PERSONNE EN INCAPACITÉ SANS CONTRAT DE TRAVAIL ?

Si la personne en incapacité n'a pas de contrat de travail et que le médecin-conseil de sa mutualité estime qu'une réinsertion est possible, il mettra sur pied lui-même le trajet de réinsertion.

Ce trajet de réinsertion pourra alors prendre la forme d'une [réadaptation professionnelle \(réhabilitation ou réorientation\)](#) ou d'un [travail adapté](#) chez un nouvel employeur.

Le médecin-conseil invitera d'abord la personne en incapacité à un examen médicosocial. Lors de cet examen, il l'informera des possibilités de réinsertion.

Quatre semaines plus tard, il établira un plan avec une proposition concrète de réinsertion. Il en discutera avec la personne concernée et, après accord, les 2 parties signeront le plan de réinsertion.



[A.R. du 08.11.2016 \(M.B. du 24.11.2016\) qui modifie l'arrêté SSI.](#)

b. IDES, la nouvelle application informatique de notre Service des indemnités

L'application IDES (Invalidity data for Electronic System) est entrée en production le 28 novembre 2016. Elle permet de traiter de manière automatisée tous les dossiers d'invalidité des assurés sociaux initiés par les organismes assureurs.

COMMENT FONCTIONNE IDES ?

• Dans le cadre de l'invalidité

Les organismes assureurs (O.A.) envoient des flux électroniques vers IDES. Ces flux contiennent des propositions d'entrée en invalidité, de prolongation, de rechute, rédigées par les médecins-conseil.

Après vérification et sur base de critères de tri, 90 % de ces flux sont entérinés automatiquement dans IDES, avec comme conséquences :

- l'envoi immédiat de flux électroniques de réponse aux O.A.
- l'envoi de courriers papier à destination des assurés sociaux lorsque le type de décision prise l'exige.

Les médecins de notre Service des Indemnités examinent 10 % de ces flux.

En cas d'accord avec la proposition du médecin-conseil, un flux de réponse est envoyé à l'O.A. et un courrier à l'assuré social si nécessaire.

En cas de désaccord, le médecin de notre Service des Indemnités se consulte avec le médecin-conseil lors d'une section (réunion virtuelle via Skype). A ce moment, les 2 médecins échangent leurs points de vue et peuvent décider que l'assuré social soit examiné par un 3^e médecin. La décision finale appartient alors au Comité d'arbitrage, organe décisionnel émanant de la Commission supérieure du conseil médical de l'invalidité chargé de prendre position dans les dossiers complexes.

• Dans le cadre de l'incapacité de travail (7^e mois d'incapacité)

IDES réceptionne également des flux envoyés par les O.A. pour chaque assuré social débutant son 7^e mois d'incapacité de travail. A terme, ces flux permettront d'améliorer notre connaissance du secteur de l'incapacité de travail et d'alimenter les analyses du [Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail](#).

QUELQUES CHIFFRES RELATIFS AUX FLUX ÉLECTRONIQUES IDES

Chaque année, les O.A. envoient plus de 200.000 flux électroniques vers IDES qui envoie, lui aussi, 200.000 flux de réponse aux O.A.

90 % des dossiers sont traités dans un délai de 2 jours.

10 % des dossiers sont traités dans un délai de 30 jours maximum.

QUELLES SONT LES PLUS-VALUES DE IDES ?

Nous soulignons, au moins, les 3 plus-values suivantes :

- IDES est l'outil d'implémentation de la réforme du Conseil médical de l'invalidité
- IDES réduit les délais de traitement des dossiers
- IDES a supprimé l'encodage et le scanning de 200.000 documents. Les collaborateurs ont pu réaliser de nouvelles tâches au sein du Secrétariat médical.

QUEL EST LE FUTUR D'IDES ?

IDES est un projet de grande ampleur. C'est pourquoi, sa réalisation a été divisée en 2 étapes :

- la 1^{re} étape (invalidité + flux incapacité de travail au 1^{er} jour du 7^e mois) est entrée en production le 28 novembre 2016
- l'article 26 du contrat d'administration 2016-2018 organise la 2^e étape. Le développement du volet « Incapacité de travail » est prévu pour le 31 décembre 2018.

3. Contrôle

a. Collaborer en interne et en externe, pour améliorer les pratiques des mutualités

Collaborer : un mot clé en 2016, entre autres pour notre Service du contrôle administratif (SCA). Sa collaboration étroite avec nos autres services internes et avec nos partenaires externes, a porté ses fruits dans plusieurs domaines : un contrôle thématique réalisé dans le secteur des indemnités d'incapacité de travail, le croisement de données, ou encore le nouveau système pour évaluer la gestion financière des O.A.

COLLABORER AU CONTRÔLE THÉMATIQUE SUR L'INDEMNISATION MINIMALE À PARTIR DU 7^E MOIS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

En plus des enquêtes et des contrôles de suivi, les inspecteurs sociaux de notre Service du contrôle administratif (SCA) réalisent chaque année plusieurs contrôles thématiques auprès des organismes assureurs (O.A.) dans les secteurs des soins de santé et des indemnités.

L'objectif de ces contrôles thématiques est de vérifier l'application correcte de la législation et l'utilisation optimale des ressources financières de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI) par les O.A. Ces contrôles thématiques visent avant tout à garantir un traitement uniforme des assurés sociaux par les mutualités.

À l'issue de ces contrôles thématiques et en cas de manquements, nos inspecteurs sociaux adressent des recommandations aux O.A. pour améliorer leurs pratiques de travail et, si besoin, aux services de l'INAMI concernés par le secteur contrôlé.

Parmi les contrôles réalisés en 2016, le contrôle thématique dans le secteur des indemnités quant à l'octroi d'un [montant minimal de l'indemnité à partir du 1^{er} jour du 7^e mois d'incapacité de travail](#), et en particulier sur la notion de [travailleur régulier](#), a nécessité une collaboration étroite entre notre Service du contrôle administratif et notre Service des indemnités.

Après avoir examiné la réglementation de l'assurance indemnités et la documentation fournie par notre Service des indemnités, les inspecteurs sociaux du SCA ont estimé opportun d'investiguer la matière relative à l'octroi des minima, et en particulier la notion de travailleur régulier, pour vérifier si les O.A. calculent les indemnités d'[incapacité primaire](#) de manière correcte et uniforme.

Notre Service des indemnités a présenté cette matière aux inspecteurs sociaux de notre SCA et organisé une séance de questions-réponses.

Sur cette base, nos inspecteurs sociaux ont contrôlé les O.A., pour partie au départ d'un échantillon aléatoire de 799 cas dont 105 se sont révélés erronés (13,14 %), et pour partie sur la base de 276 cas ciblés dont 97 étaient erronés (35,14 %).

Le résultat obtenu dans le cadre du contrôle aléatoire démontre une gestion relativement efficace et uniforme des dossiers par les mutualités. En règle générale, les O.A. se positionnent correctement en regard des conditions d'octroi de la qualité de travailleur régulier aux assurés sociaux. Le contrôle thématique a toutefois permis de constater des erreurs plus fréquentes lorsqu'il s'agit de vérifier la qualité de travailleur régulier de catégories particulières d'assurés sociaux comme les travailleurs à temps partiel, avec ou sans maintien de droit, et les chômeurs à temps partiel volontaire.

Au terme du contrôle, nos inspecteurs sociaux ont adressé des recommandations aux O.A. Ce contrôle thématique a aussi permis d'attirer l'attention de notre Service des indemnités sur les difficultés d'appliquer les diverses mesures de garantie prévues par les textes réglementaires.

COLLABORER POUR OPTIMALISER LES CONTRÔLES ET LE CROISEMENT DE DONNÉES

La Cellule stratégique data-analyse (Sitadis) de notre Service du contrôle administratif (SCA) est spécialisée dans le croisement des données (datamatching). Elle propose des idées et des initiatives dans le but d'optimiser les missions de feed-back, d'évaluation et de contrôle de ce service.

Ce centre d'expertise collabore de manière transversale avec les cellules de data-analyse de nos autres services :

- Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)
- Service des soins de santé
- Service des indemnités
- Services généraux de support : Direction finances, Cellule de datamanagement.

Pour partager les connaissances, la Cellule Sitadis publie un rapport d'activités annuel, notamment à l'intention de ces services.

En 2016, la Cellule Sitadis avait pour objectif de simplifier et de rationaliser les méthodes initiales de croisement de données. Moderniser la méthode de travail a permis d'améliorer la sécurité au niveau informatique et l'accès aux données. Désormais, la Cellule Sitadis peut répondre plus rapidement aux demandes de datamatching émanant de tous nos services et d'acteurs externes (cabinet du Secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et autres institutions publiques).

La Cellule Sitadis a également participé à la préparation de plusieurs contrôles thématiques dont le contrôle cité ci-dessus sur l'octroi des minima et en particulier la notion de travailleur régulier.

Par ailleurs, la Cellule Sitadis a développé de sa propre initiative une nouvelle piste de contrôle en matière d'indemnités de licenciement.

Enfin, la Cellule Sitadis a effectué en 2016, à la demande du Conseil des ministres, le travail préparatoire de l'échange de données avec l'Office national de l'Emploi (ONEM) dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale.

COLLABORER AU NOUVEAU SYSTÈME D'ÉVALUATION DE LA GESTION FINANCIÈRE DES O.A.

Conformément à l'[arrêté royal du 10 avril 2014](#) relatif à la responsabilisation des O.A. dans le montant de leurs frais d'administration, nous devons fournir chaque année des informations à l'Office de contrôle des mutualités (OCM). Sur base de ces données, l'OCM évalue les performances de gestion des O.A. S'il constate des manquements, des moyens financiers sont déduits d'une partie de l'enveloppe budgétaire, à savoir de la partie variable des frais d'administration, et ce, en fonction de l'importance de ces manquements.

Le même arrêté royal instaure un nouveau système pour évaluer les performances des O.A. basé sur [7 processus fondamentaux](#).

Ces 7 processus fondamentaux sont évalués via :

- des domaines : parties de processus dont relèvent un ou plusieurs indicateurs
- des indicateurs : données mesurables qui ont une fonction signalante sur la mesure de la qualité du travail de l'O.A.

Chaque année un groupe de travail rassemblant des représentants de nos différents services propose ces domaines et ces indicateurs :

- Service du contrôle administratif
- Service d'évaluation et de contrôle médicaux
- Service des soins de santé
- Service des indemnités
- Services généraux de support.

Ce groupe de travail interservices compte aussi un représentant de l'OCM.

Le nouveau système d'évaluation a été mis en œuvre pour la 1^{re} fois en 2016. Durant cette année de transition, la collaboration au sein du groupe de travail interservices a été fructueuse. Notre Service du contrôle administratif (SCA), chargé notamment d'encadrer le processus d'évaluation et de coordonner l'échange d'informations entre nos services, a dès lors accompli toutes ses missions dans les délais :

- Conformément à l'ancien système d'évaluation, notre SCA a rédigé et transmis à l'OCM un rapport de synthèse reprenant les données fournies par chacun de nos services pour l'année d'évaluation 2015.
- Conformément au nouveau système, notre SCA a rassemblé les données de chacun de nos services pour l'année d'évaluation 2016.
- Conformément au nouveau système d'évaluation, notre SCA a aussi rédigé, en collaboration avec nos autres services, une note présentant les domaines et indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les prestations des O.A. en matière de gestion pour l'année d'évaluation 2017.

 [En savoir plus sur ces 3 thématiques](#)

b. Ambisome® délivré en milieu hospitalier : quel contrôle des conditions de remboursement ?

Notre Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a examiné la façon dont les mutualités ont contrôlé les conditions de remboursement du médicament Ambisome, utilisé en cas d'infection fongique systémique et repris au chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Plus précisément, il a vérifié si le contrôle a eu lieu, si les conditions étaient respectées et si ces conditions étaient effectivement contrôlables sur le terrain. Il reprend quelques propositions dans un rapport d'étude.

LE MÉCANISME DE CONTRÔLE EN THÉORIE

Les médicaments du [chapitre IV](#) sont des médicaments remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé à certaines conditions spécifiques, et ce, pour des raisons médicales et/ou budgétaires.

Le médecin-conseil de la mutualité du patient doit aussi donner son accord préalable au remboursement (a priori).

Pour les médicaments délivrés en milieu hospitalier, une telle autorisation préalable n'est pas nécessaire. Toutefois, l'hôpital doit envoyer, avec la facturation, un justificatif permettant de s'assurer que les conditions sont remplies.

UN « ÉCHANTILLON » DE 6 HÔPITAUX

Ambisome® est un médicament utilisé en cas d'infection fongique systémique. Il est inscrit au chapitre IV (§ 2100000 et § 5770000). Du 1^{er} janvier 2014 au 31 mars 2015, Ambisome® a été porté en compte dans 42 hôpitaux. L'intervention de l'assurance soins de santé s'est élevée à 3.235.605 EUR.

Le SECM a sélectionné 6 hôpitaux sur base d'une analyse des données de facturation des mutualités : 1 à Bruxelles, 2 en Wallonie et 3 en Flandre. Trois d'entre eux sont des hôpitaux universitaires, les trois autres sont des hôpitaux non universitaires. Le SECM leur a demandé d'autres données, telles que des rapports et des justificatifs.

LES CONSTATS DU SECM

- Ambisome® est destiné à des patients souffrant d'une affection grave. Le SECM n'a pas constaté d'usage inapproprié du médicament.
- Les hôpitaux ont bien fourni les rapports spécialisés, comme est prévu au chapitre IV. Néanmoins, ces rapports différaient au niveau de la forme et du contenu, le chapitre IV ne définissant pas précisément ce qu'est un « justificatif ». Cela rend plus compliqué le contrôle standardisé du respect des conditions de remboursement.
- Dans la pratique, les mutualités ne contrôlent pas si les hôpitaux respectent les critères de remboursement pour Ambisome®. Plusieurs explications à ça :
 - Les mutualités n'exigent plus que les hôpitaux joignent les justificatifs à la facturation. Aux termes de la [circulaire 2016/08 aux établissements hospitaliers](#), ceux-ci peuvent conserver eux-mêmes les justificatifs (tout en devant toujours les garder à disposition pour un contrôle éventuel).
 - Certaines conditions ne sont pas/plus pertinentes. Par exemple, présenter une « intolérance avérée et documentée à l'Amphotéricine B », un antifongique qui n'est plus disponible en Belgique depuis 2010.
 - Pour pouvoir réellement contrôler les conditions de remboursement, le médecin-conseil devrait pouvoir consulter le dossier infirmier. Ce n'est pas faisable d'un point de vue pratique.

LES CONCLUSIONS DU SECM

- Le contrôle est extrêmement limité.
- Il arrive souvent qu'on ne sache pas avec certitude si les conditions de remboursement ont été entièrement remplies.
- Le SECM doute de la faisabilité pratique d'un contrôle efficace avec le mécanisme de contrôle actuel.

LES PROPOSITIONS DU SECM

- Pour aboutir à une réglementation plus univoque, le SECM plaide pour que la Commission de remboursement des médicaments simplifie les conditions de remboursement.
- Comme le contrôle a priori de Ambisome® est difficile à réaliser, le SECM se demande si ce médicament a bien sa place au chapitre IV (avec un contrôle a priori). Il estime qu'il est possible d'inscrire Ambisome® ailleurs :
 - au chapitre I, avec les médicaments sans conditions particulières de remboursement
 - au chapitre II, avec des conditions de remboursement simplifiées et donc mieux contrôlables (pour un contrôle a posteriori).
- Il est nécessaire de définir clairement ce que l'on entend par « justificatifs ».

c. IRM : audit du « protocole d'accord » et screening de l'imagerie médicale lourde

Notre Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) contrôle régulièrement les accords du « protocole d'accord en matière d'imagerie médicale lourde » (Moniteur belge du 20.06.2014). En 2016, le SECM a rédigé un rapport sur l'utilisation des appareils IRM agréés ou non.

LE CADASTRE POUR L'IMAGERIE MÉDICALE LOURDE

Le cadastre de l'imagerie médicale lourde est une liste de tous les appareils d'imagerie médicale lourde que les hôpitaux doivent faire enregistrer. Ce cadastre est opérationnel depuis le 1^{er} juin 2016.

COMPARER ET CROISER LES DONNÉES

Comparer le cadastre, la liste d'agrément des Régions et des Communautés et les données reçues du SPF Santé publique, a permis de lister 39 hôpitaux pour lesquels des imprécisions ont été constatées. Les données suivantes ont été demandées à ces hôpitaux :

- arrêtés d'agrément
- liste des examens IRM
- heures d'ouverture et temps d'attente par appareil.

Le SECM a ensuite réalisé une enquête.

LES CONSTATS DU SECM

- 20 de ces 39 hôpitaux ont peut-être facturé des examens réalisés sur 25 appareils non agréés. Le SECM poursuit son enquête en 2017 et peut imputer des montants indûment facturés.
- Les hôpitaux ne pouvant plus facturer de scans IRM réalisés sur des appareils non agréés, les heures d'utilisation des appareils IRM agréés et/ou les temps d'attente sont allongés.
- Les utilisations non autorisées se sont faites de différentes manières :
 - attester sur des appareils scientifiques
 - agréer des appareils en dehors de la programmation
 - utiliser des appareils non agréés qui n'ont même pas été programmés
 - diviser un agrément entre plusieurs appareils
 - en tant que service agréé, travailler avec un appareil programmé bien que l'hôpital n'ait lui-même jamais été agréé ou programmé pour un appareil IRM
 - etc.

LES PROPOSITIONS DU SECM

Le SECM propose :

- de développer des procédures solides pour la programmation et l'octroi de numéros de facturation sur le plan fédéral
- de développer des mécanismes de contrôle solides pour chaque modification d'une caractéristique d'un appareil
- d'automatiser les procédures
- d'octroyer à chaque examen et par appareil un numéro unique avec horodatage
- de conseiller régulièrement les responsables politiques avec des rapports intermédiaires sur :
 - tendances de l'audit sur le Protocole d'accord
 - screening de l'imagerie médicale
 - analyses de terrain
 - analyse du trajet à partir de la demande de l'imagerie médicale jusqu'à son exécution

- de mettre à jour la banque de données INAMI renfermant les données sur les dispensateurs, les établissements et les droits de facturation
- de fournir les données plus rapidement et avec une plus grande qualité
- de limiter les agréments avec effet rétroactif.

 [Protocole d'accord en matière d'imagerie médicale lourde \(M.B. du 20.06.2014\).](#)

4. Fonds des accidents médicaux

a. En 2016, le Fonds des accidents médicaux a élargi son réseau d'experts grâce à 2 marchés publics

En 2016, notre Fonds des accidents médicaux (FAM) a lancé 2 nouveaux marchés publics, pour faire suite à celui lancé en 2013 et qui expirait en mai 2017 : un marché public pour experts médicaux et un marché public pour experts juridiques.

DES EXPERTS DANS 51 MATIÈRES, MÉDICALES ET JURIDIQUES

Avec ces 2 marchés publics, le FAM voulait élargir son réseau des experts. Il recherchait :

- des experts médicaux dans 44 disciplines, essentiellement des médecins spécialistes
- des avocats experts dans 6 domaines et des juristes.

DES CAHIERS DES CHARGES PLUS PROCHES DES RÉALITÉS

Le FAM a adapté le cahier des charges de 2013 à la nouvelle législation. Ces adaptations permettent de collaborer avec les experts en prenant davantage en compte les spécificités du FAM et les réalités du terrain.

Il a publié ces 2 nouveaux cahiers de charges en novembre 2016.

EXPLICITER LA LOI FAM ET LE RÔLE D'EXPERT

En décembre 2016, 4 soirées d'information ont permis d'expliquer la loi FAM et de rappeler la mission d'un expert aux experts qui travaillent déjà avec le FAM. Ces soirées ont aussi permis de faire connaître les nouveaux cahiers des charges à de potentiels candidats experts.

RÉSULTATS : 94 CANDIDATURES

76 experts médicaux et 18 experts juridiques ont posé leur candidature.

Grâce au lancement de ces nouveaux marchés publics, le FAM a pu élargir son réseau d'experts médicaux et juridiques. Il reste malgré tout un besoin important d'experts médicaux. Pour rappel, au 31 décembre 2016 et depuis sa création, le FAM avait déjà accueilli 3.768 demandes d'avis.

Date de publication: Décembre 2017

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

Réalisation: INAMI

Graphic design: Cellule de communication de l'INAMI

Dépot légal: D/2017/0401/27